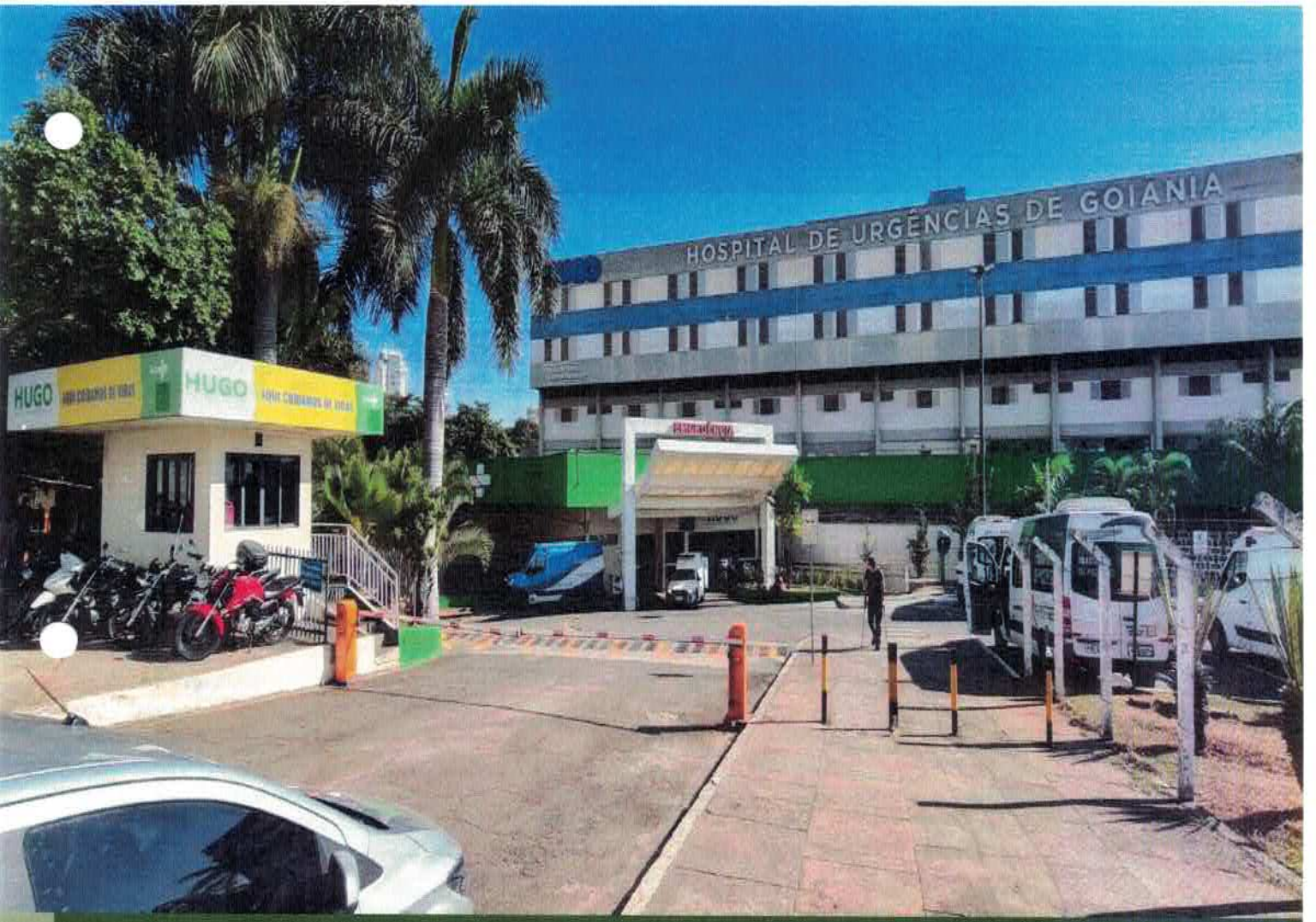


•HUGO

Hospital de Urgências de Goiás

Dr. Valdemiro Cruz

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2023.

INSTITUTO CE

Goiânia -2023

ANEXOS

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

Sumário

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM 1

2 MODELO GERENCIAL 3

2.1 Objeto 3

2.2 Justificativa Da Parceria 3

2.3 Goiânia 6

2.4 Caracterização do Modelo Gerencial 7

2.4.1 Introdução 7

2.4.2 Missão, Visão e Valores 8

2.4.3 Alicerces Do Modelo Gerencial 9

2.4.4 Alta Resolutividade 11

2.4.5 A forma de encaminhamento 12

2.4.6 Acompanhamento dos pacientes 12

2.5 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial 12

2.6 Estrutura da Proposta de Trabalho 16

2.7 Objetivos Da Proposta 17

2.7.1 Objetivo Geral 17

2.7.2 Objetivos Específicos 18

2.7.3 Descrição Da Unidade 21

2.7.4 Capacidade Instalada 22

2.7.5 Perfil da Unidade 23

2.7.6 Definição Dos Serviços 23

3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 36

3.1 Introdução 36

3.2 Estrutura 36

3.3 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) 46

3.4 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas 47

3.4.1 Circulações Externas e Internas 47

3.4.2 Acessos 48

3.4.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do Hugo: 48

3.4.4 Os Principais Tipos De Fluxo 51

3.4.5 A Setorização 52

3.4.6 Fluxos de Áreas Restritivas: 53

3.4.7 Fluxos de Áreas Externas 58

3.4.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre): 64

3.4.9 Fluxos de Áreas Internas: 65

3.4.10 Paciente Externo: 69

3.4.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos 72

3.5 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas 100

3.5.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados 107

3.5.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas 122

3.6 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde 139

3.6.1 Finalidades 140

3.6.2 Treinamento 143

3.6.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss 144

3.6.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss 145

3.6.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss 146

3.6.6 Tipos De Resíduos Previstos 146

3.6.7 Grupo A: 147

3.6.8 Acondicionamento Antes Da Coleta 147

3.6.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final 148

3.6.10 Grupo D Resíduo Comum 150

3.6.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante 152

3.6.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss) 155

4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 211

4.1 Implantação de Logística de Suprimentos 211

4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos 213

4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado 220

4.1.3 Pop - Liberação De Material 223

4.1.4 Pop - Solicitação De Compras 228

4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos 231

4.1.6 Pop - Lançamentos De Notas Fiscais No Sistema Soul Mv E Virtualdoc 234

4.1.7 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral 236

4.1.8 Pop - Conferência Das Validades 239

4.1.9 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM 242

4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade 295

4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional 399

4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem 408

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário 423

4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação 423

4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação 423

4.5.3 Soul Mv- Sistema De Gestão Hospitalar 439

4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos 442

4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem. 444

4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence. 456

4.5.7 Política De Segurança Da Informação 459

4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv 466

4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet 472

4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação 478

4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário 481

4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico 513

4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos 529

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 535

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 535

5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade 536

5.1.2 Norma Padronização De Documentos 539

5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial 606

5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos613

5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira 613

Fluxo Administração Financeira 615

5.2.2 Gestão de Custos 685

5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário 756

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES 761

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde 762

6.1.1 Projeto Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 762

6.1.2 Projeto Certificação Centro Avc 771

6.1.3 Protocolo Onda Vermelha 776

6.1.4 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar 780

6.1.5 Proposta Geriatria Em Ambulatório 786

6.1.6 Avaliação Multidimensional Do Idoso 787

6.1.7 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais 790

6.1.8 Proposta Serviço de Medicina Física e Reabilitação 790

6.1.9 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid 791

6.1.10 Projeto Para Testagem Para HIV Em Pacientes Cirúrgicos 793

6.1.11 Projeto "evitando eventos trombóticos pós cirurgia ortopédica" 802

6.1.12 Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "Hospital Estadual Hugo" 804

6.1.13 Projeto De Residência Em Cirurgia E Traumatologia Bucomaxilofacial 808

6.1.14 Projeto De Transformação Jornada Científica Fonoaudiológica 811

6.1.15 Projeto Residência Em Movimento 816

6.1.16 Projeto Prática Baseada Em Evidências 833

6.1.17 Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências 837

6.1.18 Projeto Prática Baseada Em Evidências 854

6.1.19 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência 857

6.1.20 Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester 860

6.1.21 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol.... 917

6.1.22 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador..... 919

6.1.23 Projeto Revista Científica 928

6.1.24 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde..... 936

6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais 938

6.2.1 Da Proposta 938

6.2.2 Projetos Sociais 939

6.2.3 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização 995

6.3 Proposta para Execução da Construção da UTI 5 com 20 leitos..... 1000

Sumário

7 QUALIDADE OBJETIVA 1025

7.1 Comissão de Ética Médica..... 1025

7.1.1 Proposta de Constituição 1025

7.1.2 Proposta de Regimento Interno..... 1027

7.1.3 Cronograma de Atividade Anual 1033

7.2 Comissão de Ética em Enfermagem 1036

7.2.1 Proposta de Constituição 1037
7.2.2 Proposta de Regimento Interno 1037
7.2.3 Cronograma de Atividade Anual 1051
7.3 Comissão de Biossegurança 1053
7.3.1 Proposta de Constituição 1053
7.3.2 Proposta de Regimento Interno 1054
7.3.3 Cronograma de Atividade Anual 1058
7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar 1060
7.4.1 Proposta de Constituição 1060
7.4.2 Proposta de Regimento Interno 1075
7.4.3 Cronograma de Atividade Anual 1081
7.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários 1086
7.5.1 Proposta de Constituição 1086
7.5.2 Proposta de Regimento Interno 1087
7.5.3 Cronograma de Atividade Anual 1092
7.5.4 Organização 1094
7.5.5 Protocolo De Serviço De Arquivo De Prontuários Médicos (Same) 1100
7.6 Comissão de Verificação de Óbitos 1101
7.6.1 Proposta de Constituição 1102
7.6.2 Proposta de Regimento Interno 1102
7.6.3 Cronograma de Atividade Anual 1105
7.7 Comissão de Residência Médica (COREME) 1112
7.7.1 Proposta de Constituição 1113

7.7.2 Proposta de Regimento Interno 1113

7.7.3 Cronograma de Atividade Anual 1132

7.8 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) 1134

7.8.1 Proposta de Constituição 1134

7.8.2 Proposta de Regimento Interno 1134

7.8.3 Cronograma de Atividade Anual 1145

7.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA 1147

7.9.1 Proposta de Constituição 1147

7.9.2 Proposta de Regimento Interno 1149

7.9.3 Cronograma de Atividade Anual 1157

7.9.4 Plano anual de prevenção de acidentes. 1157

7.9.5 Plano de Manutenção 1160

7.10 Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho - SESMT 1190

7.10.1 Proposta de Constituição 1190

7.10.2 Proposta De Regimento Interno 1190

7.10.3 Cronograma Anual De Atividade 1195

7.11 Comissão de Documentação Médica e Estatística 1200

7.11.1 Proposta de Constituição 1200

7.11.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial. 1203

7.11.3 Proposta de Regimento Interno 1204

7.11.4 Cronograma de Atividade Anual 1211

7.12 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 1212

7.12.1 Proposta de Constituição 1212

7.12.2 Da Proposta De Regimento Interno 1212

7.12.3 Cronograma de Atividade Anual 1223

7.13 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) 1225

7.13.1 Proposta de Constituição 1225

7.13.2 Proposta de Regimento Interno 1226

7.13.3 Cronograma de Atividade Anual 1232

7.14 Comissão de Proteção Radiológica 1236

7.14.1 Proposta de Constituição 1236

7.14.2 Proposta de Regimento Interno 1236

7.14.3 Cronograma De Atividade Anual 1241

7.15 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde 1244

7.15.1 Proposta de Constituição 1244

7.15.2 Regimento interno da Comissão de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde 1245

7.15.3 Cronograma de Atividade Anual 1250

7.16 Comitê Transfusional 1258

7.16.1 Proposta de Constituição 1258

7.16.2 Proposta de Regimento Interno 1259

7.16.3 Cronograma de Atividade Anual 1264

7.16.4 Considerações Gerais Sobre Transfusão Sanguínea 1266

7.17 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) 1267

7.17.1 Proposta de Constituição 1267

7.17.2 Proposta de Regimento Interno 1268

7.17.3 Cronograma de Atividade Anual 1273

7.17.4 Notificações 1274

7.18 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar 1275

7.18.1 Proposta de Constituição 1276

7.18.2 Proposta de Regimento Interno 1276

7.18.3 Cronograma de Atividade Anual 1292

7.19 Comissão Interna de Qualidade 1295

7.19.1 Proposta de Constituição 1296

7.19.2 Proposta de Regimento Interno 1296

7.19.3 Cronograma de Atividade Anual 1306

7.20 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele 1308

7.20.1 Proposta de Constituição 1308

7.20.2 Proposta de Regimento Interno 1308

7.20.3 Cronograma Anual de Atividade 1316

7.21 Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar 1318

7.21.1 Proposta de Constituição 1318

7.21.2 Proposta de Regimento Interno 1319

7.21.3 Cronograma Anual de Atividade 1323

7.22 Núcleo Interno de Regulação (NIR) 1326

7.22.1 Proposta de Constituição 1326

7.22.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir) 1327

7.22.3 Cronograma de Atividade Anual 1335

7.23 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) 1337

7.23.1 Proposta de Constituição 1337

7.23.2 Proposta de Regimento Interno 1338

7.23.3 Cronograma de Atividade Anual 1343

7.24 Comissão de Farmácia e Terapêutica 1344

7.24.1 Proposta de Constituição 1344

7.24.2 Proposta de Regimento Interno 1345

7.24.3 Cronograma de Atividade Anual 1354

7.25 Comitê de Compliance 1356

7.25.1 Proposta de Constituição 1356

7.25.2 Proposta de Regimento Interno 1356

7.25.3 Cronograma de Atividade Anual 1365

7.26 Outras Comissões 1370

7.26.1 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde 1370

7.26.2 Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT 1389

7.26.3 Comissão Do Monitoramento De Indicadores 1405

7.26.4 Comissão de Análise de Contratos terceirizados 1422

7.26.5 Comissão de Ética multiprofissional 1436

7.26.6 Comissão de Controles Internos 1449

7.26.7 Comissão de Humanização 1463

7.26.8 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde 1474

7.26.9 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas 1486

7.27 Desenvolvimento da unidade 1497

7.27.1 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde 1497

7.27.2 Fluxo de Manutenção Preventiva e corretiva de equipamentos para a unidade de saúde 1542

7.27.3 Possuir parceria com instituições de ensino, ou suas próprias para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de assistência hospitalar e/ou de saúde pública em concordância com o Plano Estadual de Saúde vigente 1675

7.27.4 Projeto de hospital ensino para a unidade 1675

8 QUALIDADE SUBJETIVA 1689

8.1 ACOLHIMENTO 1689

8.1.1 Manual Com Indicação Das Formas De Notificação, Recepção, Orientação Social E Apoio Psicossocial Aos Usuários e Acompanhantes na Emergência conforme de Classificação de Risco 1692

8.1.2 Proposta e Metodologia e Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários..... 1714

8.1.3 Cartilha De Orientação Ao Paciente, Visitantes E Acompanhantes 1721

8.1.4 Proposta para Implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) 1725

8.1.5 Pop Atribuição Do Assistente Social Na Emergência..... 1730

8.2 ATENDIMENTO 1733

8.2.1 Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e portadores de necessidades especiais conforme previsão da legislação vigente.. 1734

8.2.2 Proposta de Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes 1734

8.2.3 Atendimento Portadores De Necessidades Especiais / Idosos/ Crianças ... 1746

8.3 Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação..... 1751

8.3.1 Definição 1751

8.3.2 Acesso a Ouvidoria 1752

8.3.3 Sistema Nacional de Ouvidorias 1753

8.3.4 Proposta para Implantar Ouvidoria 1754

8.3.5 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário 1784

Sumário

9 Experiência Anterior em Gestão Hospitalar da proponente 1835

9.1 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 200 leitos 1835

9.1.1 ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1835

9.2 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 100 leitos e inferior a 200 leitos 1835

9.2.1 ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1835

9.3 Experiência da Organização da Sociedade Civil - OSC na gestão de hospitais por quantidade igual ou superior a 50 leitos e inferior a 100 leitos 1835

9.3.1 ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1835

9.4 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular na área da saúde, com proposta de aplicação do recurso na unidade hospitalar, com anuência posterior da SES/GO 1835

9.4.1 ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1835

9.5 Certificado de Acreditação – ONA, Joint Comission International, Qmentum da Canadá Accreditation International obtidos pela unidade hospitalar durante a gestão da OSC proponente. 1835

9.5.1 ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 1836

10 Estrutura e experiência da Diretoria 1837

10.1 Apresentação de organograma da unidade, com definição das competências de cada membro do corpo diretivo 1837

10.1.1 ANEXO III - Estrutura e experiência da Diretoria..... 1837

10.2 Titulação de especialistas em administração hospitalar e/ou gestão em saúde dos membros da diretoria e gerência que atuarão na unidade, com documento comprobatório de interesse do titular (cada profissional poderá obter no máximo 0,5 ponto) 1837

10.2.1 ANEXO III - Estrutura e experiência da Diretoria..... 1837

10.3 Experiência mínima de 1 ano no gerenciamento (direção) de Unidade Hospitalar da diretoria ou gerência que atuará na unidade com documento comprobatório do interesse do titular(cada Diretor ou gerente poderá obter no máximo 0,5 ponto) 1837

10.3.1 ANEXO III - Estrutura e experiência da Diretoria..... 1837

11 Implementação de Serviços e funcionamento da Equipe Interdisciplinar.. 1838

11.1 Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho. 1838

11.1.1 Atendimento às Urgências Hospitalares..... 1838

11.1.2 Atendimento Ambulatorial 1840

11.1.3 Cirurgias Eletivas..... 1842

11.1.4 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico..... 1845

11.2 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas deambulatório e urgência 1848

11.2.1 ANEXO IV - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência 1848

11.3 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto. 1848

11.3.1 ANEXO V - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade..... 1849

11.4 Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavisos. 1849

11.4.1 ANEXO VI - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios 1849

11.5 Proposta para convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágio curriculares, treinamentos em serviços, residências e estágios. 1849

11.5.1 ANEXO VII - Proposta para Convênio Cooperação Técnica..... 1849

11.6 Apresentação de título stricto sensu na área de gestão em saúde dos indicados para a gestão da unidade, com documento comprobatório de interesse do titular 1849

11.6.1 ANEXO VIII – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão 1849

11.7 Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME e bloco cirúrgico. 1849

11.7.1 ANEXO IX – Protocolos de enfermagem internação enfermarias..... 1849

12 Implementação e Funcionamento de outrosServiços 1850

12.1 Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, normas e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima 1850

12.2 Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de normas e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima..... 1952

12.3 Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima. 1969

12.3.1 Proposta de Manual de rotinas administrativas para faturamento de procedimentos 1982

12.3.2 Planejamento Estratégico – Diretoria Adminstrativa E Financeira 2037

12.4 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 2044

12.5 Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial. 2085

12.5.1 Do Processo De Contratação De Terceiros 2088

12.5.2 Das Obrigações Diversas Dos Serviços Contratados Pelo Instituto Cem Para o Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) 2091

12.5.3 Serviços De Limpeza Hospitalar 2092

12.5.4 Serviços Devigilância 2093

12.5.5 Corredores, Rampas, Escadas e Áreas Comuns 2094

12.5.6 Prestação de serviços de vigilância, controle e fiscalização, inclusive através de vigilância eletrônica 2095

12.5.7 Serviço De Manutenção Predial 2096

12.5.8 Dos Procedimentos De Compra E Contratação 2098

12.5.9 Do Recebimento Das Propostas 2100

12.5.10 ..... Da Analise Das Propostas 2100

12.5.11 ..... Da Documentação Para Habilitação 2102

12.5.12 ..... Do Resultado 2103

12.5.13 Regulamento Para Os Procedimentos De Compra, Contratação De Obras, Contratação De Serviços E Alienações 2104

12.5.14 ..... Dos Critérios Específicos De Contratação 2119

12.6 Manual de Rotinas Administrativas para a Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio 2142

12.6.1 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo ... 2142

12.6.2 Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares 2200

12.7 Normas de Controle e Gestão de Bens Móveis e Materiais de Consumo ... 2240

13 Política De Recursos Humanos 2301

13.1 Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações. 2301

13.1.1 Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional 2301

13.1.2 Estrutura Do Programa De Desenvolvimento Humano Organizacional 2305

13.1.3 Uso das informações da pesquisa de clima: 2322

13.1.4 Da Política De Recursos Humanos 2344

13.2 Apresentação de plano de cargos e salários 2380

13.3 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. 2447

13.3.1 Regulamento Dos Procedimentos Para Recrutamento, Seleção E Contratação De Pessoal 2447

13.3.2 Modelo De Contrato De Trabalho 2458

13.3.3 Proposta para Identificar, controlar o absenteísmo e Estimular Produção. 2460

13.3.4 Programa De Educação Permanente 2470

13.3.5 Programa De Acolhimento Dos Colaboradores 2482

13.4 Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho 2493

13.4.1 Registro e Controle de Pessoal e Modelo para Escalas de Trabalho 2493

13.4.2 Regime de Contratação 2494

13.4.3 Regra para Elaborar Escalas de Serviços 2495

13.4.4 Registro de Ponto dos Funcionários 2495

13.4.5 Modelo de Escala Médica 2496

13.4.6 Modelo De Escala Dos Servidores 2497

13.4.7 Exemplos De Escalas Assistenciais 2498

13.5 De Pessoas Gestão Do Trabalho E Servidores 2500

13.5.1 Quadro De Servidores Cedidos 2504

13.1 Apresentar o quantitativo estimado, apontando, por categoria, a quantidade de profissionais, a carga horária de trabalho e o salário total (em moeda corrente), por perfil de profissional, sem a incidência dos encargos patronais 2504

13.2 Quadro com resumo do perfil de todos os profissionais que irão trabalhar no Hospital 2515

13.2.1 Qualificação E Perfil Dos Profissionais 2515

14 Metodologia de Projetos 2545

14.1 Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis. 2545

14.1.1 Escopo Do Projeto 2546

14.1.2 Planejamento Estratégico 2547

14.1.3 Planejamento Tático 2547

14.1.4 Planejamento Operacional 2548

14.1.5 Pilares Operacionais: 2549

14.1.6 Objetivos Estratégicos: 2550

14.1.7 Cronograma De Implantação De Metodologia De Trabalho 2559

14.2 Resultados Esperados 2564

15 Recursos Financeiros 2567

15.1 Sistema De Repasse 2567

15.2 Estimativa De Custeio Operacional - Hospital De Urgência De Goiás Dr. Valdemiro Cruz (Hugo): 2568

15.3 Recursos Financeiros - Ensino E Pesquisa 2571

15.3.1 Programas de Residência Médica, ... 2571

15.3.2 Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde 2571

15.3.3 Dos Recursos Financeiros 2573

15.3.4 Quadro De Servidores Cedidos 2575

15.4 Custeio Mensal Estimado 2576

ANEXOS 2577

ANEXO I - CONVENIO PARCERIAS IES 2577

ANEXO II – Experiência Anterior em Gestão Hospitalar 2711

ANEXO III - Estrutura e experiência da Diretoria 3647

ANEXO IV - Protocolos de enfermagem ambulatório e urgência 4015

ANEXO V - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade 4925

ANEXO VI - Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios 5158

ANEXO VII - Proposta para Convênio Cooperação Técnica 5623

ANEXO VIII – Apresentação Título Stricto Sensu Gestão 5935

ANEXO IX – Protocolos de enfermagem internação enfermarias 5957

1 SUMÁRIO

HUGO

Hospital de Urgências de Goiás

Dr. Valdemiro Cruz

Proposta de Trabalho para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme Chamamento Público nº 01/2023.

INSTITUTO CEM

Goiânia -2023

VOLUME 1

Av. Deputado Jamel Cecílio, 2496, Sala 26-A Edifício New Business, Jd.Goiás, CEP 74.810-100, Goiânia/GO – Telefone: (62) 3157.0732 http://www.institutocem.org.br

INSTRUMENTO DE RETIFICAÇÃO DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023-SES/GO PROCESSO: 202300010023416

O Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, torna público o presente edital de chamamento público para a seleção de entidade de direito privado se fins lucrativos caracterizada como organização da sociedade civil, com experiência prévia comprovada na gestão de unidades hospitalares com perfil de Média e Alta Complexidade, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). O presente Chamamento Público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12, bem como pelas regras constantes deste Edital e seus Anexos, as quais as entidades concorrentes declaram, pela sua participação no certame, conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente.

Data: 12/09/2023 Horário: 9 horas.

Local: As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia – Goiás.

Edital: site https://www.saude.go.gov.br/

AVISO DE RETIFICAÇAO DE INSTRUMENTO CONVOCATÓRIO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023

O Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, informa que torna público a retificação do edital de chamamento público para a seleção de entidade de direito privado sem fins lucrativos caracterizada como organização da sociedade civil, com experiência prévia comprovada na gestão de unidades hospitalares com perfil de Média e Alta Complexidade, para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, disponível no sítio eletrônico www.saude.go.gov.br. O presente Chamamento Público e a parceria dele decorrente se regem por toda a legislação aplicável à espécie, especialmente pelas normas da Lei Federal nº 13.019/2014 e a Lei complementar nº 141/12, bem como pelas regras constantes deste Edital e seus Anexos, as quais as entidades concorrentes declaram, pela sua participação no certame, conhecer e a elas se sujeitarem incondicional e irrestritamente, atendendo o cronograma proposta:

EVENTOS	**DATA**
Prazo máximo para Pedidos de Esclarecimento e Impugnação ao Edital	Até 20/08/2023 – esclarecimento Até 01/09/2023 - impugnação
Divulgação da Nota de Esclarecimento e Impugnação	28/08/2023 – esclarecimento 11/09/2023 - impugnação
Entrega dos Envelopes	às 09:00 horas do dia 12 de setembro de 2023.

Secretaria de Estado da Saúde de Goiás Comissão Interna de Chamamento Público

Sumário

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM 1
2 MODELO GERENCIAL 3
2.1 Objeto 3
2.2 Justificativa Da Parceria 3
2.3 Goiânia 6
2.4 Caracterização do Modelo Gerencial .....
2.4.1 Introdução 7
2.4.2 Missão, Visão e Valores 8
2.4.3 Alicerces Do Modelo Gerencial 9
2.4.4 Alta Resolutividade 11
2.4.5 A forma de encaminhamento 12
2.4.6 Acompanhamento dos pacientes 12
2.5 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial 12
2.6 Estrutura da Proposta de Trabalho 16
2.7 Objetivos Da Proposta 17
2.7.1 Objetivo Geral 17
2.7.2 Objetivos Específicos .....
2.7.3 Descrição Da Unidade 21
2.7.4 Capacidade Instalada 22
2.7.5 Perfil da Unidade 23
2.7.6 Definição Dos Serviços 23
3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS 36
3.1 Introdução 36
3.2 Estrutura 36
3.3 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) 46
3.4 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas 47
3.4.1 Circulações Externas e Internas .....
3.4.2 Acessos 48

3.4.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do Hugo: 48
3.4.4 Os Principais Tipos De Fluxo 51
3.4.5 A Setorização 52
3.4.6 Fluxos de Áreas Restritivas: 53
3.4.7 Fluxos de Áreas Externas 58
3.4.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre): 64
3.4.9 Fluxos de Áreas Internas: 65
3.4.10 Paciente Externo: 69
3.4.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos 72
3.5 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas 100
3.5.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados 107
3.5.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas 122
3.6 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde. 139
3.6.1 Finalidades 140
3.6.2 Treinamento 143
3.6.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss 144
3.6.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss 145
3.6.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss 146
3.6.6 Tipos De Resíduos Previstos 146
3.6.7 Grupo A: 147
3.6.8 Acondicionamento Antes Da Coleta 147
3.6.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final 148
3.6.10 Grupo D Resíduo Comum 150
3.6.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante 152
3.6.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss) 155
4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 211
4.1 Implantação de Logística de Suprimentos 211
4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos 213
4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado 220
4.1.3 Pop - Liberação De Material 223
4.1.4 Pop - Solicitação De Compras 228
4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos 231
4.1.6 Pop - Lançamentos De Notas Fiscais No Sistema Soul Mv E Virtualdoc 234
4.1.7 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral 236

4.1.8 Pop - Conferência Das Validades 239
4.1.9 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM 242
4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade 295
4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional 399
4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem 408
4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário 422
4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação 423
4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação 423
4.5.3 Soul Mv– Sistema De Gestão Hospitalar 439
4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos 442
4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem. 444
4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence. 456
4.5.7 Política De Segurança Da Informação 459
4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv 466
4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet .. 472
4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação 478
4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário 481
4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico 5
4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos 529
5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 535
5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais 535
5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade 536
5.1.2 Norma Padronização De Documentos 539
5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial 606
5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos 613
5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira 613
Fluxo Administração Financeira 615
5.2.2 Gestão de Custos 685
5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário 756

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES 761

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde 762

6.1.1 Projeto Acidente Vascular Cerebral Isquêmico 762

6.1.2 Projeto Certificação Centro Avc 771

6.1.3 Protocolo Onda Vermelha 776

6.1.4 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar 780

6.1.5 Proposta Geriatria Em Ambulatório 786

6.1.6 Avaliação Multidimensional Do Idoso 787

6.1.7 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais 790

6.1.8 Proposta Serviço de Medicina Física e Reabilitação 790

6.1.9 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid 791

6.1.10 Projeto Para Testagem Para HIV Em Pacientes Cirúrgicos 793

6.1.11 Projeto "evitando eventos trombóticos pós cirurgia ortopédica" 802

6.1.12 Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "Hospital Estadual Hugo" 804

6.1.13 Projeto De Residência Em Cirurgia E Traumatologia Bucomaxilofacial 808

6.1.14 Projeto De Transformação Jornada Científica Fonoaudiológica 811

6.1.15 Projeto Residência Em Movimento 816

6.1.16 Projeto Prática Baseada Em Evidências 833

6.1.17 Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências 837

6.1.18 Projeto Prática Baseada Em Evidências 854

6.1.19 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência 857

6.1.20 Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester 860

6.1.21 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol 917

6.1.22 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador 919

6.1.23 Projeto Revista Científica 928

6.1.24 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde 936

6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais 938

6.2.1 Da Proposta 938

6.2.2 Projetos Sociais 939

6.2.3 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização 995

6.3 Proposta para Execução da Construção da UTI 5 com 20 leitos 1000

ÁREA DE ATIVIDADE

1 APRESENTAÇÃO DO INSTITUTO CEM

O INSTITUTO CEM, é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, fundado em 05 de março de 2010, inscrito no CNPJ/MF 12.053.184/0001-37, está localizado Estado de Goiás, Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia – GO, com foco de atuação na área de saúde e que trabalha em parceria com os Municípios, priorizando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

1) MISSÃO:

Promover a qualidade e introduzir a inteligência emocional dentro da Gestão Pública nas áreas de Saúde, Meio Ambiente, Educação e Psicossocial, além de fornecer um atendimento humanizado à população e incentivar os profissionais que nelas trabalham.

2) VISÃO:

Ser reconhecido pela sociedade como Entidade que busca a melhoria na Gestão Pública através de técnicas conhecidas do setor privado.

3) VALORES:

- Humanização
- Respeito pelo trabalho em equipe
- Compromisso com a ética e a moral
- Comprometimento com o bem estar e a saúde
- Respeito à individualidade e suas necessidades
- Transparência no exercício
- Responsabilidade social e pública
- Assertividade da gestão do setor privado no setor público.

4) Dados do INSTITUTO CEM

Proponente: INSTITUTO CEM
CNPJ: 12.053.184/0001-37,

Endereço: Av. Dep. Jamel Cecílio, 2496, SALA 26 a - Jardim Goiás, Goiânia - GO

Fone: (62) 3157.0732

Email: presidente@institutocem.org.br

Responsável pela Assinatura do Contrato:

Nome: Jeziel Barbosa Ferreira

Nacionalidade: Brasileiro

Estado Civil: Casado

Profissão: Empresário

RG: 1625936 SSP/GO

CPF: 486.308.411-91

Endereço: Rua S5, nº 440, apto 301 – Ed. Beneville, Setor Bela Vista, CEP 74823-460, Goiânia/GO.

Dados Bancários:

Banco: Caixa Econômica Federal

Agência: 01241 Conta Corrente: 2719-5 - Operação 003

2 MODELO GERENCIAL

2.1 Objeto

O presente Edital tem por objeto a seleção de entidade para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas/dia, no **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)**, localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia - GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e seus anexos, parte integrante do presente Edital.

2.2 Justificativa Da Parceria

A presente parceria se justifica em razão da necessidade de selecionar a melhor proposta por meio de Chamamento Público, com base nos princípios administrativos da isonomia, da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, bem como em critérios técnicos, para celebrar Termo de Colaboração destinado às atividades de saúde do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

Cabe ressaltar que esse modelo de parceria com entidades sem finalidade lucrativa está regulamentado pela legislação federal, através da Lei nº 13.019/2014.

A implantação do modelo de parceria é uma das estratégias adotadas pelo Governo de Goiás, a exemplo de diversos estados e municípios da Federação, para aprimorar a gestão da administração pública, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

A gestão de Unidades de Saúde por meio de Organização da Sociedade Civil se faz com a gestão de recursos públicos, com ações direcionadas exclusivamente para o SUS, de forma gratuita, atendendo às políticas públicas e metas pré-fixadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Os principais benefícios da gestão de unidades hospitalares e/ou ambulatoriais realizadas por meio de uma Organização da Sociedade Civil são:

- Autonomia administrativa na gestão de recursos humanos, financeiros e materiais com estruturação de parcerias para descentralizar e diversificar as atividades relativas à prestação de serviços de saúde;
- Agilidade na aquisição de medicamentos, insumos, serviços, equipamentos, reformas, criação de leitos, etc.;
- Contratação e gestão de pessoas mais flexível e eficiente, com subsequente incremento da força de trabalho da Administração Pública e ampliação quantitativa e qualitativa da oferta dos serviços de saúde;
- Agilidade na tomada de decisões;
- Menores gastos com recursos humanos.

Tais vantagens são explicadas, dentre outros motivos, devido à limitações intrínsecas ao regime de direito público, que traz solenidades especiais aos atos de gestão, contratação de pessoal, compras e outras pactuações, limitações essas que muitas vezes não atingem as atividades prestadas por uma Organização da Sociedade Civil.

As ações e serviços de saúde das unidades hospitalares sob gestão de Organização da Sociedade Civil são garantidas por meio de um Termo de Colaboração, instrumento no qual são detalhadas as metas de produção a serem alcançadas, os indicadores de desempenho e os processos de monitoramento, fiscalização e avaliação.

A transferência da gestão, de uma unidade pública para uma entidade sem fins lucrativos, não afasta o Estado de seus deveres constitucionais de assegurar a saúde a todos brasileiros, apenas designa o desenvolvimento de suas atividades para uma pessoa jurídica especializada, tecnicamente capaz de realizá-las. Em nenhum momento, a política pública de saúde deixará de ser responsabilidade do Poder Público (Governo Estadual). Mesmo administrado por uma entidade privada, caso haja problema ou descumprimento das recomendações exaradas não só pelo órgão supervisor como pelos órgãos de controle, caberá a aplicação de penalidades, devidamente previstas em cláusulas específicas do Termo de Colaboração.

Esses aprimoramentos instituídos e planejados pela Gestão Estadual podem destacar o fortalecimento do papel do Poder Público como gestor e definidor das políticas que devem ser executadas, quais sejam: a regulação estatal dos processos de gestão dos bens públicos, o aperfeiçoamento da avaliação, controle e fiscalização das parcerias, com atuação de equipe qualificada em gestão por resultados, maior publicização das informações de

prestação de contas objetivando maior transparência do modelo de parcerias, objetivando adoção de novos parâmetros de desempenho, eficiência e pagamentos mediante os resultados alcançados.

Para a elaboração da Proposta de Trabalho, as instituições candidatas deverão observar as seguintes premissas:

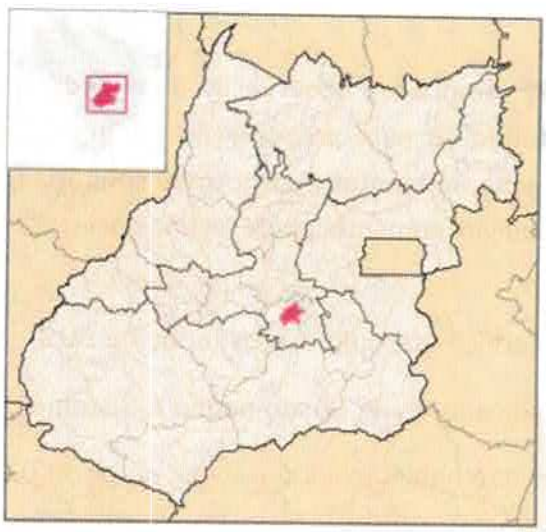
- Os princípios e diretrizes do SUS, sempre em observação à Lei Federal n 8.080, de 19 de Setembro de 1990, pautando-se pela preservação da missão da SES/GO, também em observância à legislação ambiental e as normas sanitárias, e utilizando como parâmetro, metas de produção com qualidade e eficiência para assistir de forma abrangente os usuários;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Garantia de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade no Ministério da Saúde (MS);
- Busca de certificação de qualidade em saúde;
- A Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- 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.

Somado a todo o exposto, temos ainda que na realidade fática atual, é inviável que o Estado assuma o gerenciamento direto das Unidades Hospitalares.

A inviabilidade de assunção direta se dá principalmente em razão do Poder Público não dispor de tempo hábil para formalização de licitações para aquisições de medicamentos, insumos, equipamentos, correlatos e outros, fundamentais ao abastecimento da Unidade Hospitalar, bem como ante a impossibilidade de proceder por contratação de serviços essenciais ao funcionamento da Instituição, e, ainda, em razão da inexistência de recursos humanos efetivo para atender a demanda.

Portanto, dentro da razoabilidade, a contratação de OSC será para prestar uma assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com qualidade, em busca constante da excelência do cuidado ofertado.

2.3 Goiânia



Goiânia é um município brasileiro, capital do estado de Goiás. Dista 209 km de Brasília, a capital nacional. Com uma área de aproximadamente 728,84 km², possui uma geografia contínua, com poucos morros e baixadas, caracterizada por ser uma região do Planalto Central do Brasil.

Localizada no centro do seu estado, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa de Goiás sob influência da Marcha para o Oeste, política desenvolvida pelo governo Vargas para acelerar o desenvolvimento e incentivar a ocupação do Centro-Oeste brasileiro.

Os estreitos laços de amizade e interações políticas entre Pedro Ludovico Teixeira e Vargas contribuíram bastante para essa empreitada. Sofreu um acelerado crescimento populacional desde a década de 1960 e atingiu um milhão de habitantes em 1996. Desde seu início, a sua arquitetura teve influência do *art déco*, que definiu a fisionomia dos primeiros prédios da cidade.

É a segunda cidade mais populosa do Centro-Oeste, sendo superada apenas por Brasília. É um importante polo econômico da região, considerada um centro estratégico para áreas como indústria, medicina, moda e agricultura.

Contudo, tem enfrentado desafios, entre eles a desigualdade social, crescentes problemas de trânsito, índices de crime elevados e o clima seco, resultado da poluição e por se localizar no cerrado brasileiro. Entretanto, durante a década de 2000,

Goiânia destacou-se entre as capitais brasileiras por possuir o maior índice de área verde por habitante do Brasil, na época ultrapassada apenas para a cidade de Edmonton, no Canadá.

De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população em 1 de julho de 2021 era de 1 555 626. É a sexta maior cidade do Brasil em tamanho, com 256,8 quilômetros quadrados de área urbana e o décimo município mais populoso do Brasil, em estimativa realizada pelo IBGE em 2020.

2.4 Caracterização do Modelo Gerencial

2.4.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde — SUS foi instituído na Constituição de 1988, nos arts. 196 a 200, e é resultado de um longo debate entre diversos segmentos da sociedade civil que foi exteriorizado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e que foi precedida de uma ampla mobilização social. O relatório final da Conferência indicou que devendo haver uma reorganização dos serviços de saúde com a descentralização na gestão dos serviços e regionalização e hierarquização das unidades prestadores de serviços,

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

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

Surge a partir das mudanças tecnológicas, da globalização dos mercados e da competitividade;

Inspira-se em conceitos de administração privada sem contudo confundir-se com ela buscar maior eficiência com definição na precisa dos objetivos e foco em resultados;

- Oferecer qualidade nos serviços, orientados ao cidadão-usuário;
- Descentralização das competências;
- Redução dos níveis hierárquicos;

- Planejamento estratégico participativo e democrático;
- Adequação do modelo às teorias administrativas mais modernas;

2.4.2 Missão, Visão e Valores

MISSÃO

Ser um hospital Geral, de esfera pública, unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência, promover a assistência hospitalar humanizada, com dignidade e respeito, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Oeste, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

VISÃO de FUTURO

Ser referência regional em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar.

VALORES

- Atendimento humanizado conforme os preceitos do PNH do SUS
- Contribuir para a evolução do ensino e pesquisa na área médica através da disponibilização de uma estrutura eficiente e moderna para docentes e discentes
- Cooperar tecnicamente, mediante solicitação e/ou orientação da SES, com a rede de assistência à saúde no Estado de Goiás
- Estimular e aferir permanentemente a resolubilidade no atendimento hospitalar
- Estimular permanentemente a evolução técnica e acadêmica de seus colaboradores, através de estímulos individuais ou coletivos, através de programas de intercâmbio com instituições de saúde de excelência, através de programas apoiados/incentivados pelas esferas governamentais.
- Gestão criteriosa dos impactos da atividade hospitalar no ambiente
- Priorizar a qualidade assistencial aos usuários do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)
- Transparência e ética na gestão do bem público

2.4.3 Alicerces Do Modelo Gerencial

2.4.3.1 Do Modelo De Gestão: Resolubilidade Assistencial

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

Como seremos eficientes neste pilar: Por. meio dos 5 alicerces nos- quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas. adequadas. para alcançarmos a resolubilidade assistencial no Hospital:

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

2.4.3.2 Do Modelo de Gestão: A Satisfação Do Usuário

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

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

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas -para alcançarmos um excelente nível de satisfação dos usuários do Hospital

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SIJS e Acolhimento do Usuário:
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente da Satisfação dos Usuários por m e de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de sugestões/reclamações ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempen' atingimento do nível de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar- descontentamentos dos usuários durante o atendimento na U S E (Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos requisitos de Resolubilidade Assistencial ao Usuário.

2.4.3.3 Do Modelo De Gestão: Gestão Hospitalar

Definição: A gestão hospitalar eficaz requer uma ampla variedade de apões, controles, medições, obtenção e divulgação de informações específicas para diversos interlocutores: colaboradores, usuários, fornecedores, entes públicos e privados, bancos etc. Portanto são necessárias diversas ferramentas de gestão para que a gestão hospitalar possa ser efi em todos os seus aspectos fundamentais:

- Satisfação do usuário
- Eficácia operacional
- Custos racionais e controlados
- Divulgação da informação adequada e oportuna para cada interlocutor
- Liderança no papel de promover a evolução e qualificação permanente de colaboradores
- Controle dos riscos tanto operacionais quanto ambientais.

Como seremos eficientes nesse pilar: Por meio dos 5 alicerces nos quais se apoiam este pilar, e que proporcionarão as ferramentas adequadas para alcançarmos um nível de excelência em gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

- Processos pautados pela Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS e Acolhimento do Usuário
- Fluxos administrativos adequados, ágeis e oportunos
- Medição frequente a da Satisfação dos Usuários por meio de pesquisas ativas e passivas (questionários, caixas de Sugestões/reclamações; ouvidoria etc.), e o imediato feedback para as -áreas/colaboradores que necessitem melhorar o seu desempenho. para o atingimento do nível: de excelência na satisfação do usuário
- Ações proativas para antecipar/solucionar/mitigar -descontentamentos dos usuários durante o atendimento no hospital (Serviço de Atendimento ao Cliente — SAC disponível durante o horário Comercial)
- Atenção permanente de todos os colaboradores quanto aos -requisitos dê Resolubilidade Assistencial ao Usuário.
- Premissas Estratégicas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

2.4.4 Alta Resolutividade

Sempre que possível, o atendimento no Hospital deverá ser o mais resolutivo possível, com consultas e exames realizados no mesmo dia.

Para tanto, o Hospital deve observar as seguintes diretrizes:

I. Organização do fluxo interno da unidade, especialistas e exames correspondentes necessários no mesmo horário, de acordo com a linha de cuidado estabelecida.

II. Coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento do Hospital e serviços de patologia clínica contratados com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos). Os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado.

III. O Hospital deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo.

IV. O Hospital deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

2.4.5 A forma de encaminhamento

As solicitações de consultas especializadas serão realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde municipais (UBS 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.

2.4.6 Acompanhamento dos pacientes

Os pacientes não devem ter atendimento sequencial programado de rotina no Hospital, 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 contrarreferência e referência, 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 a quatro consultas para resolução definitiva do caso, salvo as situações que necessitem de assistência contínua, que deverão ser bem definidos pela equipe gestora.

Para a referência e contrarreferência do paciente atendido no Hospital, 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.

2.5 Etapas Para Implantação do Modelo Gerencial

I. Realização de Diagnóstico Institucional em conformidade com as Diretrizes da ONA (Organização Nacional de Acreditação)

II. Oficialização do Modelo de Gestão: Gestão pela Qualidade

III. Oficialização das Políticas Institucionais

IV. Núcleo de Segurança do Paciente
V. Registros Seguros
VI. Gestão de Suprimentos
VII. Gestão da Informação
VIII. Gestão de Pessoas
IX. Gestão de Equipamentos
X. Qualificação de Fornecedores
XI. Consentimento Informado e Esclarecido
XII. Definição das lideranças
XIII. Realização de Planejamento Estratégico Participativo
XIV. Internalização do Planejamento Estratégico:
XV. Governança Corporativa
XVI. Capacitação Gerencial continuada em Gestão de Processos
XVII. Capacitação técnica e humana continuada para todas as equipes de trabalho.
XVIII. Definição de Fóruns) periódicos de acompanhamento de 'resultados (conforme diretrizes e metas -dou, -Planejamento Estratégico) nos diferentes níveis hierárquicos

Neste Contexto, o INSTITUTO CEM se Propõe a:

- Cumprir os compromissos com as ações das - agendas de prioridades estabelecidas pela Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde
- Prestar serviços de saúde com qualidade e eficiência, sem preconceitos ou discriminação de raça, cor, religião ou orientação sexual. Uma assistência igualitária, sem privilégios de qualquer espécie com um tratamento individualizado, personalizado e acolhedor
- Capacitar os profissionais para uma atenção resolutiva, integrada por todos os membros da equipe, para os principais agravos
- Cumprir adequadamente os protocolos diagnósticos e terapêuticos estabelecidos ou recomendados pela Secretaria Estadual de Saúde.
- Criar mecanismos técnicos, administrativos e de incentivos garantir as ações de referência e contra referência para dessa forma garantir a continuidade e eficácia do cuidado
- Criar rotinas administrativas mais amigáveis e solidárias, que evitem deslocamentos desnecessários dos usuários, com utilização intensiva etc.

- Participar da articulação e interlocução com os. equipamentos sociais na área, como educação, assistência social, conselhos de saúde, movimentos comunitários e setor privado, buscando integrar HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) na da população da área e ajudar a rede básica para atuar nos condicionantes da saúde e assim contribuir com a rede de serviços de saúde do Estado de Goiás para potencializar as ações para a melhoria da qualidade de vida comunidade
- Adquirir, gerir e proceder eficazmente com a logísticas suprimentos farmacêuticos e hospitalares
- Gerir, guardar, conservar e realizar a manutenção do prédio, terreno e dos bens inventariados pelo Estado, incluindo os mobiliários, e equipamentos médico-hospitalares
- Contratar e gerir profissionais de todas as áreas concernentes operação do Hospital.
- Executar diretamente ou subcontratar e gerir, quando for o -caso, os serviços acessórios necessários ao funcionamento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) confirmem termo de referência,
- Respeitar a decisão do usuário em relação ao consentimento recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal
- Garantir o sigilo das informações dos usuários
- Utilizar os recursos públicos com responsabilidade, buscando, sempre que possível, conciliar o menor preço e alta qualidade.

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá como pilares operacionais os seguintes princípios:

- Acessibilidade
- Coordenação do cuidado
- Continuidade do cuidado
- Integralidade
- Responsabilização
- Humanização
- Equidade
- Participação social

- Direito à Informação sobre diagnostico ao Usuário
- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do SUS.

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

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

Os componentes da atenção à saúde em GOIÂNIA iniciam-se com uma rede de atenção pré-hospitalar de entes-fixos que constituem. o primeiro nível de: atenção em urgências, prestados por, -um Conjunto de Unidades Básicas de Saúde Unidades de Saúde da Família, equipes de Agentes Comunitários. de :Saúde, Ambulatórios Especializados, Serviços -de: Diagnóstico e Terapia, e Unidades não Hospitalares de Atenção às Urgências (Pronto Atendimento),

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) deverá preencher uma importante lacuna no atendimento de saúde à rede básica de atenção à saúde em Luziânia e região, considerando as três linhas de serviço: consulta de atendimento médico especializado, serviço de suporte diagnóstico e pontos de atenção das linhas de cuidado definidas de acordo com a necessidade regional.

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) também terá papel relevante na Política de Educação Permanente em Saúde do SUS, nos estágios de Graduação e Pós-Graduação, Especialização e Residência Médica.

Para seu adequado funcionamento técnico e administrativo a unidade de saúde necessita de pessoas, faturamento e informações sobre saúdes concernentes ao atendimento do público específico que o demandam.

As estruturas físicas e lógicas, bem como os processos, são interligados de forma que o funcionamento e um componente Interligados em todo o conjunto e no resultado final da prestação do serviço na Unidade.

Serão adotados mecanismos para a garantia de transporte para os casos mais graves, que não possam se deslocar por conta própria, por meio do serviço de atendimento hospitalar móvel (macas e cadeiras de rodas).

É importante ressaltar que as ferramentas de gestão a serem utilizadas pelo INSTITUTO CEM contribuirão de maneira marcante para que se obtenha um bom acompanhamento do projeto e, consequentemente, bons resultados.

Diante do exposto e, com o objetivo de garantir atendimento em saúde qualificado, em conformidade com os compromissos da gestão estadual e utilizando-se de flexibilização organizacional, aprendizado e possibilidade de inserção de novos componentes da prática gerencial empresarial, o INSTITUTO CEM apresenta, ,nos :itens a seguir, o detalhamento da proposta de modelo gerencial, orientada para o atendimento media e alta complexidade do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

2.6 Estrutura da Proposta de Trabalho

O INSTITUTO CEM é uma entidade que preza pela execução dos serviços assistenciais de saúde de qualidade, aplicando as diretrizes do gerenciamento por- resultados, com foco na satisfação do cliente, no caso, o usuário do Sistema Único de Saúde — SUS.

Atuar com o compromisso de desenvolver projetos inclusivos, de relevância e que privilegiem o ser humano, sua coparticipação, sua ética e dignidade, por meio de ações sociais, educacionais, tecnológicas e práticas de gestão, contribuindo com construção de uma sociedade justa, fraterna, participativa e solidária é a meta do INSTITUTO CEM.

Neste Projeto será apresentada a metodologia de gerenciamento por resultados adotado pelo INSTITUTO CEM nas unidades geridas pela entidade e que será adotada na. gestão compartilhada do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

Este Projeto está dividido em:

- Modelo Gerencial
- Área de Atividade
- Área de Qualidade

- Qualidade Técnica
- Proposta Financeira para execução do Projeto

Em Modelo Gerencial serão abordados a contextualização e definição do modelo proposto

Em Área de Atividade serão abordados itens relativos à organização dos serviços e execução das atividades assistenciais à capacidade operacional da Unidade Ambulatorial Especializada e demonstra a potencialidade quanto à organização, quando atende a processo sistematizado capaz de produzir resultado dentro de um contexto de produção de serviços. Também avalia a capacidade de incremento de atividade assistencial.

Em Área de Qualidade, é proposta para desenvolvimento dos serviços para a eficácia das ações de assistência e a humanização das relações entre equipe profissional, usuários da Unidade e comunidade. Identifica ações voltadas para a Qualidade Objetiva a partir da instituição de comissões internas de monitoria dos serviços e ações voltadas à Qualidade Subjetiva relacionadas com a humanização das relações na Unidade, acolhimento e atendimento dispensado aos usuários do SUS.

Em Qualidade Técnica é a proposta que demonstra a capacidade gerencial por experiências anteriores, apresenta a estrutura da Direção, a implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar, a implantação e funcionamento de outros serviços, apresenta atividades em ciência e tecnologia, apresenta política de recursos humanos e a metodologia de projetos e em Quadro de Metas e Cronograma serão apresentas as metas quantitativas e qualitativas propostas para a unidade e o cronograma de implantação e execução de serviços.

Em Orçamento para execução do Projeto será apresentada proposta financeira do INSTITUTO CEM contendo os itens da receita e da despesa necessários para a execução do Projeto.

2.7 Objetivos Da Proposta

2.7.1 Objetivo Geral

Gerenciar, por meio de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)** assegurando a busca Permanente pela excelência, na assistência prestada aos usuários do SUS, com a aplicação-de forma eficiente dos recursos financeiros repassados ao INSTITUTO CEM.

2.7.2 Objetivos Específicos

- Atender 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;
- Resolubilidade e a qualidade do serviço ofertado aos usuários do SUS;
- Gerir o Hospital baseado em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas;
- Garantir de requisitos e a busca das habilitações possíveis ao perfil da Unidade n... Ministério da Saúde (MS);
- Buscar certificação de qualidade em saúde;
- Implantar a Política Nacional de Humanização no atendimento do SUS, contemplando o Acolhimento ao Usuário;
- Implantar 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.
- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento no Hospit... em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com a gravidade do caso.
- Articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pela Central de Regulação Estadual.
- Prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes de natureza clínica realizando a investigação diagnóstica inicial, com retorno do paciente para a rede de

atenção básica ou para nível ambulatorial ou hospitalar de maior complexidade, conforme cada caso.

- Integração dos Especialistas com a Atenção Básica.
- Realizar consulta médica especializada em regime ambulatorial.
- Prestar apoio diagnóstico e terapêutico 12 (doze horas) horas do dia de segunda a sexta-feira.
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio da Central de Regulação Estadual, os pacientes que apresentarem quadro instável.
- Prover atendimento elou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado às Rede de Assistência, a partir da complexidade clínica do usuário.
- Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192 sempre que a gravidade ou complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade da unidade.
- Promover a formação continuada dos colaboradores do Hospital para a melhoria dos processos de acolhimento e assistência, observando as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS.
- Avaliar os processos de trabalho implantados e executados no Hospital de forma periódica e constante, objetivando aperfeiçoar as ações e objetivos propostos neste Plano de Trabalho.
- Desenvolver um processo sistemático de informação e educação em saúde à população, em parceria com as UBS modo a minimizar possíveis acidentes e/ou outros agravos.
- Trabalhar o cuidado clínico qualificado aos usuários utilizando terapêuticas apropriadas e o seu gerenciamento para: continuidade de atenção em rede, quando necessário.

O INSTITUTO CEM é uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, representada por seu Diretor Presidente que é assistido pela Diretoria Executiva do INSTITUTO CEM e Diretores com funções claramente definidas.

A participação da comunidade no INSTITUTO CEM se dá por meio do Conselho de Administração, que possui representantes do INSTITUTO CEM, da Sociedade Civil Organizada.

A Secretaria Estadual de Saúde é um órgão da administração direta do Estado de Goiás e é a autoridade sanitária no território, observado o Termo de Compromisso de Gestão Estadual homologado pelo Ministério da Saúde e nas diversas portarias do Ministério da Saúde e Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite — CIB/SP e Comissão Intergestores Regional — CI.

Sendo o INSTITUTO CEM uma Instituição de direito privado sem fins lucrativos, , o instrumento de relação com a Administração e o Secretário Estadual de Saúde é o Termo de Colaboração para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde que fixam as obrigações de cada um dos parceiros, pois a relação jurídica que o INSTITUTO CEM manterá com a Administração possui caráter de colaboração, nos termos da legislação estadual, onde as entidades, portanto, traduzem um modelo de parceria entre o Estado e a sociedade para a consecução de interesses públicos comuns, com ampla participação da comunidade. De produtor direto de bens e serviços ainda, um controle estratégico de resultados dessas atividades. O Termo de Colaboração constitui o instrumento de fixação e controle de metas de desempenho que assegurem a qualidade e a efetividade dos serviços prestados à sociedade.

Além das obrigações típicas de um Termo de Colaboração, existe ainda a questão da transparência das ações do INSTITUTO CEM, que deve prestar contas da aplicação do recursos públicos e dos resultados alcançados à sociedade civil organizada, ao cidadão e seus representantes.

Desta forma, o relacionamento do INSTITUTO CEM com o Gestor Estadual e a Secretaria Estadual de Saúde se dará em 3 níveis, a saber:

1- No nível Administrativo político as relações são estritamente regidas pelo contrato de gestão, instrumento formal que fixa as metas, a forma de repasse de recursos financeiros, meio de monitoramento e avaliação, etc. Nesse nível as comunicações se darão entre-o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente ou Superintende Executivo do INSTITUTO CEM

2- No nível Sanitário técnico as relações são regidas pelas normas sanitárias do SUS, neste ponto estão englobados as normas da regulação assistencial de acesso da Vigilância Sanitária, dos sistemas de faturamento do SUS, etc. Nesse nível as comunicações se darão

tanto pelo Secretário Estadual dê Saúde e:técnicos da SES com o Diretor Geral da- Unidade de Saúde com o Diretor Técnico e o responsável pelo Núcleo Interno de Regulação,

3- No nível Participação e Controle Social as pelas normas de Accountability em que o INSTITUTO CEM fará a prestação de contas de suas ações tanto ao Conselho de Administração quanto ao Conselho Estadual de Saúde, bem, Câmara Municipal. Neste nível as comunicações se darão entre o Secretário Estadual de Saúde e o Presidente do INSTITUTO CEM, cada qual como aglutinador das demandas, ou seja, o Conselho Estadual de Saúde e a Câmara Municipal encaminharão suas demandas ao Secretário Estadual de Saúde que as repassará ao Presidente do INSTITUTO CEM, e que fará a devolutiva ao Secretário.

Em consonância com o Gestor Estadual, HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) oferecerá suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, integrados às Linhas de Cuidado de forma contratual, com regulação efetivada por meio de Complexo Regulador.

O modelo de relacionamento da unidade com os gestores de saúde no nível estadual será, também, baseado em diversos relatórios de controles qualitativos e quantitativos das atividades assistenciais da unidade, relatórios estatísticos etc. Além disso, a equipe gestora do Hospital apresentará, sempre que pertinente, sugestões de melhoria na unidade no aspecto de infraestrutura predial, informática, equipamentos médicos hospitalares, móveis etc.

A equipe de gestores da unidade estará sempre aberta a ouvir e pôr em prática as sugestões dos gestores municipal e estadual visando melhorar o atendimento aos usuários do SUS, promover economias nos custos ou propiciar evolução técnica assistencial.

As demandas do Conselho de Administração serão dirigidas ao Presidente do INSTITUTO CEM que as repassará ao Secretário Estadual de Saúde, a quem compete fazer as devolutivas.

2.7.3 Descrição Da Unidade

- Nome: Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO
- CNES: 2338262
- Endereço: Avenida Primeira Radial esquina com a Quinta Radial.

- Tipo de Unidade: Hospital Geral de esfera pública que prestará atendimento ambulatorial, internação, urgência e SADT, de demanda referenciada/regulada;
- Gerência da Unidade: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
- Funcionamento: 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

2.7.4 Capacidade Instalada

ESTRUTURA

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO atualmente possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Internação	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito (população em situação de privação de liberdade)	06 leitos
Leito Dia	15 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	10
Consultórios	09
Consultório Odontológico	01

A distribuição da estrutura física poderá ser adequada pelo INSTITUTO CEM, sempre com anuência prévia do PARCEIRO PÚBLICO, considerando-se a melhor distribuição dos fluxos assistenciais internos.

O hospital deverá manter sua Agência Transfusional (AT), que, por definição, é um serviço de hemoterapia com a função de armazenar hemocomponentes, realizar testes imunohematológicos pré-transfusionais e transfundir os hemocomponentes. O suprimento de hemocomponentes a esta agência deverá ser realizado pelo HEMOGO. A Agência Transfusional também poderá distribuir hemocomponentes para outros serviços de saúde, de acordo com o que estabelece a SES-GO.

O serviço de hemoterapia integrará a Rede Estadual de Serviços de Hemoterapia e, por consequência, a Hemorrede Estadual, estando inserido no contexto das políticas, estratégias, planejamento e determinações emanadas da SES-GO.

2.7.5 Perfil da Unidade

O HUGO é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência. Com atendimento de especialidades como: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular), podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

2.7.6 Definição Dos Serviços

Linhas de Serviços

Para o funcionamento do HUGO serão consideradas as seguintes linhas de serviços:

INTERNAÇÃO:

- Saídas de Clínica Médica;
- Saídas Cirúrgica;
- Quantidade de Cirurgias Eletivas;
- Internações em leitos de UTI adulto (não compõe a Linha de Serviços para efeito de metas).

ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

- Consultas Médicas Especializadas: consultas médicas especializadas realizadas em ambulatório;

- Consultas Multiprofissionais na Atenção Especializada: consultas multiprofissionais realizadas em ambulatório;
- Atendimentos de Leito Dia.
- Atendimento Ambulatorial - SADT Externo: corresponde à realização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados pelo Complexo Regulador Estadual para a Unidade.

O Serviço de Urgência e Emergência, assim como o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para atendimento interno não compõe a Linha de Serviços para efei de metas, porém o **INSTITUTO CEM** deverá ofertar esses serviços conforme necessidade do usuário regulado e/ou internado, quando da admissão hospitalar, e deverá informar mensalmente a produção realizada via Sistema de Gestão Hospitalar.

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

A assistência à saúde prestada em regime de hospitalização compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente desde sua admissão na Unidade Hospitalar até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar, inclusive as relacionadas a todos os tipos de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME);

A internação do usuário dar-se-á no limite dos leitos pactuados, garantindo as interconsultas de especialidades necessárias ao seu acompanhamento;

Esgotando-se todas as possibilidades internas de acomodação dos pacientes, a direção da Unidade deverá solicitar, via Núcleo Interno de Regulação (NIR), o remanejamento desses pacientes para outras unidades hospitalares, enviando a Autorização de Internação Hospitalar - AIH devidamente preenchida pelo médico assistente ou plantonista e os exames pertinentes ao diagnóstico, os quais serão anexados à solicitação no sistema de regulação de vagas do Complexo Regulador Estadual;

Em caso de doenças de notificação compulsória, encaminhar-se-á simultaneamente a cópia da ficha de notificação, devidamente preenchida.

- No processo de hospitalização, estão incluídos, além da OPME:
- Assistência por equipe médica especializada;

- Procedimentos e cuidados multiprofissionais necessários durante o processo de internação;
- Assistência farmacêutica e tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação;
- 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;
- Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) que sejam requeridos durante o processo de internação;
- Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) para acompanhamento das diversas patologias que possam vir a ser apresentadas pelos usuários atendidos nas 24h.
- Alimentação, incluída a assistência nutricional e alimentação enteral e parenteral;
- 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);
- Utilização de Centro Cirúrgico e procedimentos de anestesia;
- Material descartável necessário para os cuidados multiprofissionais e tratamentos;
- Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário, devido às condições especiais do paciente, considerando a legislação vigente e as normas regulamentadoras do SUS, as quais dão direito à presença de acompanhante;
- Acompanhante para os usuários idosos, crianças e gestantes (Leis nº 10.741 de 01/10/2003 e nº 10.048, 08/11/2000), assim como qualquer outra situação especial assegurada por lei;
- Diárias em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), se necessário;

- Sangue e hemoderivados;
- Fornecimento de enxoval;
- Procedimentos especiais em número e qualidade adequados 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;
- A realização das cirurgias, devendo o INSTITUTO CEM evitar cancelamentos administrativos, tais como falta de pessoal, enxoval, material, medicamentos e outros, visando à segurança do paciente;
- Transporte inter-hospitalar para acesso a cuidados especializados e diagnósticos, em todos os níveis de complexidade, independente da distância.

A assistência hospitalar envolve a disposição de equipe de profissionais para atuarem no processo de desospitalização.

ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS HOSPITALARES

A Unidade Hospitalar dispõe de atendimento às urgências e emergências e atende a demanda que lhe é encaminhada, conforme fluxo estabelecido pela SES/GO, durante 24hs.

Serão considerados atendimentos de urgência aqueles não programados que sejam dispensados pelo Serviço de Urgência do hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea em situações de urgência e emergência; por meio do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e/ou do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE); encaminhados de forma referenciada pelo Complexo Regulador Estadual e que sejam classificados conforme Acolhimento com Classificação de Risco preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde .

O hospital deverá manter Serviço de Acolhimento e Classificação de Risco (ACCR) conforme preconizado pela Secretaria Estadual de Saúde, encaminhando pacientes de outras especialidades ou em situação não urgente às demais unidades de saúde por meio do instrumento de referência e contra-referência e/ou pelo Complexo Regulador Estadual.

Para efeito de produção pactuada e realizada, deverão ser informados todos os atendimentos realizados no setor de urgência independente de gerar ou não uma hospitalização.

Se, em consequência do atendimento por urgência, o paciente for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização (Autorização de Internação Hospitalar - AIH).

Os exames solicitados durante o atendimento de urgência/emergência deverão ser realizados imediatamente após sua prescrição. A entrega do resultado não pode ultrapassar duas horas após o horário da solicitação, salvo naquelas condições em que o processo mecanizado exija um tempo maior para sua realização.

ESPECIALIDADES PARA PORTA DE ENTRADA (URGÊNCIA) A SEREM OFERECIDAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.

Cirurgia Buco Maxilo Facial Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica Clínica Médica
Ortopedia e Traumatologia Neurocirurgia
Otorrinolaringologia (plantão diurno, 12 horas, 07 dias por semana) Neurologia
Angiologia e Cirurgia Vascular

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CONSULTAS ESPECIALIZADAS

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

O **INSTITUTO CEM** apresentará a agenda à Regulação Estadual conforme sua carta de serviços. No entanto, para efeito de acompanhamento de metas, serão consideradas as consultas efetivamente realizadas/executadas;

As consultas ambulatoriais compreendem:

- Primeira consulta e/ou primeira consulta de egresso ;

- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita inicial do paciente encaminhado pela **Regulação** ao Hospital/Estabelecimento de Saúde, para atendimento a uma determinada especialidade;

Entende-se por primeira consulta de egresso, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar, para atendimento à especialidade referida. Todas as consultas de egressos devem ser inseridas no Sistema informatizado de regulação estadual;

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 e/ou primeira consulta de egresso. 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, etc., os mesmos, a partir do 2º atendimento, serão registrados como consultas subsequentes;

É vedado o registro de sessões como consultas subsequentes para efeito de composição de metas.

As consultas realizadas pela Enfermagem e pelo Serviço Social na classificação de risco deverão ser registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Estado da Saúde;

Constitui exceção ao disciplinado no caput deste subitem, as **consultas ambulatoriais realizadas pela Enfermagem** que atenderem ao Decreto Lei nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo as etapas desta consulta, quais sejam:

- análise dos dados contidos no prontuário;

- entrevista que compreende a anamnese e o exame físico realizado junto ao cliente, durante o atendimento;
- diagnóstico de enfermagem (de competência do enfermeiro);
- resultado da análise dos dados subjetivos e objetivos coletados durante a entrevista e exame físico;
- 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.

O atendimento ambulatorial deverá ser programado para funcionar, no mínimo, das 07h às 19h, de segunda-feira à sábado, conforme demanda da população de usuários do Hospital/Estabelecimento de Saúde, nas especialidades mínimas descritas nos quadros abaixo:

ESPECIALIDADES INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.
Angiologia e Cirurgia Vascular
Anestesiologia
Cardiologia
Cirurgia Geral
Cirurgia Torácica
Geriatria
Neurologia Clínica
Neurocirurgia
Otorrinolaringologia
Ortopedia e Traumatologia

ESPECIALIDADES MULTIPROFISSIONAIS INICIAIS A SEREM OFERECIDAS NO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ - HUGO.
Bucomaxilo Facial
Enfermagem
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia

O quantitativo de especialidades e tipos de especialidades (médicas/multiprofissionais e odontológicas), bem como os tipos de consultas (primeira e ou egresso/retorno/interconsulta), poderão sofrer mudanças de quantitativo e tipos de especialidades, dependendo da avaliação das mesmas, levando-se em consideração a necessidade e a demanda reprimida identificadas pela SES-GO;

A avaliação da necessidade e da demanda reprimida das Regiões de Saúde será feita constantemente pelo Complexo Regulador Estadual. Assim, sempre que necessário, o PARCEIRO PÚBLICO solicitará modificações com relação às especialidades ofertadas e/ou tipos de consultas, o que será cumprido pelo **INSTITUTO CEM** em até 60 dias;

Esclarece-se que mesmo com as modificações solicitadas, **o quantitativo total 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.

CIRURGIAS ELETIVAS

Consideram-se Cirurgias Eletivas o procedimento cirúrgico (Grupo 04 da Tabela do SUS) preconizado para o restabelecimento da saúde e bem-estar do paciente/usuário, mas que não se enquadra como urgência e emergência médica e, portanto, pode ser programado de acordo com a capacidade dos serviços de cirurgia e as necessidades do indivíduo;

Por não ser considerada de urgência ou emergência, é agendado dia e horário para sua realização conforme mapa cirúrgico do hospital e a ocasião mais propícia. Geralmente é realizada após diversos exames que são feitos para garantir as melhores condições de saúde

dos pacientes/usuários (risco cirúrgico) e são estratificadas em 3 tipos, a saber: pequeno procedimento ambulatorial, cirurgia eletiva ambulatorial e cirurgia eletiva hospitalar;

- Pequeno procedimento ambulatorial: procedimento cirúrgico de pequeno porte realizado no consultório ou ambulatório, geralmente sob anestesia local, com alta imediata do paciente/usuário, sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) ou Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPAi);
    b. Autorização para execução: via regulação ambulatorial de 1ª vez;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Gestão Hospitalar (SES-GO).
- Cirurgia eletiva ambulatorial: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia sem necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: APAC;
    b. Autorização para execução: via sistema de regulação;
    c. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.
- Cirurgia eletiva hospitalar: procedimento cirúrgico realizado em centro cirúrgico sob efeito de anestesia com necessidade de internação hospitalar pós operatória;
    a. Instrumento de registro: AIH - Autorização para execução: via sistema de regulação;
    b. Apresentação de produção para prestação de contas: via sistema de regulação.

As cirurgias eletivas hospitalares podem ser estratificadas em 3 tipos, conforme especificado abaixo:

- Cirurgia eletiva hospitalar de alto giro: média de permanência hospitalar de 4 dias, não envolve alto custo e não envolve uso de OPMEs de alto custo;

- Cirurgia eletiva hospitalar de média ou alta complexidade: média de permanência hospitalar maior que 5 dias, não envolve alto custo ou uso de OPMEs de alto custo; e
- Cirurgia eletiva hospitalar de alta complexidade e alto custo: média de permanência hospitalar maior que 6 dias com ou sem uso de OPME, envolve alto custo e pode envolver ou não o uso de OPMEs de alto custo.

As cirurgias eletivas deverão ser realizadas prioritariamente para os pacientes egressos que necessitem do segundo tempo cirúrgico;

Os pacientes para acesso à cirurgia eletiva deverão ter como única porta de entrada consulta ambulatorial autorizada pelo Complexo Regulador Estadual, na mesma especialidade da cirurgia eletiva ou dentro da mesma linha de cuidado para o qual o paciente foi regulado;

Não é legítimo converter pacientes que são admitidos via Pronto Socorro de unidades de saúde que possuem porta de entrada aberta 24h, em pacientes elegíveis para inserção na lista de espera da cirurgia eletiva;

Será admitida a inserção da solicitação de procedimento cirúrgico eletivo para pacientes que forem admitidos via Emergência e necessitam de abordagem de 2º tempo cirúrgico pós-trauma na especialidade de ortopedia e retirada de cateter em urologia, e em outras situações a depender da demanda da regulação estadual;

A unidade de saúde deverá cumprir e fazer cumprir todas as normativas de regulação e autorização de cirurgias eletivas constantes no Protocolo Estadual de Regulação de Cirurg. Eletivas vigente, bem como atualizações futuras e outras normativas estabelecidas no âmbito da Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás.

SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO - SADT EXTERNO

O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Externo envolve o conjunto de exames e ações de apoio terapêutico, que será disponibilizado prioritariamente à pacientes egressos e aos que estão sendo atendidos em outras unidades da Rede de Atenção à Saúde que possuem a prescrição para realizar o exame, sendo todos esses procedimentos autorizados pelo Complexo Regulador Estadual;

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 Procedimentos de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT Externo a serem ofertados e executados são:

PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO – SADT EXTERNO

Colonoscopia Endoscopia Digestiva
Radiografia com e sem contraste Endoscopia via urinária
Tomografia Computadorizada com e sem contraste Ultrassonografia
Ultrassonografia /Doppler

O estabelecimento de saúde deverá disponibilizar o serviço de imagenologia para os usuários da unidade, bem como àqueles da Rede Assistencial de acordo com fluxos estabelecidos pela **Regulação Estadual**, no limite da capacidade operacional dos aparelhos de imagem existentes;

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.

SERVIÇOS DE APOIO

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT:** corresponde ao conjunto de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico. Será disponibilizado aos usuários atendidos em regime de urgência e emergência e internação da Unidade. O SADT Interno deverá ser prestado 24 horas por dia, ininterruptamente;
- **Serviços de Farmácia:** deverá garantir a qualidade da assistência prestada ao paciente, por meio do armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo seguro e racional, adequando sua utilização à saúde individual e coletiva, nos planos: assistencial, preventivo, docente e de investigação, devendo, para tanto, contar com farmacêuticos em número suficiente para o bom desempenho da assistência farmacêutica;
- **Serviço de Nutrição e Dietética – SND:** o Serviço de Nutrição e Dietética deverá prestar assistência nutricional e fornecer refeições balanceadas voltadas às

necessidades de cada usuário/cliente, visando à satisfação e recuperação da saúde. Dentre as principais funções do SND está proporcionar uma alimentação adequada e nutricionalmente equilibrada, fatores essenciais no tratamento do paciente, além de buscar a qualidade de vida dos clientes/usuários de forma a orientar e avaliar seu estado nutricional e hábitos alimentares, devendo estar atento aos pareceres e/ou solicitações médicas, e, após avaliação do paciente, elaborar um plano alimentar específico, que varia conforme sua patologia e estado nutricional;

- **Serviço de Lavanderia:** a lavanderia hospitalar é um dos serviços de apoio ao atendimento dos pacientes/usuários, responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da Unidade;
- **Central de Material e Esterilização – CME:** a CME é responsável pelo processamento de artigos e instrumentais médico-hospitalares, realizando o controle, a limpeza, o preparo, a esterilização e a distribuição dos materiais hospitalares;

Destaca-se a possibilidade de outros serviços de apoio conforme a necessidade hospitalar.

Programas Especiais E Novas Especialidades De Atendimento

Caso, ao longo da vigência do Termo de Colaboração, em comum acordo entre as partes, o INSTITUTO CEM 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 patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, 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.

Propostas De Melhorias

O INSTITUTO CEM 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 2116/2021 e suas alterações subsequentes ou outra norma vigente;

O requerimento de investimento trata-se de uma possibilidade, sendo faculdade da Administração Pública autorizar ou não, conforme critérios de oportunidade, conveniência, a depender de dotação orçamentária, devendo atender a supremacia do interesse público;

Para todo e qualquer projeto, o INSTITUTO CEM 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 INSTITUTO CEM;

Após aprovação do projeto pela SES-GO, serão repassados para o INSTITUTO CEM, a título de investimento, os recursos necessários para adequação da estrutura física e aquisição dos equipamentos necessários;

A proposta só deverá ser inicialmente executada após a autorização expressa do PARCEIRO PÚBLICO.

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;

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 INSTITUTO CEM;O requerimento de investimento com recursos provenientes de emendas parlamentares seguirá o mesmo rito acima especificado.

3 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.1 Introdução

O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz — HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, **especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência**. Com atendimento de especialidades como: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular), podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual.

Inserido na Rede de Urgência e Emergência como porta de Entrada (referenciada), conforme classificação de risco, com leitos clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva (UTI), as internações são predominantemente clínicas, porém também existem internações cirúrgicas alinhadas ao perfil da Unidade, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

3.2 Estrutura

O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** atualmente possui 288 (duzentos e oitenta e oito) leitos gerais e 57 (cinquenta e sete) leitos complementares sendo todos leitos de UTI adulto e disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Planta Hugo

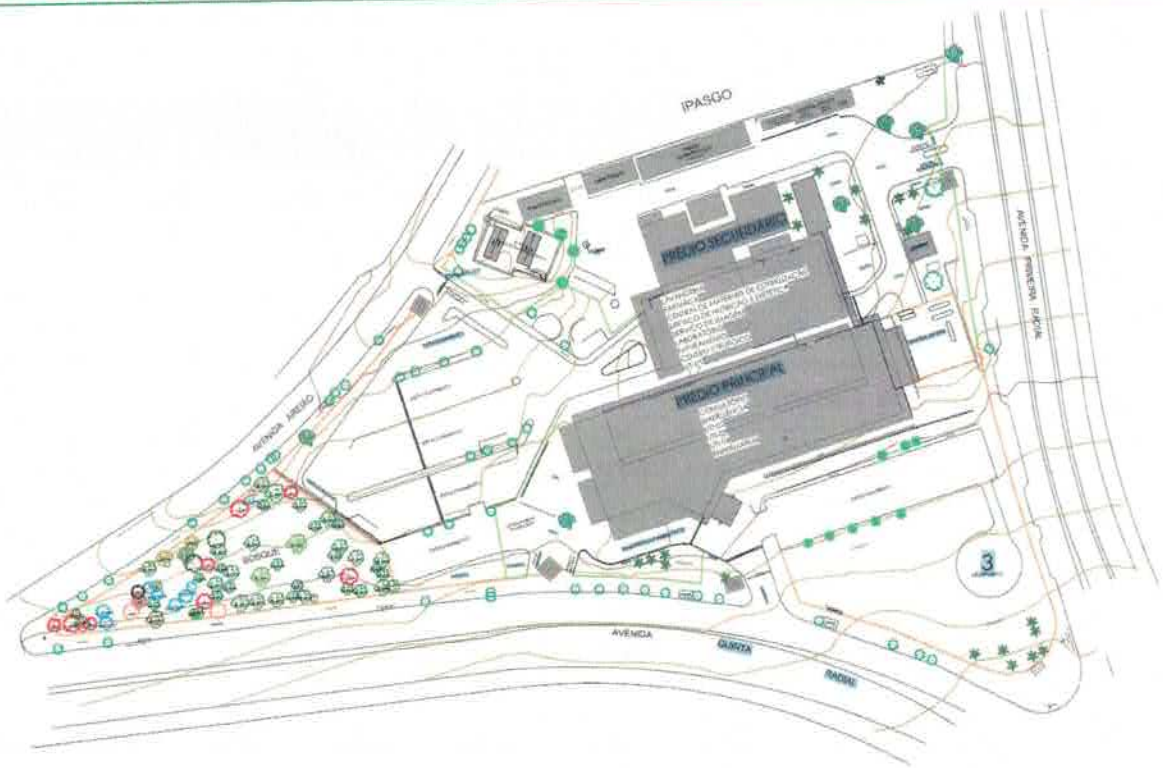


Figura 1 - Planta Hugo

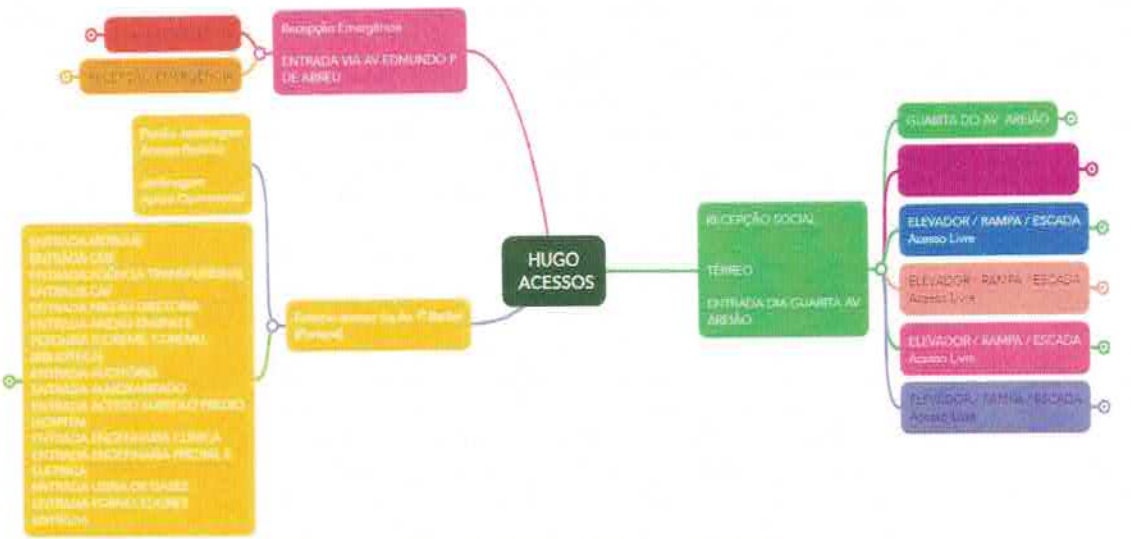
QUADRO DE ÁREAS	
TÉRREO 02	3.625,19 m²
TÉRREO 01	3.458,80 m²
1º PAVIMENTO	3.063,19 m²
2º PAVIMENTO	1.473,16 m²
3º PAVIMENTO	1.806,94 m²
4º PAVIMENTO	1.806,94 m²
TOTAL	15.234,22 m²

QUADRO DE ÁREAS - DETALHADO	
CENTRAL DE MATERIAL ESTERELIZADO	322,44 m²
FARMÁCIA	587,41 m²
LAVANDERIA	473,90 m²
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	641,19 m²
SERVIÇOS DE APOIO	2.235,55 m²
PRONTO ATENDIMENTO	2.574,03 m²
UTI-03	492,78 m²
SERVIÇO DE IMAGEM	166,72 m²
UTI-02/UTI-04	1288,01 m²
CENTRO CIRÚRGICO	1288,01 m²
ENFERMARIAS	4.573,38 m²
FATURAMENTO / LABORATÓRIO	626,69 m²

QUADRO CAPACIDADE ATUAL INSTALADA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ – HUGO

Internação	Quantidade
UTI Adulto	57 leitos
Enfermaria Adulto Clínico	60 leitos
Enfermaria Adulto Neurologia	10 Leitos
Enfermaria Cirúrgica	212 leitos
Leito (população em situação de privação de liberdade)	06 leitos
Leito Dia	15 Leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	10
Consultórios	09
Consultório Odontológico	01

ACESSOS HUGO



1 RECEPÇÃO SOCIAL TÉRREO ENTRADA DIA GUARITA AV AREIÃO

1.1 GUARITA DO AV AREIÃO

1.1.1 SAA

1.1.1.1 Acesso dos paciente das cirurgias eletivas

1.1.2 Acesso para Estacionamento

1.2 Térreo Recepção Social Acesso livre para atendimento

1.2.1 Central de transplantes Acesso restrito digital

1.2.2 Ouvidoria

1.2.3 Banheiro

1.2.3.1 Masculino

1.2.3.2 Feminino

1.2.3.3 Acessivel

1.3 ELEVADOR / RAMPA / ESCADA Acesso Livre

1.3.1 1º ANDAR Acesso Livre

1.3.1.1 CENTRO CIRURGICO Acesso controlado por biometria

1.3.1.1.1 10 Salas Cirurgicas

1.3.1.1.1.1 Sala 1

1.3.1.1.1.1.1 Urgência e Emergência

1.3.1.1.1.2 Sala 2

1.3.1.1.1.2.1 Urgência e Emergência

1.3.1.1.1.3 Sala 3

1.3.1.1.1.3.1 Cirurgia Geral

1.3.1.1.1.4 Sala 4

1.3.1.1.1.4.1 Ortopedia e Captação de Órgãos

1.3.1.1.1.5 Sala 5

1.3.1.1.1.5.1 Cirurgia Geral

1.3.1.1.1.6 Sala 6

1.3.1.1.1.6.1 Buco Maxilo

1.3.1.1.1.7 Sala 7

1.3.1.1.1.7.1 Ortopedia e Captação de Órgãos

1.3.1.1.1.8 Sala 8

1.3.1.1.1.8.1 Ortopedia

1.3.1.1.1.9 Sala 9

1.3.1.1.1.9.1 Ortopedia

1.3.1.1.1.10 Sala 10

1.3.1.1.1.10.1 Ortopedia

1.3.1.1.2 RPA

1.3.1.1.2.1 11 Leitos

1.3.1.1.2.2 Sala Guarda Material

1.3.1.1.3 Arsenal

1.3.1.1.4 Repouso Médico

1.3.1.1.5 Repouso de Enfermagem Masculino

1.3.1.1.6 Repouso de Enfermagem Feminino

1.3.1.1.7 Sala Star

1.3.1.1.8 Copa do Colaboradores

1.3.1.1.9 Sala de Utilidades

1.3.1.1.10 Vestiário

1.3.1.1.10.1 Masculino

1.3.1.1.10.2 Feminino

1.3.1.1.11 Sala Administrativa

1.3.1.1.12 Sala da Coordenação

1.3.1.1.13 Farmacimácia Satélite

1.3.1.1.14 Recepção de Pacientes

1.3.1.2 UTI 1 Acesso controlado por biometria

1.3.1.2.1 12 Leitos

1.3.1.2.2 Sala da Coordenação

1.3.1.2.3 Sala da comissão de curativos

1.3.1.2.4 Sala de espera

1.3.1.2.5 Repouso enfermagem

1.3.1.2.5.1 Masculino

1.3.1.2.5.2 Feminino

1.3.1.2.6 Repouso Médico

1.3.1.2.7 Copa

1.3.1.2.8 Expurgo

1.3.1.2.9 DML

1.3.1.2.10 Sala de utilidades da hemodiálise

1.3.1.2.11 Sala de utilidades do curativos

1.3.1.2.12 Banheiro

1.3.1.2.12.1 Masculino

1.3.1.2.12.2 Feminino

1.3.1.3 UTI 2 Acesso controlado por biometria

1.3.1.3.1 20 Leitos

1.3.1.4 UTI 5 - Em construção, acesso restrito

1.3.1.4.1 20 Leitos

1.3.1.5 Sala de Acolhimento

1.3.1.5.1 Sala rack da TI

1.4 ELEVADOR / RAMPA / ESCADA Acesso Livre

1.4.1 2º ANDAR Acesso Livre

1.4.1.1 70 Leitos de Enfermagem

1.4.1.2 2 Postos de Enfermagem

1.4.1.3 Sala da Coordenação

1.4.1.4 Sala de Suprimentos

1.4.1.5 Balcão de Prescrição

1.4.1.6 Repuso de Enfermagem Feminino

1.4.1.7 Repouso de Enfermagem Masculino

1.4.1.8 Copa do Colaboradores

1.4.1.9 Repouso dos Residentes

1.4.1.10 Copa da Nutrição

1.4.1.11 DML

1.4.1.12 Expurgo

1.4.1.13 Abrigo de resíduo

1.4.1.14 Banheiro

1.4.1.14.1 Masculino

1.4.1.14.2 Feminino

1.5 ELEVADOR / RAMPA / ESCADA Acesso Livre

1.5.1 3º ANDAR Acesso Livre

1.5.1.1 107 Leitos de Enfermagem

1.5.1.2 2 Postos de Enfermagem

1.5.1.3 Sala da Coordenação

1.5.1.4 Sala de Surpimentos

1.5.1.5 Balcão De Prescrição

1.5.1.6 Expurgo

1.5.1.7 Copa da Nutrição

1.5.1.8 Copa dos Colaboradores

1.5.1.9 Repouso de enfermagem

1.5.1.10 DML

1.5.1.11 Abrigo de resíduos

1.5.1.12 Expurgo

1.5.1.13 Banheiro

1.5.1.13.1 Masculino

1.5.1.13.2 Feminino

1.6 ELEVADOR / RAMPA / ESCADA Acesso Livre

1.6.1 4º ANDAR Acesso Livre

1.6.1.1 105 Leitos de Enfermaria

1.6.1.2 6 Leitos de Enfermaria Carceragem

1.6.1.3 2 Postos de Enfermagem

1.6.1.4 Sala da Coordenação

1.6.1.5 Sala de Suprimentos

1.6.1.6 Balcão de Prescrição

1.6.1.7 Expurgo

1.6.1.8 Repouso dos Hospitalistas

1.6.1.9 Repouso de Enfermagem

1.6.1.10 Copa do Colaboradores

1.6.1.11 DML

1.6.1.12 Abrigo de Resíduo

1.6.1.13 Banheiro

1.6.1.13.1 Masculino

1.6.1.13.2 Feminino

2 RECEPÇÃO EMERGÊNCIA ENTRADA VIA AV EDMUNDO P. DE ABREU

2.1 Enrada EMERGÊNCIA

2.1.1 Porta da Emergência Acesso: -Bombeiros -SAMU -Resgate (Triunfo) -Policiais conduzindo pacientes -Acompanhantes identificados com a pulseira roxa

2.1.1.1 Acesso com adesivo na cor azul Estacionamento: 50 vagas carros 6 vagas motos 5 vagas ambulância 1 vaga administrativo 1 vaga central de transplantes

2.1.1.1.1 Guarita da Emergência

2.1.1.1.1.1 Acesso pela Avenida Edmundo P. de Abreu

2.1.1.2 Entrada liberado para: Coordenadores -Médicos liberados pela diretoria -Policiais em geral -Bombeiros -SAMU -Resgate (TRIUNFO) -SES -Ambulância com paciente precaução de contato

2.2 RECEPÇÃO EMERGÊNCIA

2.2.1 Porta ambulatório: -Entrada para pacientes com a pulseira de cor branca -Entrada para acompanhantes com a pulseira cor bege -Polícia Civil interna

2.2.1.1 Acesso com adesivo na cor verde Estacionamento: 40 vagas carros 2 vagas deficiênte 2 vaga idoso 5 vagas ambulância

2.2.1.1.1 Guarita da Classificação de Risco

2.2.1.1.1.1 Acesso pela Avenida Edmundo P. de Abreu

2.2.1.2 Estacionamento liberado para: -Colaboradores -Ambulâncias

2.2.1.3 1 Eliponto Suporta até 3 toneladas

2.2.2 Porta clasificação de risco (Emergência): -Entrada para pacientes com a pulseira de branca -Entrada para acompanhantes com a pulseira cor roxa

3 EXTERNO ACESSO VIA AV. !º RADIAL (PORTARIA)

3.1 Portão Jardinagem Acesso Restrito: Jardinagem Apoio Operacional

3.2 ENTRADA MORGUE ENTRADA CME ENTRADA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL ENTRADA CAF ENTRADA PREDIO DIRETORIA ENTRADA ANEXO ENSINO E PESQUISA (COREME, COREMU, BIBLIOTECA) ENTRADA AUDITÓRIO ENTRADA ALMOXARIFADO ENTRADA ACESSO SUBSOLO PREDIO HOSPITAL ENTRADA ENGENHARIA CLÍNICA ENTRADA ENGENHARIA PREDIAL E ELETRICA ENTRADA USINA DE GASES ENTRADA FORNECEDORES ENTRADA

3.2.1 SUBSOLO

3.2.1.1 GUARITA DA 90

3.2.1.1.1 Acesso pela Avenida 1ª Radial

3.2.1.2 Entada de Fornecedores

De acordo com Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, qual dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

Adota-se nesse regulamento técnico, RDC nº 50, uma abordagem da organização técnica do trabalho na assistência à saúde, onde apresentam-se as diversas atribuições de um estabelecimento assistencial de saúde, que acrescidas das características e especificidades

locais, definem o programa físico-funcional, com conjunto das atribuições e atividades do EAS (Estabelecimento Assistencial de Saúde).

3.3 Atribuições de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS)

1. Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial e de hospital-dia - atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada;
2. Prestação de atendimento imediato de assistência à saúde - atendimento a pacientes externos em situações de sofrimento, sem risco de vida (urgência) ou com risco de vida (emergência);
3. Prestação de atendimento de assistência à saúde em regime de internação-atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a 24 horas (pacientes internos);

4. Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia- atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde (contato direto);
5. Prestação de serviços de apoio técnico- atendimento direto a assistência à saúde em funções de apoio (contato indireto);
6. Formação e desenvolvimento de recursos humanos e de pesquisa- atendimento direta ou indiretamente relacionado à atenção e assistência à saúde em funções de ensino e pesquisa;
7. Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa-atendimento ao estabelecimento em funções administrativas;
8. Prestação de serviços de apoio logístico - atendimento ao estabelecimento em funções de suporte operacional.

De acordo com a Resolução (RDC) Nº 50, o ambiente das EAS, é entendido, como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas e seu dimensionamento é expresso pela quantificação do tamanho do ambiente (superfície e dimensão), em função do equipamento e/ou população presentes, está relacionado à demanda pretendida, assim as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

Neste panorama, dimensionamos as áreas de circulação em:

- Circulações Externas e Internas
    a. Acessos
    b. Estacionamentos
    c. Circulações Horizontais

3.4 Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas

3.4.1 Circulações Externas e Internas

As circulações externas e internas do EAS são seus acessos, estacionamentos e circulações horizontais e verticais caracterizadas a seguir e em conformidade com a norma NBR-9050

da ABNT, Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

3.4.2 Acessos

Os acessos do HUGO estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais. A relação a ser considerada é de tipos funcionais de acessos e não de número de acessos, esta sim, via de regra, função da quantidade dos serviços prestados.

Deve haver uma preocupação de se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação no HUGO, evitando-se o tráfego indesejado em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviç diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais.

O HUGO agrega diversos tipos funcionais de acessos em um único espaço físico, dependendo da interligação e aglutinação das unidades funcionais existentes, e dos acessos físicos diferenciados para cada tipo funcional.

Os tipos de pessoas e materiais que acessam (entram e saem) do HUGO são:

- Paciente externo ambulante ou transportado, acompanhante e doador;
- Paciente a ser internado ambulante ou transportado e acompanhante;
- Cadáver, acompanhante e visitas relacionadas a esse;
- Funcionário e aluno (a distribuição por categorias é definida pela administração do EAS), vendedor, fornecedor e prestador de serviço, outros; e
- Suprimentos e resíduos.

Os acessos de pessoas (pacientes, doadores, funcionários, alunos e público), deve... possibilitar que os portadores de deficiência ambulatorial possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

3.4.3 A Gestão Eficiente Por Meio Dos Fluxos Do Hugo:

Um dos maiores desafios dos ambientes hospitalares é a gestão eficiente do fluxo do paciente. Isso porque adaptar a relação entre capacidade instalada da unidade e demanda de pacientes é salutar para garantir que todos pacientes recebam o cuidado devido, na hora exata, no lugar correto, garantindo níveis de segurança e satisfação maiores.

No Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz os usuários e seus acompanhantes poderão contar com fluxos que buscam permitir sua circulação de forma eficiente e ágil e garantindo-lhes um acolhimento de qualidade e digno.

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

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

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

i. Áreas restritas;
ii. Áreas internas;
iii. Áreas externas.

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

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

B)Áreas internas: são os ambientes gerais do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores. Nesse cenário é importante fracionar e classificar os envolvidos nos fluxos do seguinte modo:

- **Pacientes internos:** são contemplados pelos fluxos de pacientes em regime de observação/internação na própria unidade. Estando acompanhados por funcionários ou acompanhantes, buscando diagnóstico e terapia, acessam as diferentes unidades funcionais.
- **Pacientes externos:** O paciente externo é aquela cuja entrada se dá pela recepção do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). Nesse fluxo o profissional da recepção fará um primeiro atendimento, procedendo com a abertura ou confirmação do cadastro (caso já o possua na unidade) e posteriormente encaminha o paciente para o setor específico à sua demanda, via de regra, primeiramente considera-se a passagem dos pacientes pela triagem, salvo exceções.
- **Acompanhantes:** fluxos contemplados por familiares ou amigos dos pacientes internos ou externos que acompanham o paciente durante sua permanência na

unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de grupos mais vulneráveis como é o caso de crianças/adolescentes e idosos. A circulação destas pessoas na unidade, deve ser restrita às áreas funcionais.

- **Funcionários:** São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas, farmacêuticos, dietistas etc.) e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. Sua circulação deve se dar nas áreas em que atuam, salvo os casos de profissionais cuja atuação contemple todo o Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) Na maioria dos casos circulação de funcionários, principalmente a de profissionais da saúde (denominada circulação branca) confunde com a circulação dos pacientes em regime de internação, não devendo se misturar, em princípio, com a circulação de pacientes externos.
- **Visitantes:** É constituído por toda sorte de visitantes, que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços – terceirizados etc. Os fluxos que contemplem esse público no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) primarão sempre pela observância de horários e cuidado com a segurança da unidade.

C)Áreas Externas: São as áreas que se destinam aos tipos de serviços a serem prestados, bem como a população usuária que demandam uso do estacionamento do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). São eles:

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

Sobre os elementos "d" à "e" mencionados acima, vale o seu detalhamento da seguinte forma:

- **Insumos e materiais:** São constituídos pelos fluxos de insumos de diversos tipos que são demandados pelas diferentes unidades funcionais, entre os quais destacam-

se pelo volume e importância, os alimentos (processados ou não), roupa limpa, material cirúrgico, medicamentos, equipamentos etc. Em algumas áreas do hospital verifica-se uma concentração maior destes insumos, fator que deve sempre ser levado em consideração no dimensionamento das circulações por onde passam como, por exemplo, as que dão acesso ao almoxarifado e farmácia, à lavanderia, à nutrição e a Central de Material Esterilizado.

- **Cadáveres:** Os cuidados especiais tomados com a chamada "circulação do cadáver" devem-se, principalmente, pela necessidade de evitar o impacto psicológico que a passagem de um corpo pode provocar principalmente em pacientes e acompanhantes, já que se espera que esse transporte se dê de forma adequada, eliminando qualquer risco de contaminação aos usuários do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). Assim, deve-se sempre proceder com as adequações físicas para que o trajeto do cadáver do local onde ocorreu o óbito até a anatomia patológica, morgue ou a área de preparo e dispensação do corpo, evite as internações, salas de espera, refeitórios e as circulações com grande presença de pacientes e acompanhantes.
- **Remoção de resíduos e materiais contaminados:** São os fluxos constituídos pela roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) etc. O tratamento dos elementos contaminados na própria fonte e a utilização de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final eliminam a necessidade de circulações exclusivas para este tipo de fluxo entre as diferentes unidades funcionais.

Ainda assim algumas medidas e restrições permanecem importantes. Entre as primeiras destacam-se a possibilidade de instalação de lavatórios nos diversosambientes que compõem as unidades funcionais, a localização adequada das utilidades, dos vestiários barreira e das ante câmaras, quando necessários.

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

3.4.4 Os Principais Tipos De Fluxo

Ao analisarmos os fluxos propriamente ditos veremos que estes podem ser divididos, para fins de análise, em dois grandes conjuntos: os fluxos inter- funcionais (que se desenvolvem

entre diferentes unidades funcionais) e os intra- funcionais (que ocorrem dentro de uma única unidade funcional).

3.4.4.1 Fluxos Inter-funcionais:

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

3.4.4.2 Fluxos Intra-funcionais

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

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

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

3.4.5 A Setorização

Conceitualmente explanados os fluxos, definidos os acessos, a distribuição espacial das unidades funcionais se estabelece a partir de uma série de critérios entre os quais os de compatibilidade e incompatibilidade das atividades que se desenvolvem nas diferentes unidades funcionais do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

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

Por sua vez a UTI deve estar o mais próximo possível tanto do setor do atendimento imediato como dos centros cirúrgicos. A decisão da melhor localização de uma unidade funcional

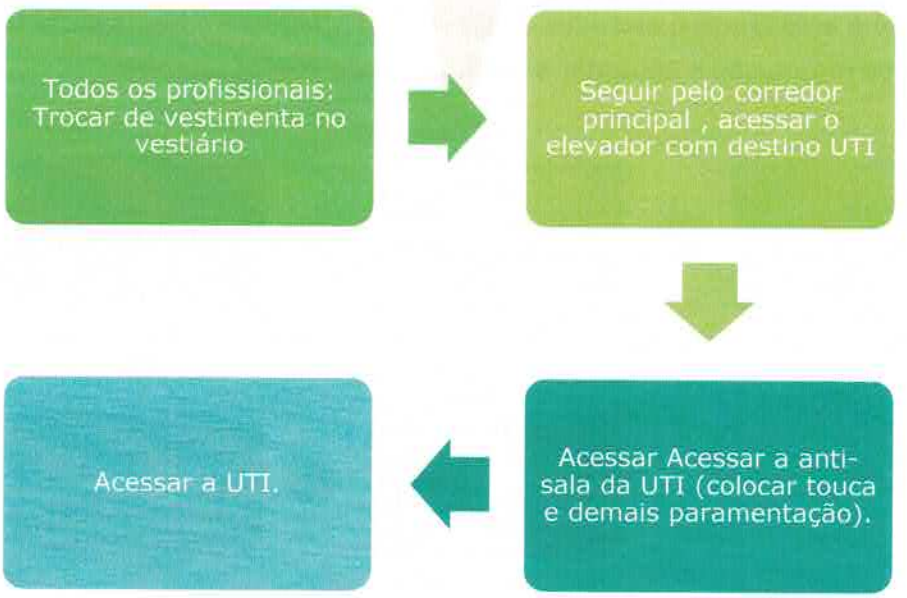
pode variar bastante em função de particularidades da unidade, assim a CME geralmente é posicionada junto aos centros cirúrgico, devido a quantidade de materiais que exigem esterilização para uso nestes centros.

Ressaltamos que qualquer necessidade de alteração de fluxos, será proposta e implantada na unidade somente após o consentimento do parceiro público, qual seja, a Secretaria de Estado de Saúde de Goiás.

3.4.6 Fluxos de Áreas Restritivas:

3.4.6.1 Fluxo de acesso a UTI no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO):

Por profissionais: Os profissionais envolvidos no atendimento à Unidade de Terapia Intensiva no Hospital de Urgências Dr. Valdemiro Cruz (Hugo), deverão realizar a troca de sua vestimenta no vestiário da unidade. Seguir pelo corredor principal, acessar o elevador com destino a UTI.

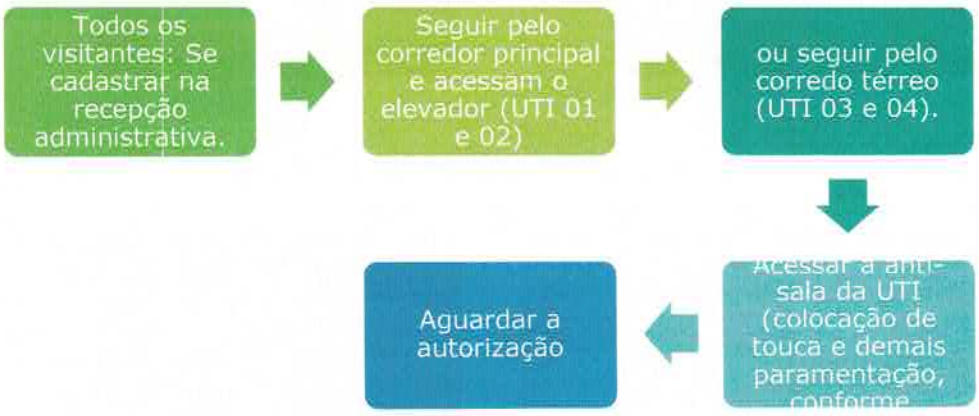


OBS: Em se tratando de UTI com perfil de neurocirurgia ou neurologia clínica (UTI 01 do HUGO) e ainda politraumatizado, covid, isolamento para aerossol ou isolamento para precaução de contato (UTI 02 do HUGO), o profissional deverá seguir o fluxo acima e se dirigir ao primeiro andar.

Caso o profissional queira se dirigir à UTI para pacientes paliativos ou geral deverá seguir o fluxo acima, exceto adentrar no elevador e se dirigir à UTI 04 no térreo do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz.

Por fim, se a necessidade for de se dirigir à UTI para perfil de cirurgia geral, covid ou ainda de neurocirurgia, deverá se dirigir à UTI 03 no térreo.

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

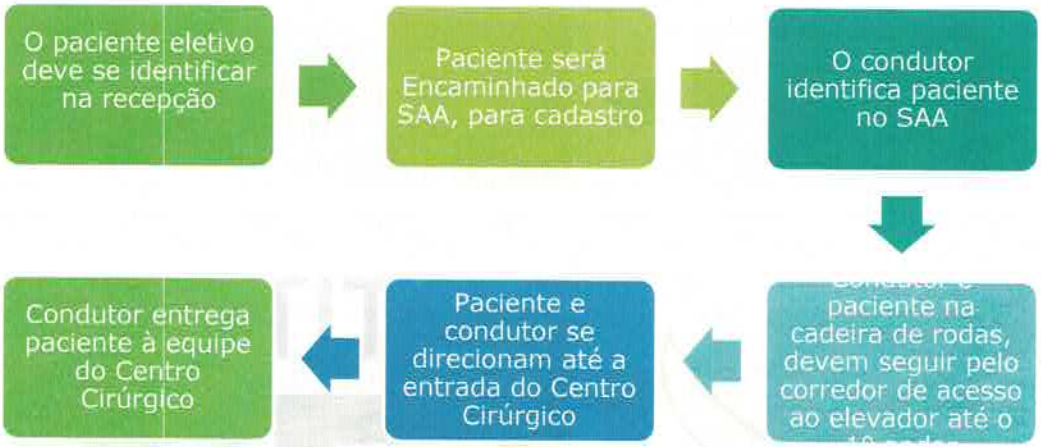


3.4.6.2 Centro Cirúrgico:

Por profissionais: Os profissionais deverão proceder com a troca de suas roupas no vestiário, seguir o corredor principal , acessar o elevador até o 1º andar, acessar o vestiário do Centro Cirúrgico para paramentação, se paramentarem e só então adentrarem o local.

Por pacientes internados: maqueiro/condutor identifica o paciente que passará pelo procedimento cirúrgico. O condutor (em deslocamento) e o paciente (na maca) acessam o corredor, ingressam no elevador até o 1º andar para acesso ao centro cirúrgico. Paciente é entregue pelo condutor à equipe do centro cirúrgico.

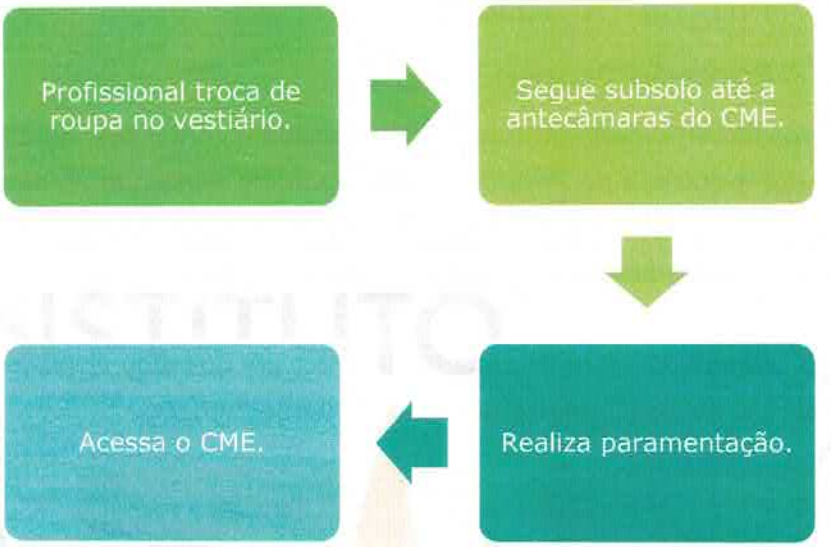
Por paciente eletivo: O Paciente deverá identificar na recepção, e encaminhado ao SAA, ocondutor e paciente (em cadeiras de rodas) acessam o corredor principal, adentram o elevador até o 1º andar e dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico. O paciente é entregue à equipe do Centro Cirúrgico.



Por paciente de emergência/urgência: condutor procede com identificação do paciente no setor de Pronto Atendimento, condutor e paciente em maca acessam o corredor que dá acesso ao elevador, até o 1º andar para o Centro Cirúrgico. Condutor entrega o paciente aos cuidados da equipe do Centro Cirúrgico.

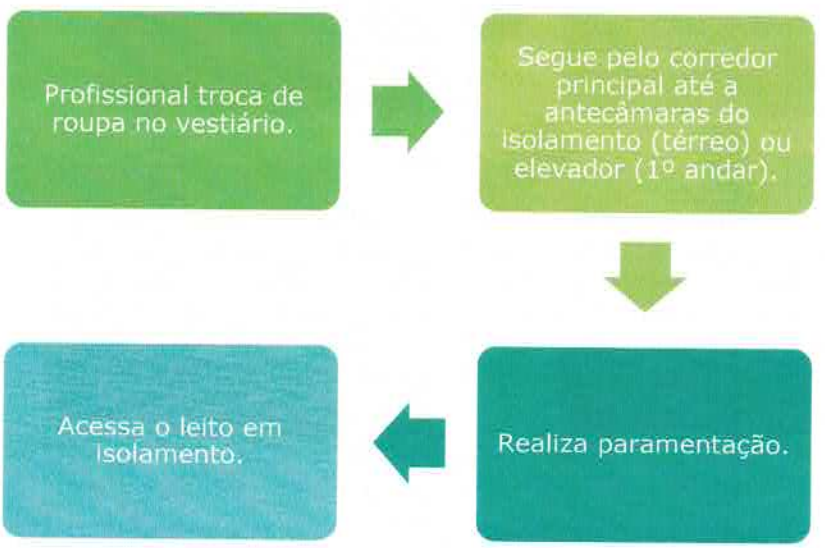
3.4.6.3 Central de Materiais Esterilizados:

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



3.4.6.4 Isolamentos:

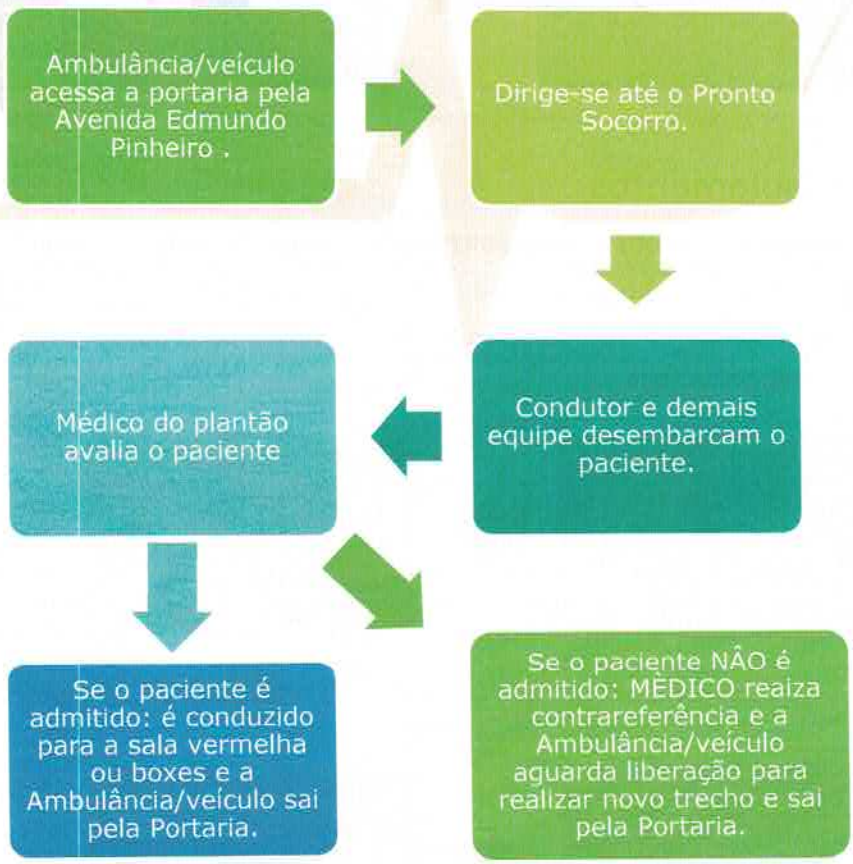
Por profissionais: O profissional realiza a troca de vestimenta no vestiário, segue pelo corredor principal até as antecâmaras dos leitos de isolamento (se for térreo) ou seguir pelo corredor até o elevador (se for isolamento do 1º andar) para paramentação. O profissional segue para o respectivo leito.



3.4.7 Fluxos de Áreas Externas

3.4.7.1 Portaria Pronto Socorro:

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



3.4.7.2 Portaria Administrativa:

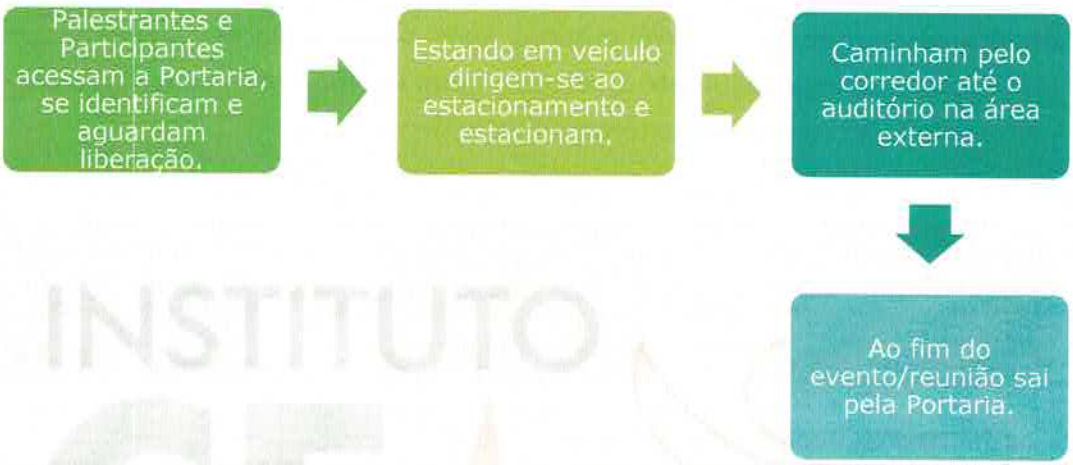
Local de acesso a todos os colaboradores da unidade. Todos os colaboradores acessam a unidade pela portaria e se identificam. Após serem liberados seguem com o veículo até o estacionamento exclusivo para funcionários. Em caso de o colaborar utilizar outro meio de

deslocamento, que não o carro próprio, após passar pela portaria e proceder com sua identificação deverá seguir até o vestiário geral (se for o caso de troca) e depois seguir até a área administrativa (área externa do HUGO).

3.4.7.3 Acesso Comercial (fornecedores e comerciantes), acompanhantes e visitantes:

Todos os acompanhantes, visitantes, comerciantes e fornecedores do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) acessam a Portaria para sua identificação e após serem liberados caminharão até a recepção social (área externa) para realizar seu cadastro e ficam no aguardo de liberação para acessar às áreas internas.

Acesso a Palestrantes e Participantes (auditório) : palestrantes e participantes acessam a Portaria identificam-se, aguardam a liberação, após serem liberados dirigem-se ao estacionamento administrativo. Estaciona o veículo e caminha até a portaria administrativa e segue para a reunião/palestra/evento. No fim do evento/reunião sai pela portaria.



ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

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

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

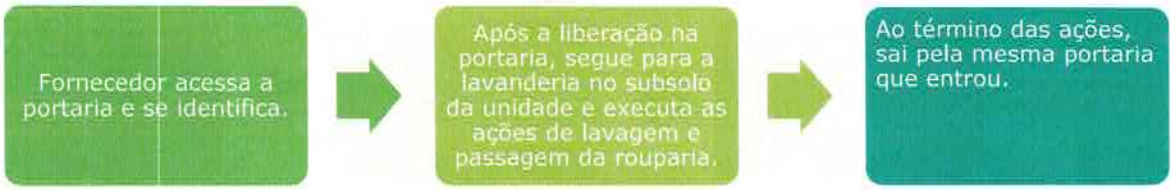
Acesso para procedimentos de doação de órgãos : Veículo oficial acessa a Portaria Administrativa. Se identifica. Estaciona. Se dirige à recepção social (área externa). Aguarda liberação para acessar as áreas internas.

ACESSO FORNECEDORES

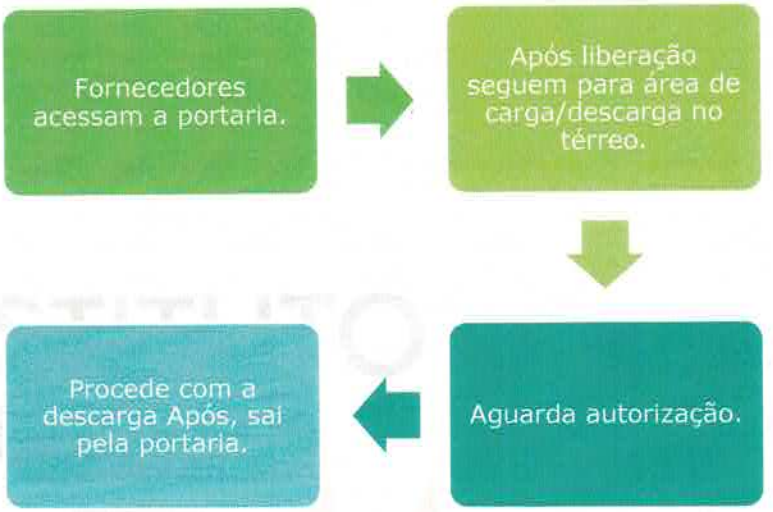
Acesso de fornecedores (com carga e mercadorias) (Almoxarifado/CAF): Fornecedor acessa a portaria de serviços e se identifica. Após liberação, segue pela via até a área de carga/descarga na área externa do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz. Aguarda autorização para desembarque, após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

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

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



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



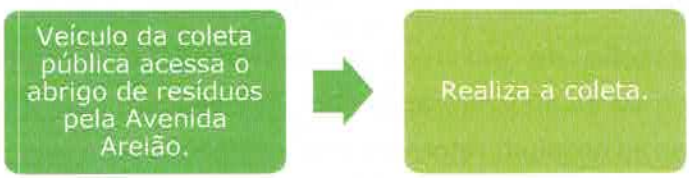
Acesso aos gases medicinais e GLP: Fornecedores acessam a portaria e se identificam. Após liberação, segue pela via até os tanques para abastecimento (área externa). Aguarda autorização para entrega. Retorna pela mesma via até saída a portaria.

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

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

3.4.8 Fluxo de Resíduos (Acesso Livre):

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

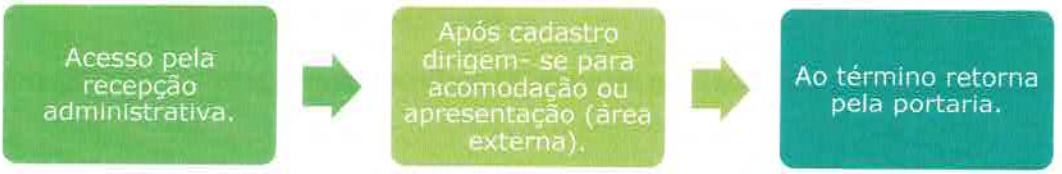


Coleta Seletiva de resíduos: Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes. Veículo da coleta acessa o abrigo pela Portaria pela Avenida Areião se identifica, aguarda a autorização para realização da coleta e após retorna pela mesma portaria que ingressou.

3.4.9 Fluxos de Áreas Internas:

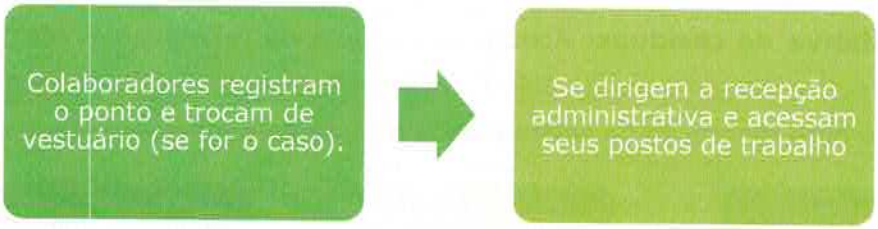
3.4.9.1 Auditório/sala de Reunião:

Fluxo do público em geral e de palestrantes/participantes: acesso pela recepção, após cadastro, dirigem-se ao auditório na área externa do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz para se acomodarem ou proceder com a apresentação (palestrantes). Após o término do evento, retorna pela recepção administrativa.

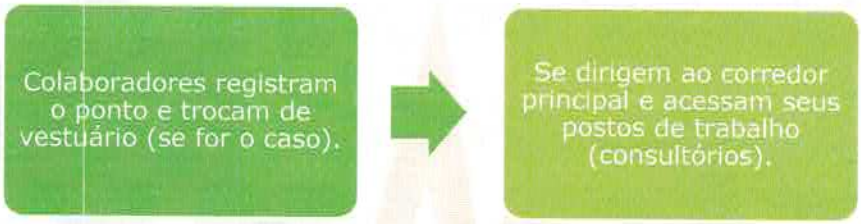


3.4.9.2 Acesso de Colaboradores

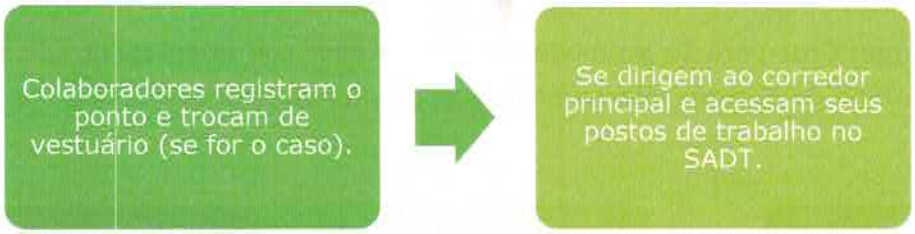
Colaboradores administrativos: Após o registro do ponto e eventual troca de vestuário (quando for o caso) os colaboradores acessam a recepção administrativa (área externa).



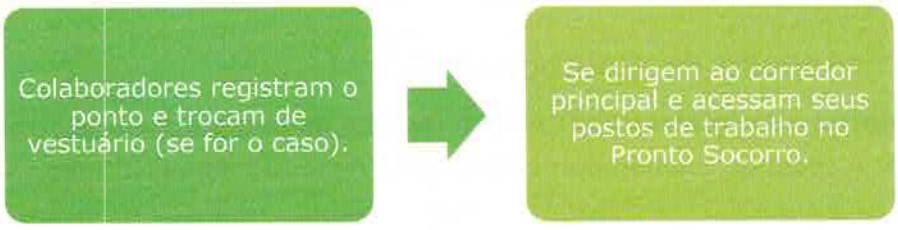
Acesso dos colaboradores aos consultórios: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao ambulatório (térreo).



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



Acesso dos colaboradores ao Pronto Atendimento: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Pronto Socorro no térreo.



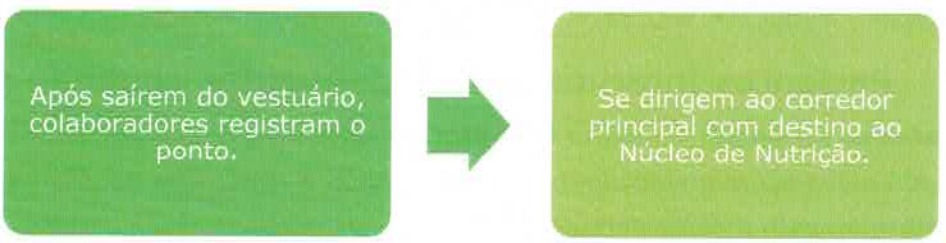
Acesso dos colaboradores ao Centro Cirúrgico, CME e leitos de internação: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal e seguem ao destino final.

CME: deverão seguir o corredor até acesso ao subsolo.

Centro Cirúrgico: acessam o corredor, adentram o elevador, até o 1º andar.

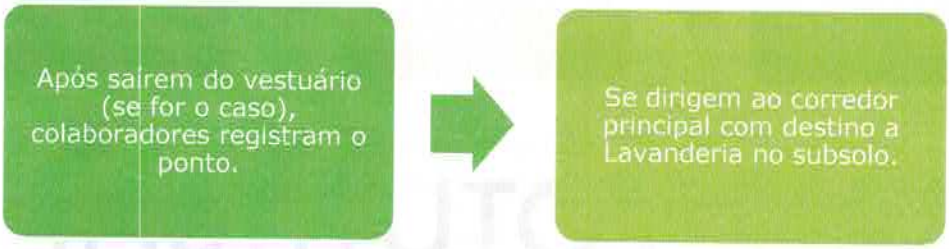
Leitos de Internação (enfermarias): acessam o corredor, adentram o elevador, até o 2º andar (leitos COVID); 3º andar (bucomaxilofacial, neurologia, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia) ou 4º andar (leitos ortopedia e leitos carceragem).

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



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

Acesso dos colaboradores à Lavanderia: Após o registro do ponto e troca de vestuário, os colaboradores acessam o corredor principal até o destino final a lavanderia no subsolo.



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

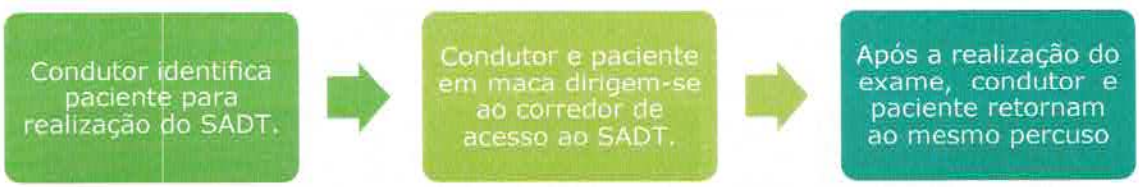
CME: deverão seguir o corredor até acesso ao subsolo.

Centro Cirúrgico: acessam o corredor, adentram o elevador, até o 1º andar.

Leitos de Internação (enfermarias): acessam o corredor, adentram o elevador, até o 2º andar (leitos COVID); 3º andar (bucomaxilofacial, neurologia, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia vascular, neurocirurgia) ou 4º andar (leitos ortopedia e leitos carceragem).

3.4.9.3 Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver)

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

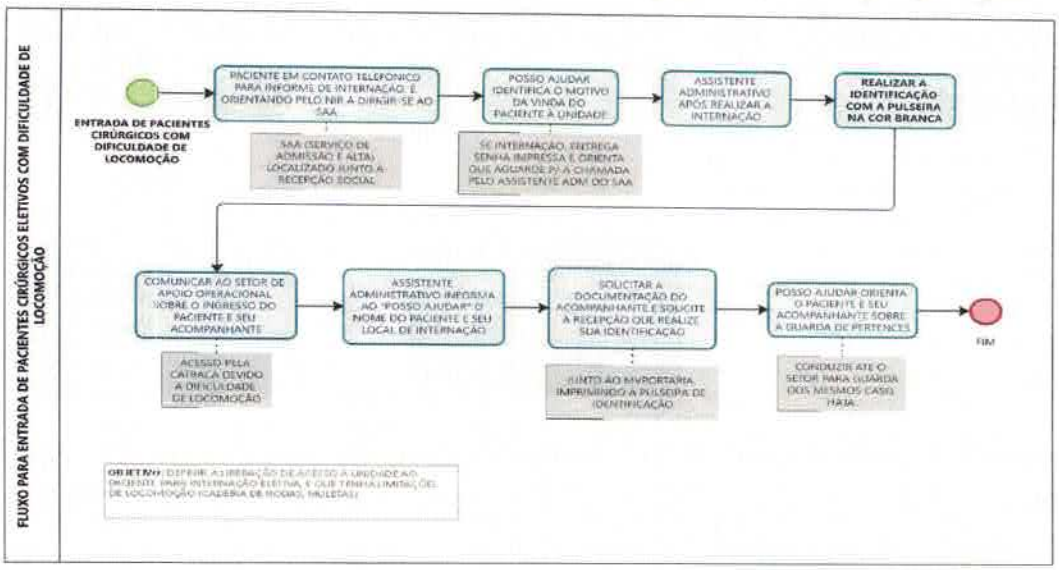


3.4.10 Paciente Externo:

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

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

Paciente para Cirurgias eletivas com dificuldade de locomoção

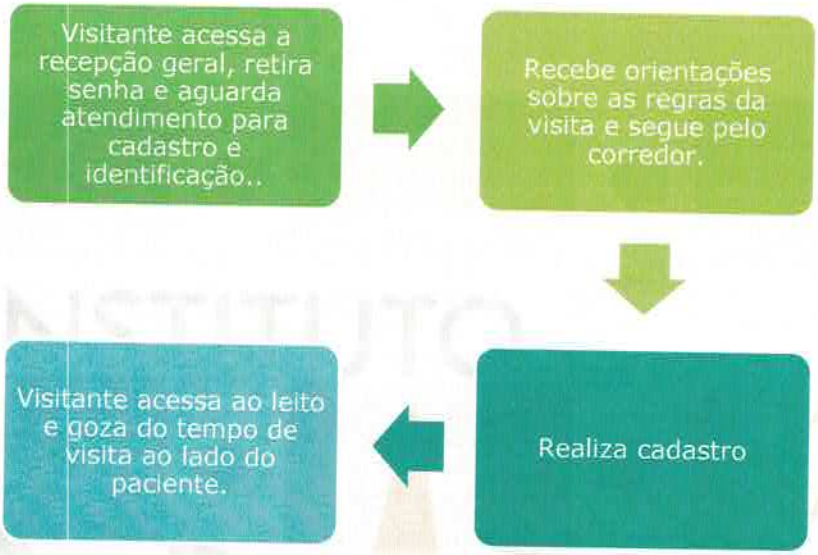


Pronto Atendimento:

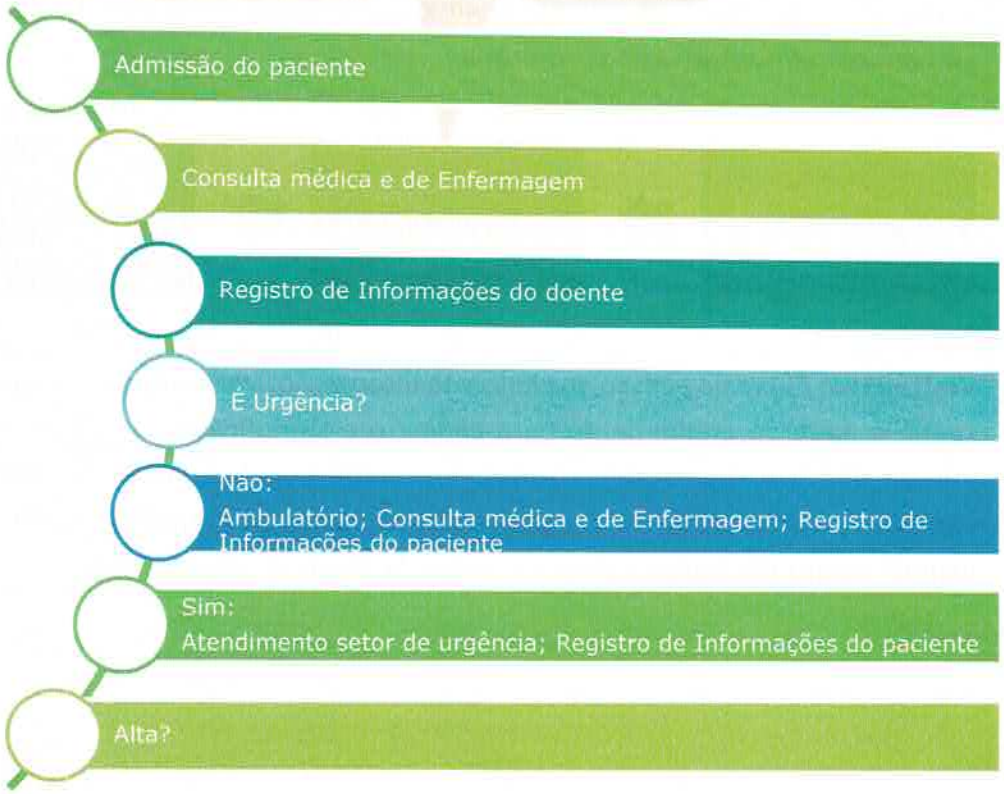
Fluxo de acesso aos consultórios: Paciente acessa a recepção do Pronto Socorro pela Avenida Edmundo Pinheiro, retira senha e aguarda classificação de risco. Após classificação de risco, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório. Após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao box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

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

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



3.4.11 Fluxos para Registros e Documentos de Usuários e Administrativos



Para se obter o correto manuseio de documentos é necessário estabelecer uma Gestão de Documentos que descreva todos os procedimentos técnicos e operacionais referentes às

atividades de produção, validação, classificação, tramitação, avaliação, armazenamento, arquivamento e descarte dos documentos, com o objetivo de manter um controle adequado dos mesmos.

Para estabelecer os critérios de controle dos documentos do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), a referência adotada estará em consonância com a ISO 9001/2015, no que tange ao controle de informação documentada.

3.4.11.1 Registro Dos Usuários:

O registro dos usuários deve ser feito de forma completa, visando garantir sua identificação rapidamente.

Nenhum usuário poderá ser atendido sem que tenha seus dados registrados no sistema informatizado utilizado na instituição.

O usuário será registrado em seu primeiro atendimento, ambulatorial, e receberá um número de prontuário gerado pelo sistema, que será único para todo e qualquer atendimento subsequente.

Em todo atendimento ambulatorial, além dos dados do paciente, é obrigatório o registro de seu responsável.

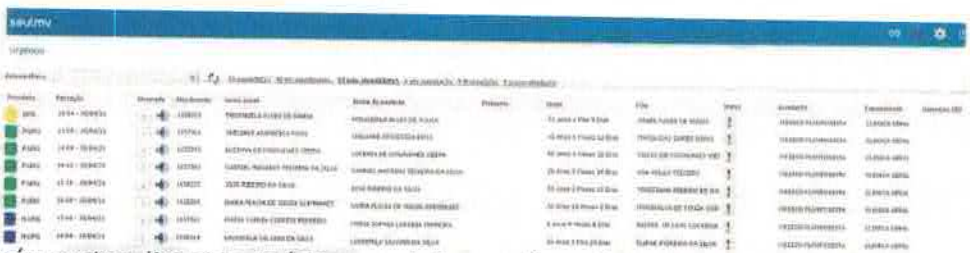
O paciente sem identificação deverá ser cadastrado como " DESCONHECIDO" e o caso deverá ser passado para o Serviço Social para que o mesmo busque a identificação do paciente. Assim que o Serviço Social conseguir a identificação do paciente, fazer as alterações no Cadastro.

3.4.11.2 Fluxo de documentos no atendimento - Pronto Socorro

1-A classificação de risco exigirá que a enfermeira responsável classifique o atendimento, registrando a classificação no sistema, conforme abaixo:

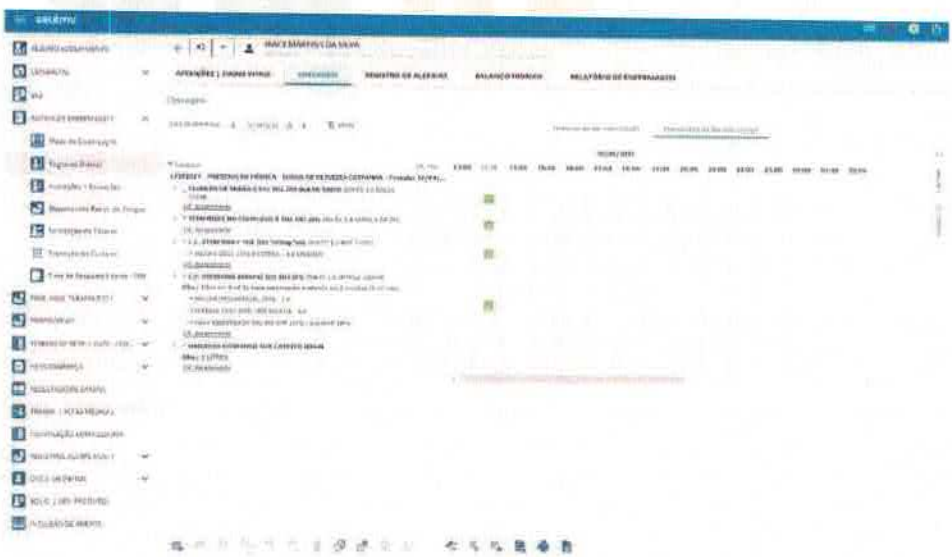
Imagem: Tela de chamada para Classificação de Risco

2-No consultório o médico recebe o registro do paciente, com informações preenchidas pela "Classificação de Risco", realiza a anamnese do paciente e registra a informação/solicitação (eletrônico ou impresso) do seguinte modo:



3-Após o atendimento médico, as informações são encaminhadas do seguinte modo:

- Informação/solicitação é encaminhada para o serviço de atendimento de enfermagem para providências. Paciente será medicado conforme prescrição médica ou outra conduta definida pelo médico (observação até melhora do evento agudo após medicação etc.).



- Informação/solicitação é encaminhada para SADT para providências. Paciente realizará coleta de exame laboratorial, ECG, ou de Imagens (RX, TC, RM, USG, Dopller). Após realização de exames o responsável operacional do SADT registrará informação (resultado de exame etc.) em meio eletrônico,encaminhando a informação para o médico no "consultório" e paciente retorna para "consultório"
- No Consultório, o médico acessa as informações no Sistema MV Soul para as seguintes condutas: Alta, Internação ou Transferência.
- Alta com registro da conduta em meio eletrônico

3.4.11.3 Fluxo Do Cadastro Do Atendimento

1º passo: Abrir o módulo no sistema MV Soul;

2º passo: Pesquisa se o paciente já deu entrada no Hospital através do nome ou sobrenome;

3º passo: Feito à pesquisa constatando que o paciente nunca deu entrada no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz, proceder com a coleta de informações para cadastro;

4º passo: Preencher os campos obrigatórios;

5º passo: Depois de colher todas as informações referentes ao paciente, colocar pelo menos um telefone para contato;

6º passo: Colocar o médico, origem, convênio, plano, tipo de atendimento, local de procedência, destino (sempre a sala de emergência no caso do Acolhimento), tipo de paciente, serviço (especialidade), procedimento ambulatorial, CBO e a escrever as observações do atendimento;

7º passo: Imprimir a etiqueta do paciente.

3.4.11.4 Composição E Preenchimento Do Prontuário

FICHA DE INTERNAÇÃO

É preenchida de acordo com as informações colhidas com o paciente e/ou acompanhante. Deverá ser apresentado documento de identificação do paciente e Cartão de Matrícula e Frequência do mesmo.

ANAMNESE MÉDICA

A mesma pode ser feita na Folha de Evolução Médica ou em impresso específico com dados do exame físico completo, sinais vitais, sinais e sintomas da enfermidade atual, história pregressa do paciente, antecedentes familiares, hipótese diagnóstica e outras informações que o médico julgar necessárias.

FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA

A mesma deverá ser, no mínimo, diária e legível. Deve apresentar o estado atual do paciente (evolução ou involução), relatório de procedimentos cirúrgicos e outros.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Deve ser no mínimo, diária. Os itens devem ser escritos diariamente, indicando:

- Nome do medicamento.
- Apresentação.
- Dosagem.
- Via de administração.
- Posologia.

A prescrição médica deve conter o nome do paciente, nº de registro, data e assinatura do médico que a realizou.

A enfermeira, responsável pela unidade de internação, deverá fazer no impresso de prescrição médica o aprazamento (horários da medicação), diariamente.

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Durante o tempo em que o paciente permanecer internado, o médico deverá definir o seu diagnóstico (diagnóstico definitivo) e registra - ló no prontuário.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

É o processo de coleta de dados que subsidia a análise do estado de saúde de um paciente. A coleta de dados de enfermagem é a avaliação de sinais e sintomas físicos do paciente, da história médica, social e cultural e de fatores físicos e psicológicos do ambiente. O enfermeiro deverá preencher este impresso na admissão

do paciente na unidade.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

É um julgamento das reações de um individuo, família ou comunidade à problemas reais ou potenciais de saúde ou processo da vida. A formulação do diagnóstico de enfermagem é baseada na identificação das necessidades do paciente, uma vez que os dados contidos no histórico começam a revelar os problemas de enfermagem.

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

A prescrição de enfermagem é a etapa do processo de enfermagem em que o profissional decide de que forma serão implementadas as condutas, fundamentadas a partir do(s)

diagnóstico(s) previamente definidos, com o objetivo de estabelecer uma assistência individualizada e de qualidade, bem como consiste na implementação do plano assistencial.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

É o registro feito pelo enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente.

A fonte primária de dados para compor uma evolução de enfermagem é o paciente, todavia, a enfermeira também deve entrevistar os familiares, pois o registro e relato no processo de admissão são de fundamental importância para elaborar o plano de cuidados e para comparar as evoluções durante o tempo de internamento do paciente. Deve ser feito pelo enfermeiro com data, horário, assinatura e COREN.

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

A finalidade da anotação de enfermagem é, fornecer informações a respeito da assistência prestada, de modo a assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde, garantindo a continuidade das informações nas 24 horas. Deve conter o COREN do enfermeiro ou auxiliar ou técnico de enfermagem que efetuou o registro.

RELATÓRIO DE ALTA

- O mesmo é preenchido no momento da alta do paciente. Deverá conter: a identificação do paciente, nº de registro, data de admissão e alta, história da admissão, diagnóstico definitivo, resultados dos exames laboratoriais e outros, condições de alta, data e assinatura do médico responsável.

Observações

- Casos cirúrgicos: além dos impressos normais, o prontuário deverá conter: ficha operatória, débito do centro cirúrgico e ficha de anestesia.

- Exames complementares: todos os resultados dos exames solicitados deverão estar anexados ao prontuário.

Registro Clínico Social: este deverá ser feito antes da admissão do paciente, onde são

coletadas informações do paciente e do responsável pelo mesmo e em especial número da identidade e residência com ponto de referência

3.4.11.5 Saídas de Documentos do Sistema Computacional para outros setores.

1º passo: Abrir o módulo no sistema MV soul;

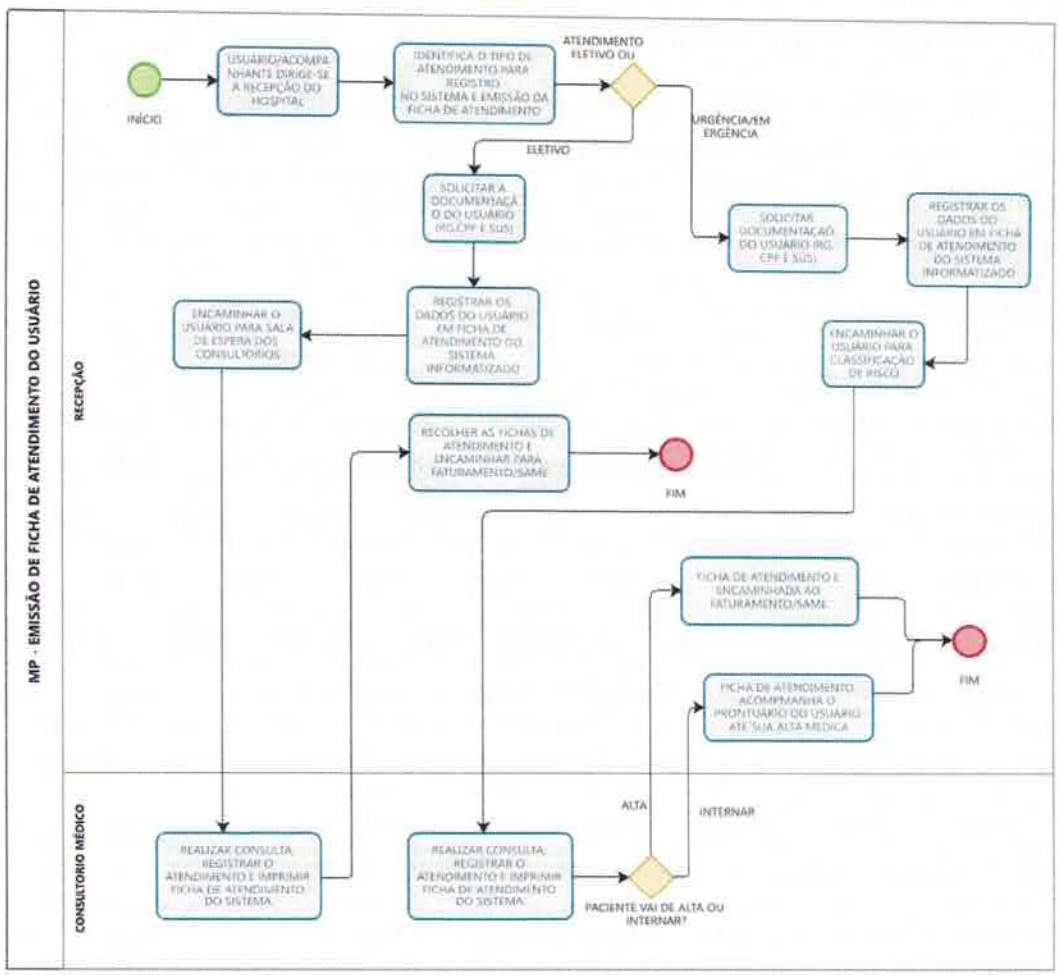
2º passo: escolher para onde o prontuário vai ser destinado.

3º passo: digitar nome do solicitante

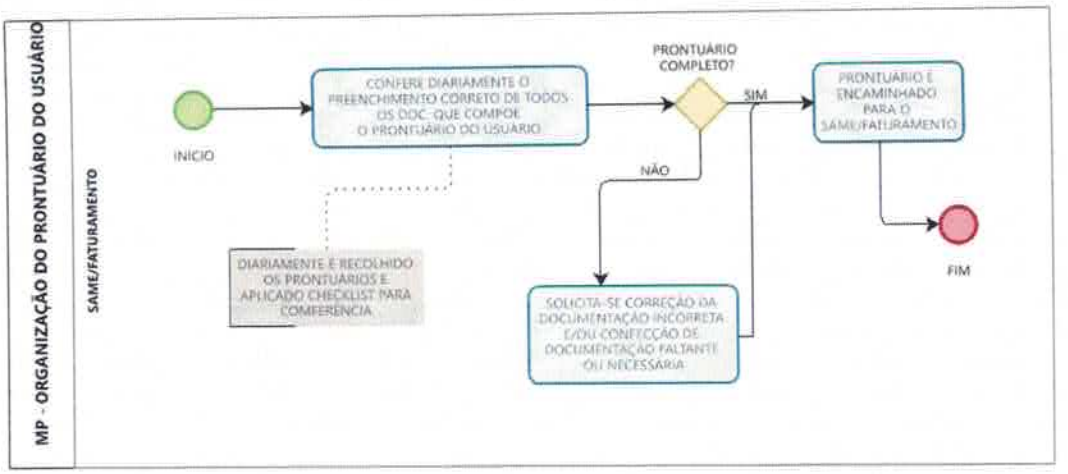
4º passo: digitar o motivo que o prontuário para qual está sendo destinado

5º passo: imprimir relatório.

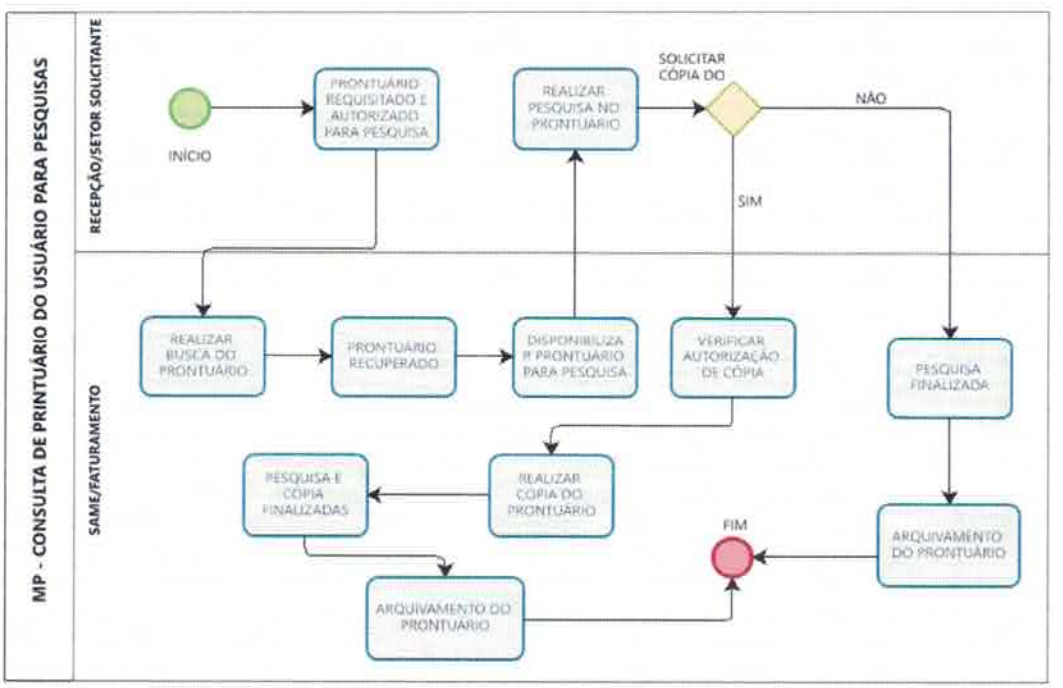
PROCESSO: EMISSÃO DE FICHA DE ATENDIMENTO DO USUÁRIO



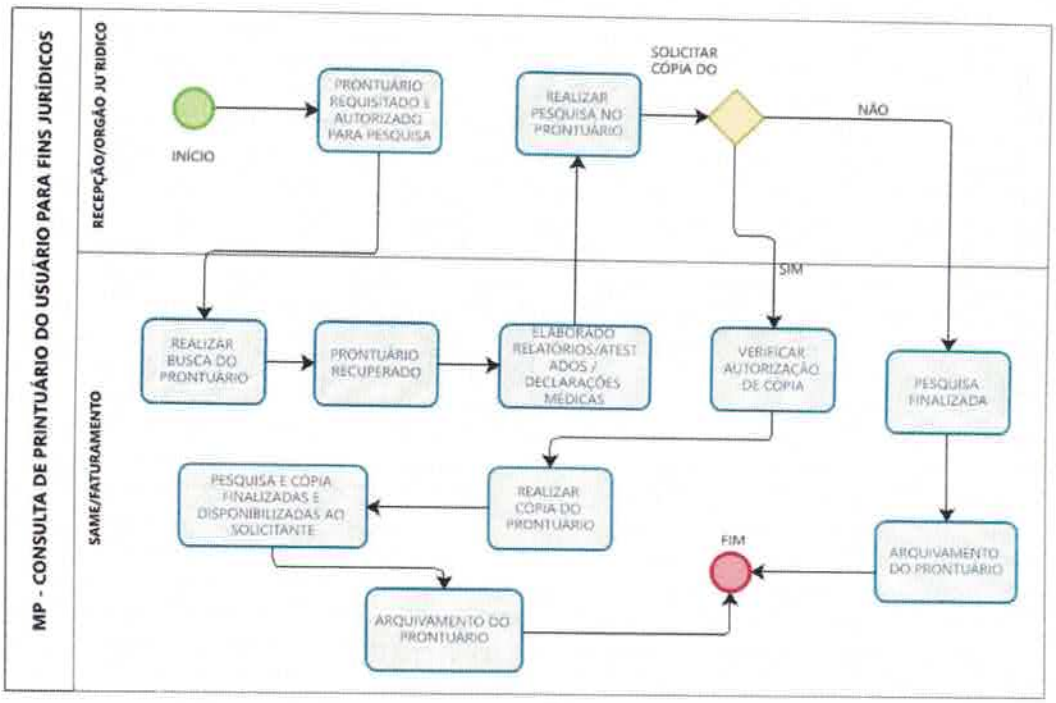
PROCESSO: ORGANIZAÇÃO DO PRONTUÁRIO DO USUÁRIO



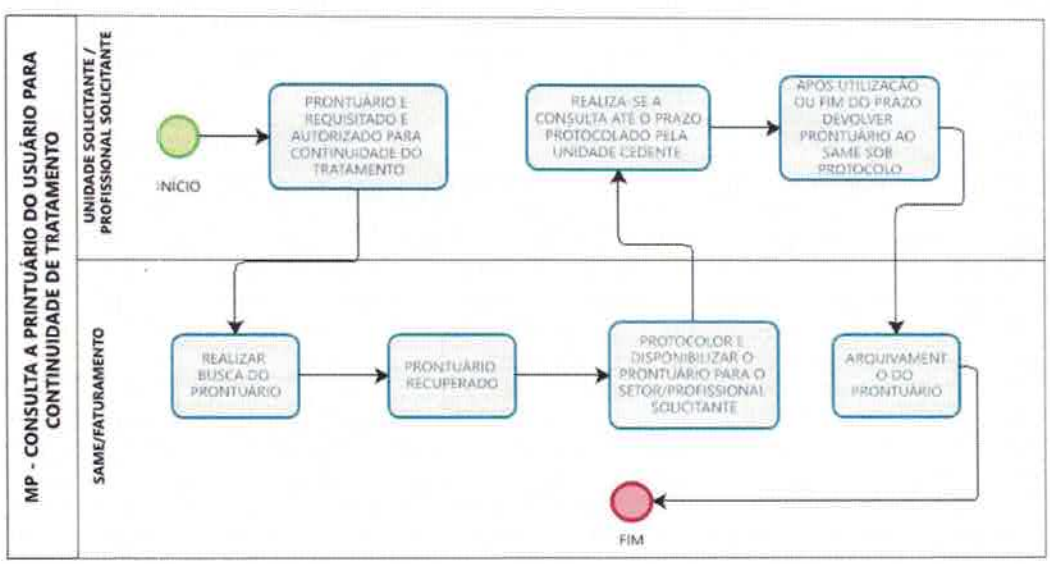
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA PESQUISAS



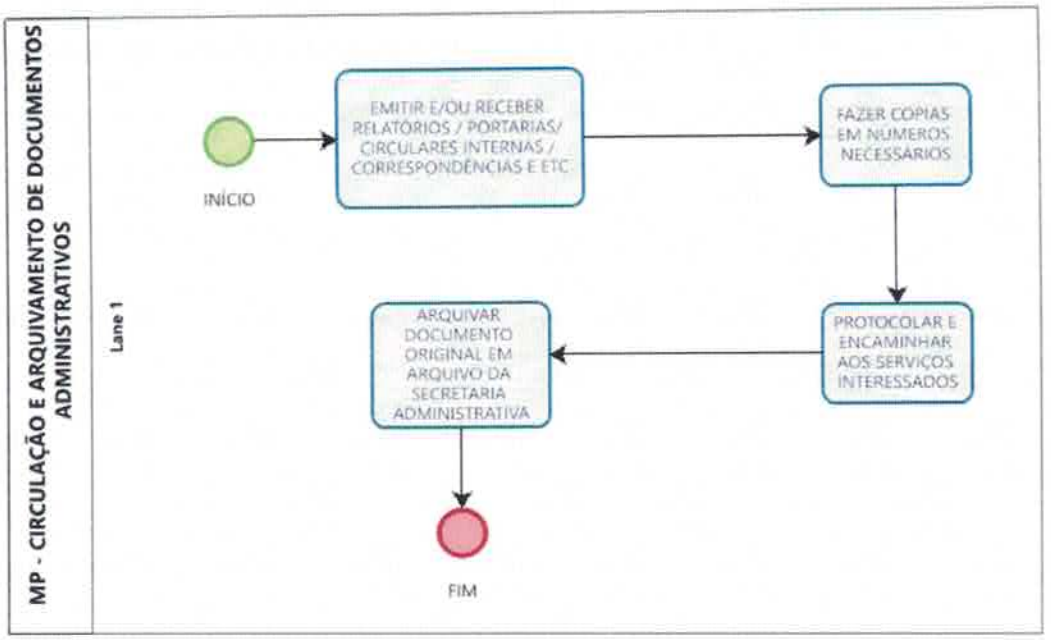
PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PARA FINS JURÍDICOS



PROCESSO: CONSULTA A PRONTUÁRIO DO USUÁRIO PCONTINUIDADE DE TRATAMENTO

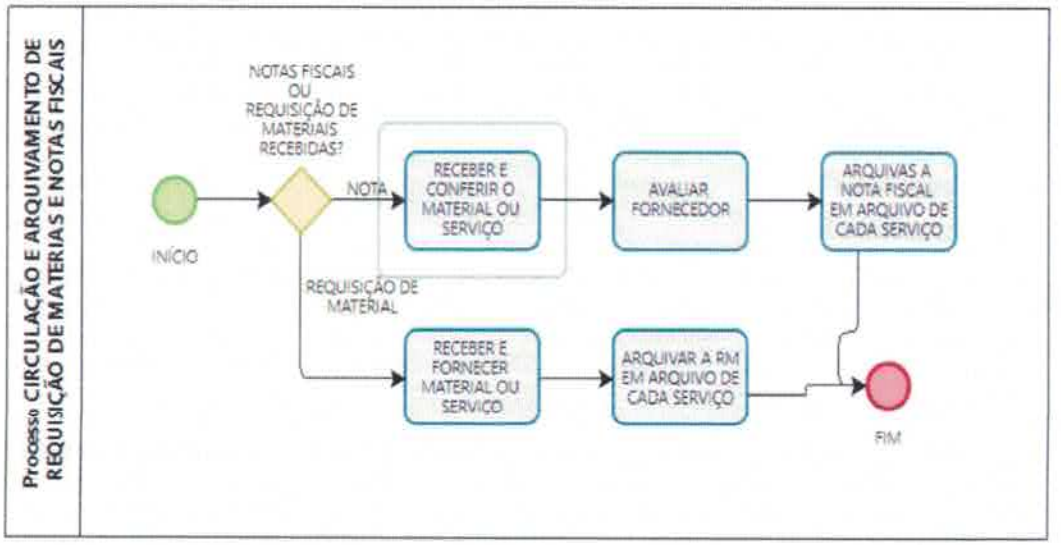


PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS



Powered by bizagi Modeler

PROCESSO: CIRCULAÇÃO E ARQUIVAMENTO DE REQUISIÇÕES DE MATERIAIS E NOTAS FISCAIS



3.4.11.6 Encaminhamento ao SAME - Arquivo de Prontuários dos Pacientes

Os arquivistas farão conferência na documentação e providenciará a guarda dos mesmos. Tendo mais de um prontuário do mesmo usuário estes deverão ser anexado um ao outro.

Todos os prontuários dos pacientes enviados pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem conforme o preconizado pela lei de arquivamento. Só serão recebidos no SPP, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento.

Só sairá prontuário do Mv soul, mediante solicitação escrita e previamente autorizada pe' Direção Técnica, administrativa ou Geral.

NORMAS PARA ARQUIVO DE DOCUMENTO DE USUÁRIOS ARQUIVO DOS PRONTUÁRIOS:

- Classificar os prontuários por ano, em seguida classificar por ordem alfabética;
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano.
- Arquivar todos em ordem alfabética;
- Os prontuários de uma mesma pessoa deverão ser arquivados juntos, independentemente do número de internações;
- Os prontuários que foram gerados no Sistema informatizado deverão ser lançados no sistema (tela SPP, entrada de documentos).

ARQUIVO DOS PRONTUÁRIOS DE ÓBITOS:

- Verificar se existe prontuário arquivado em anos anteriores, se houver deve-se anexar ao prontuário de óbito;
- Separar os prontuários por ano e mês e classificá-los em ordem alfabética
- Guardar os prontuários em envelope, identificando com nome do usuário, número de prontuário e ano;
- Quando o prontuário for grande usa-se mais de um envelope e posteriormente uma liga para mantê-los unidos;
- Utilizar uma caixa arquivo que poderá ser de poli onda, pois assim o poder de proteção e a resistência a danos são maiores;
- A caixa de arquivo deverá ser identificada através de etiqueta numerada, contendo número de prontuário, nome dos pacientes, mês e ano;
- Na caixa arquivo poderão ser colocados até 10(dez) prontuários ou conforme couber.

LOCALIZANDO OS PRONTUÁRIOS:

- Ao receber a solicitação, deverá consultar no sistema a data em que o usuário foi atendido, abrir o arquivo e digita-se o número de prontuário ou nome do paciente para localizar, ao encontrar verificar em qual prateleira, coluna ou posição o prontuário está arquivado. Em se tratando de óbito verificar o número da caixa, mês/ano em que o prontuário está armazenado.
- Toda solicitação deverá ser atendida mediante pesquisa no computador, cujo arquivo deverá estar na área de trabalho do computador. A pesquisa no programa de arquivo do computador deverá ser sempre pelo nome do paciente, mas em caso de nomes
- Homônimos deverá ser pesquisado o nome da mãe e depois o número de prontuário.

FLUXO PARA REGISTRO DO SAME

As informações para o SAME são providas por diversos setores do hospital:

- Informática: através do SISTEMA DE GERENCIAMENTO HOSPITALAR que proverá informações sobre os registros nos prontuários eletrônicos dos usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Enfermarias: informações sobre a movimentação de pacientes, Censo Hospitalar Diário com fechamento às 24h;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- Prontuário Físico: através das anotações nos Prontuários,visando complementar/esclarecer eventuais omissões do prontuário eletrônico, como por exemplo: Folhas de Anamneses, Evoluções, Prescrições, Relatórios de Altas e Declarações de Óbito etc.;
- Serviços especializados (SADT, Farmácia, Nutrição, etc.) através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos

AMBULATÓRIOS

O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.

Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão

retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

Quando um prontuário é retirado das prateleiras é colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhado.

INTERNAÇÃO

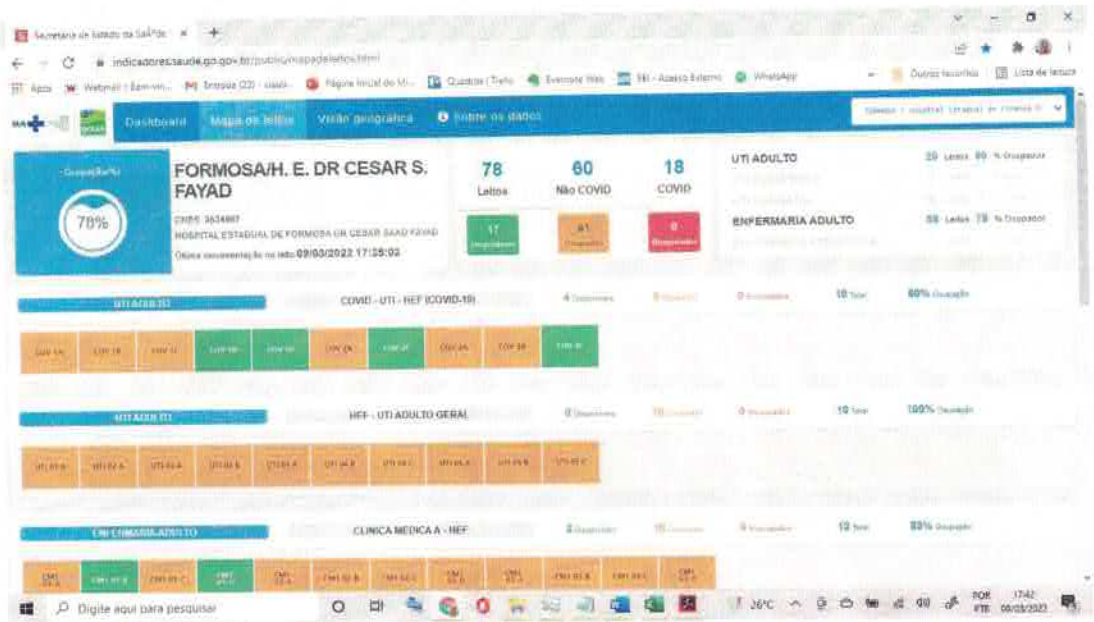
Durante o atendimento no Serviço de Emergência e quando indicado internamento, a Central de Internação do **Hospital** deverá proceder a abertura do Prontuário.

O prontuário pode tramitar por vários setores até o fim do tratamento do paciente, quando então é enviado para o setor de fatura, que irá levantar os gastos do tratamento e o devolverá ao arquivo.

Os profissionais da equipe de saúde que necessitarem consultar algum prontuário deverão preencher uma ficha de solicitação de prontuário. A consulta deve ser feita no próprio Hospital e fica proibida a circulação do prontuário fora do Hospital. No caso do atendimento do usuário nos serviços ambulatoriais sem o prontuário, existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuário feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.

3.4.11.7 Atendimento - Internação De Pacientes E Fluxos Da Enfermaria

1- Internação Enfermarias: o médico deverá preencher a AIH eletrônico/impresso, com todas as informações necessárias para solicitação davaga;
2- O Núcleo Interno de Regulação acessa as informações eletrônico/impresso, verificar a disponibilidade do leito e registra a internação.



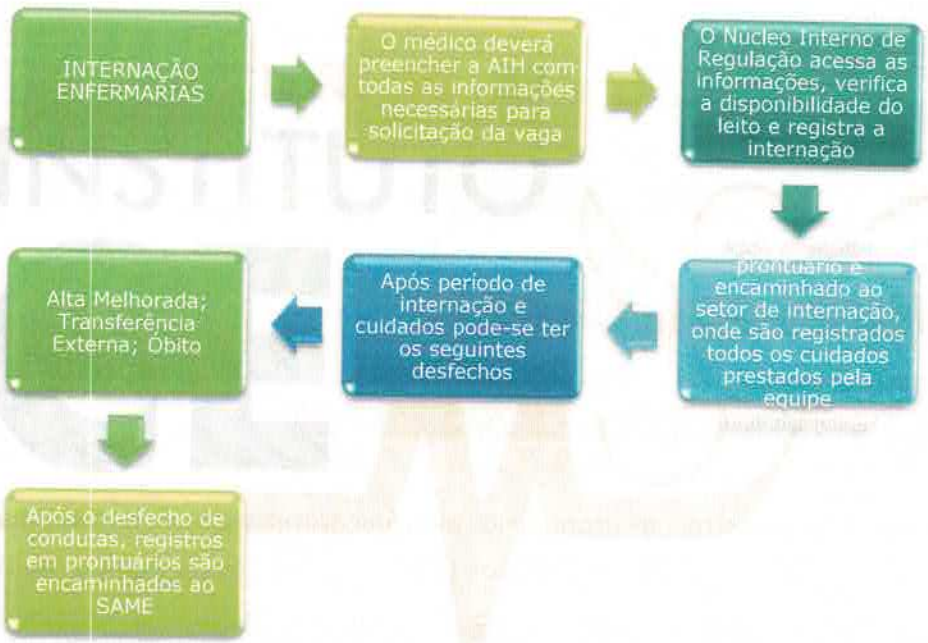
3- Após o registro, o prontuário eletrônico/impresso é encaminhado ao setor de internação, onde são registrados todos os cuidados da equipe multidisciplinar

4- Após período de internação e cuidados pode-se ter os seguintes desfechos:

a. Alta
b. Transferência Externa
c. Óbito

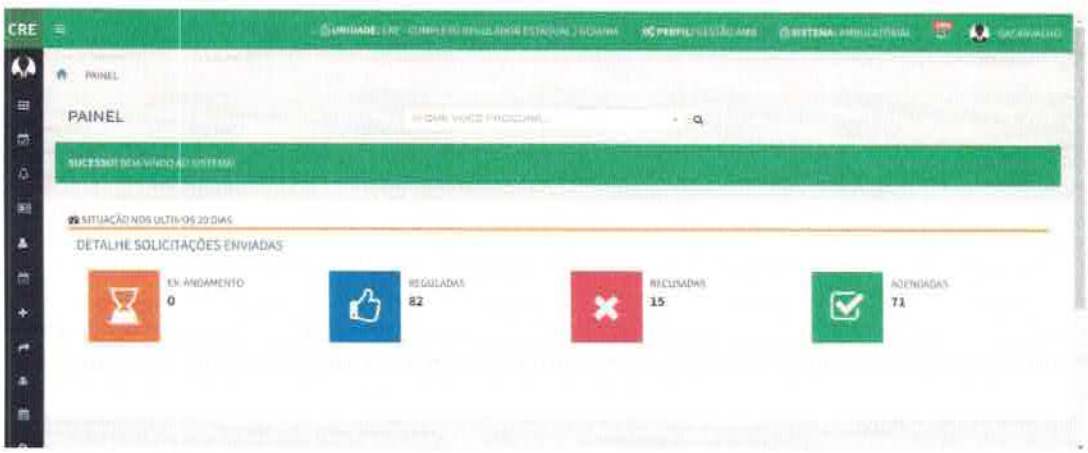
APÓS DESFECHO DAS CONDUTAS ACIMA O REGISTRO DE INFORMAÇÃO EM PRONTUÁRIO É ENCAMINHADO AO SAME

Fluxo Para Registro De Documentos Internação

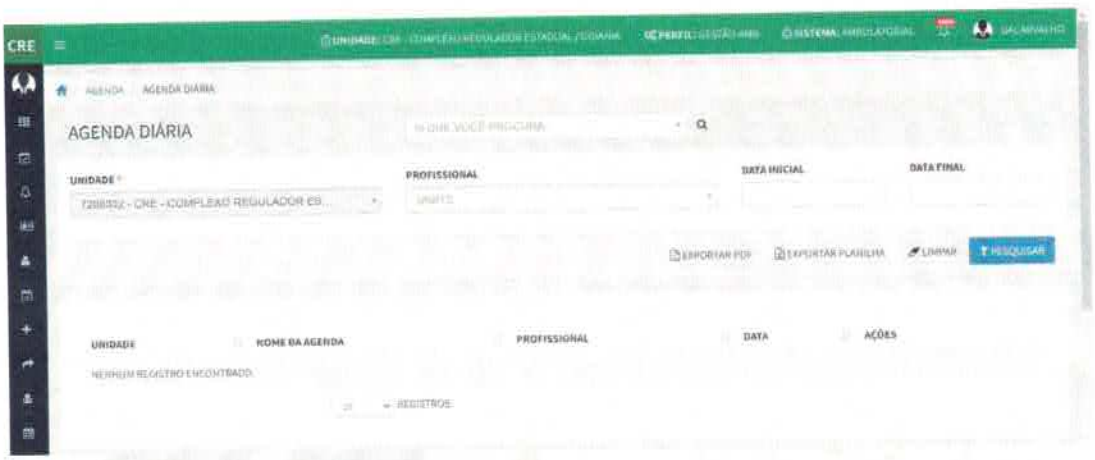


3.4.11.8 Atendimento - Ambulatório e Procedimentos Cirúrgicos

1- O SERVIR (Sistema de Regulação), disponibiliza o registro dos pacientes autorizados para consulta ambulatorial;



2- Após verificação da agenda disponibilizada pelo SERVIR é agendado no Sistema de Agendamento do MV;



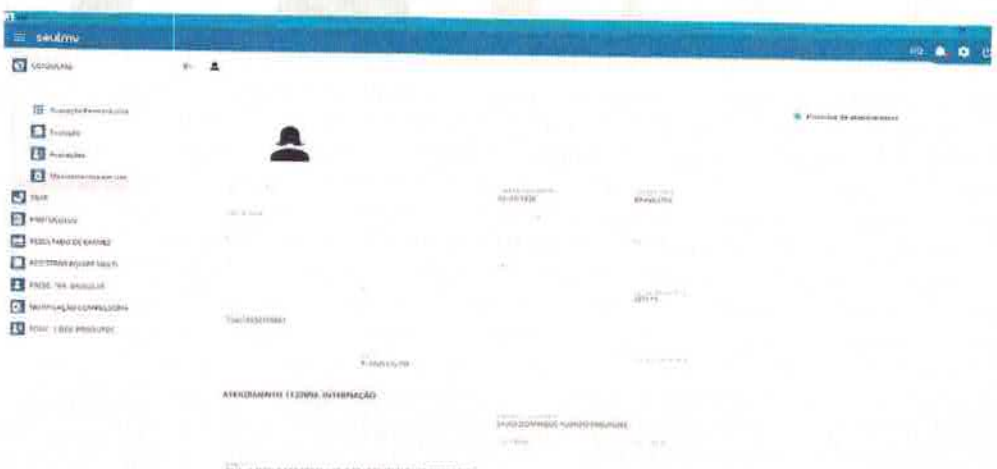
3- Após o atendimento médico o registro é encaminhado ao Núcleo Interno de Regulação, para agendamento procedimentos solicitados (exame, cirurgia e retorno)
4- APOS O AGENDAMENTO, O PACIENTE COMPARECE A UNIDADE NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - AGENDAMENTO AMBULATORIAL/PROCEDIMENTOS CIRURGICOS.

Dispensação De Prescrição Médica

1- O médico registra a prescrição médica de forma eletrônica/impressa;

2- O farmacêutico acessa o registro para realização da avaliação farmacêutica;



3- Após a avaliação farmacêutica, a prescrição é encaminhada para separação dos itens solicitados.

4- Após a separação, é realizado a baixa dos Materiais Médicos Hospitalares/ Medicamentos prescritos e entregue no posto de enfermagem cor- respondente ao paciente;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - DISPENSA$IO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

3.4.11.9 Arquivo De Documentos Administrativos

Todos os documentos administrativos deverão ser arquivados em caixa de arquivo morto por ordem cronológica a cada ano encerrado e encaminhado para o setor de arquivo.

DOCUMENTOS RECEBIDOS DE ORIGEM EXTERNA:

No que diz respeito aos documentos recebidos de origem externa, utilizaremos o sistema de Registro de Protocolo Geral. O setor de protocolo geral será o setor responsável pelo registro de todos os documentos que chegam à Instituição e terá a responsabilidade de encaminhar ao setor ou destinatário identificando o documento. Este documento será devidamente registrado em protocolo escrito no livro de registro de protocolo de documentos constando os seguintes dados:

- Data Recebimento;
- Destinatário;
- Remetente;
- Data de Entrega e Assinatura do Recebedor.

DOCUMENTOS RECEBIDOS DE ORIGEM INTERNA:

Os documentos de origem interna que irão tramitar internamente na Unidade

devem seguir o procedimento de registro de protocolo, sendo este, Protocolo de Documentos Setorial. Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Livro de Registro de Protocolo de Documentos.

FLUXO DE OFÍCIOS

Os ofícios contam com uma numeração continua 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.

OFICIOS RECEBIDOS

Os ofícios são enviados pelos órgãos entes públicos e privados anteriormente mencionados, algumas vezes, por e-mail, junto as aos endereços eletrônicos pessoais e corporativos cadastrados, de acordo o tema abordado e via correios.

- Após, o recebimento, são digitalizados e salvos em pastas internas próprias ;
    a. são inseridos em local especifico e individualizado na plataforma de gerenciamento de projetos e processos DOCCEM, utilizada pelo INSTITUTO CEM (a "Plataforma"),
    b. são marcadas todas as pessoas envolvidas no tema, bem como o seu responsável direto.
    c. Destaca-se que é inserido em lista do mês de competência do mês em que foi recebido.
- O responsável retém um número de oficio próprio da Plataforma (disposto em lista que separa os números dos ofícios por mês')
    a. elabora uma minuta de oficio resposta com indicação do oficio recebido,
    b. inserindo-a demanda juntamente com todas as informações e documentos pertinentes para fins análise e revisão da mesma pela equipe jurídica
    c. equipe jurídica validar e pode pedir informações e/ou documentos complementares, bem como entrar em contato com o responsável pela demanda.
- Revisada a minuta, o jurídico insere a versão final da resposta no DOCCEM da demanda disposto na Plataforma
    a. solicita assinatura do diretor da Unidade de Saúde,
    b. Solicita 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 oficio resposta.
- Recebido o comprovante de protocolo,

a. Protocolo é inserido no DOCCEM da demanda juntamente com a versão assinada do oficio pelo(a) assistente da diretoria,
b. sendo marcado como demanda concluída do respectivo mês de competência.

OFICIOS ENVIADOS (ORIGINÁRIOS DO INSTITUTO CEM)

Os ofícios originários do INSTITUTO CEM são aqueles utilizados para solicitar investimentos, informações e/ou documento aosórgãos 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.

- Após toda a fase preparatória interna e retenção de um número de ofício 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.

3.4.11.10 Documentos de Pacientes:

Com relação aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê em seus Capítulos e Artigos a garantia e segurança das informações e documentos pertinentes ao paciente e todos os atos e procedimentos relacionados aos mesmos enquanto clientes e usuários das Instituições de Saúde. Estes documentos serão mantidos inseridos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas durante todo o acompanhamento do paciente na instituição.

3.4.11.11 Documentos Assistenciais:

As informações para o funcionamento dos processos do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME serão providas por diversos setores da unidade, entre eles:

- Núcleo de Informática: mantendo e adaptando o sistema paciente de informações sobre os usuários de nossos serviços;
- Serviço Social: realização da Pesquisa de Satisfação, monitoramento e orientação de acompanhantes e familiares;
- Ambulatórios: relatórios de atendimentos e procedimentos;
- Profissionais de saúde: através das anotações nos Prontuários, sempre buscando a clareza e completude de informações principalmente em Prescrições,
- Serviços especializados (Posto de coleta, Farmácia, Nutrição, etc.): através do preenchimento dos respectivos relatórios e/ou laudos.

3.4.11.12 O fluxo de documentos no ambulatório seguirá a seguinte rotina:

- O usuário ao marcar consulta é encaminhado ao Arquivo para a abertura do seu prontuário. O prontuário é, então, encaminhado à Clínica que irá atender o usuário e após a consulta o documento volta ao Arquivo.
- Para retirar um prontuário do arquivo é necessário que o setor Marcação de Consulta mande uma listagem em ordem numérica, com o destino dos documentos e com 48 horas de antecedência. A documentação volta para o arquivo no mesmo dia. Os médicos poderão retirar os prontuários preenchendo uma ficha de solicitação de prontuário. Existirá também uma rotina de anexação de documentos ao prontuár feito a partir de uma ficha de solicitação para arquivar documentos.
- Quando um prontuário for retirado das prateleiras será colocado em seu lugar uma espécie de guia-fora, uma capa de prontuário com o nome do Setor para onde o documento foi encaminhada.

3.4.11.13 Dispensação De Materiais E Medicamentos Setorial

1- O setor requisita os MAT/MED necessários eletrônico/impresso para CAF / ALMOXARIFADO/ FARMACIA;

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

3- Após a separação, é realizado a baixa dos Materiais Médicos Hospitalares solicitados e entregue no setor solicitante;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS/ MEDICOS POR SETOR.

3.4.11.14 Transferencia De Materiais E Medicamentos Do Caf Para A Farmacia

1- - O farmacêutico solicita para o CAF os MAT/MED necessários eletrônico/impresso;

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

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

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS – TRANSFERÊNCIA DE MAT/MED DA FARMÁCIA PARA O CAF

3.4.11.15 Faturamento De Bpa (Boletim De Procediment Ambulatorial)

1- Verificar os atendimentos gerados nas últimas 24 horas. No relatório gerado é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados na conta do paciente;

2- E verificado no BPA os profissionais que realizaram os procedimentos;
3- Após a verificação e correção dos lançamentos é visto a crítica (erro pendente);
4- Após a correção das críticas existentes na conta, faz-se a exportação do arquivo;

FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - FATURAMENTO DE BPA (BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL).

3.4.11.16 Faturamento De Aih (Autorização De Internação Hospitalar)

1- Visualizar os registros de altas no período;

2- Analisar os registros da equipe Multidisciplinar no prontuário
3- Após a critérios a análise do prontuário, o registro é encaminhado para SES para liberação do código autorizador para o fechamento da conta;
4- Após a liberação do código autorizador gerar-se o arquivo de AIH para envio ao órgão regulador;

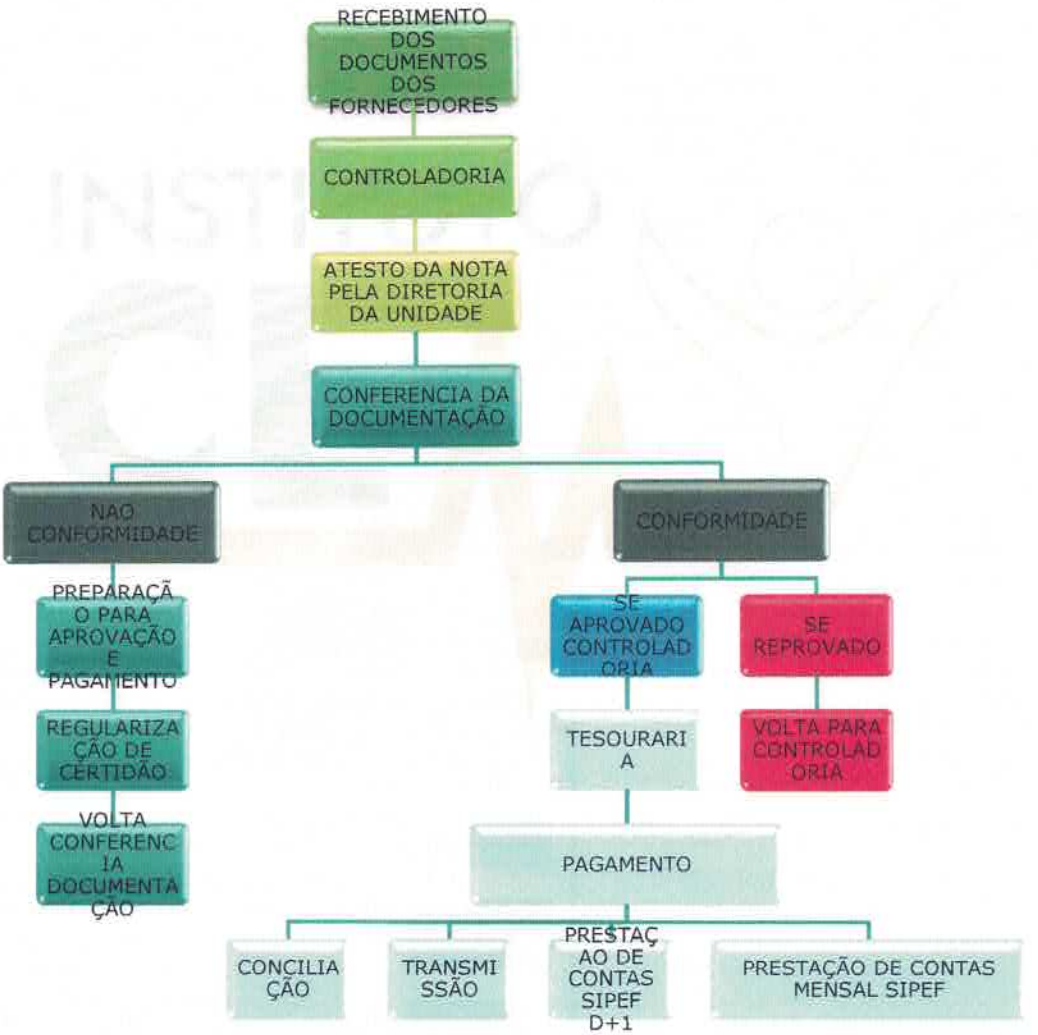
FLUXO DE REGISTRO DE DOCUMENTOS - FATURAMENTO DE AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

3.4.11.17 Compras De Materiais E Medicamentos

FLUXO DE COMPRAS

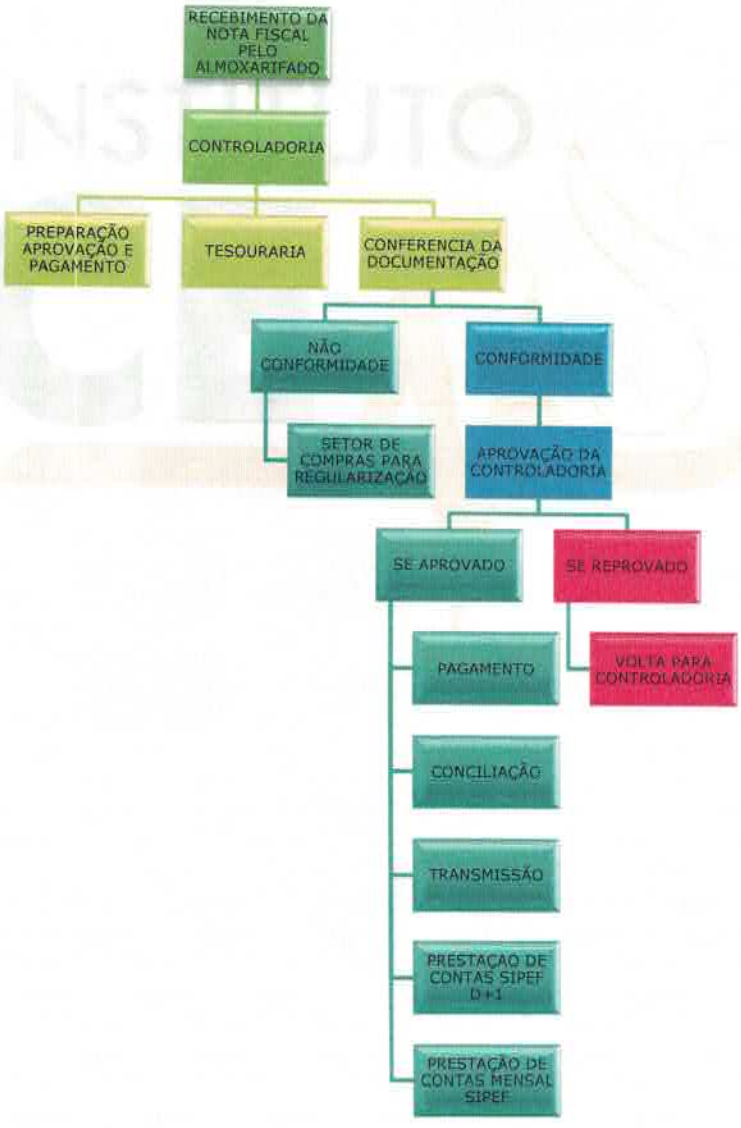
3.4.11.18 Pagamento De Prestadores De Serviços

FLUXO PARA PAGAMENTOS DE TERCEIROS



3.4.11.19 Pagamentos De Fornecedores De Material Médico E Medicamento

FLUXO PARA PAGAMENTOS DE FORNECEDORES DE MATERIAL MÉDICO E MEDICAMENTO



3.4.11.20 Elaboração Do "Kit Contabil"

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 via DOC CEM (Sistema de Gerenciamento de Documentos – do Instituto CEM):

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 DOCCEM, 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 Prestação de Contas e Kit Contábil

FLUXO PARA O KIT CONTIBIL

3.5 Fluxo unidirecional para materiais esterilizados/roupas

INTRODUÇÃO

A definição de CME pelo Ministério da Saúde é de um conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e a distribuição dos materiais.

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

Cabe a esse serviço a responsabilidade pelo processamento de todos os artigos médico-hospitalares, desde a limpeza, a seleção quanto à integridade e funcionalidade e o acondicionamento em embalagens adequadas, até a distribuição desses artigos esterilizados a todas as unidades consumidoras, de forma a assegurar- lhes a quantidade e qualidade necessárias à realização de todos os procedimentos assistenciais para o desenvolvimento do plano terapêutico dos clientes. Essa unidade tem um papel fundamental na assistência e no desenvolvimento das atividades de todas as unidades hospitalares e deve-se ressaltar seus aspectos estruturais, administrativos, econômicos e técnicos, à garantia da qualidade dos artigos odonto- médico-hospitalares3.

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

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

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

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

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

[...] Secção III Definições

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

[...]

- produtos para saúde críticos: são produtos para a saúde utilizados em procedimentos invasivos com penetração de pele e mucosas adjacentes, tecidos subepteliais, e sistema vascular, incluindo também todos os produtos para saúde que estejam diretamente conectados com esses sistemas;
- produtos para saúde semi-críticos: produtos que entram em contato com pele não íntegra ou mucosas íntegras colonizadas;
- produtos para saúde não-críticos: produtos que entram em contato com pele íntegra ou não entram em contato com o paciente;
- produtos para saúde passíveis de processamento: produto para saúde fabricado a partir de matérias primas e conformação estrutural, que permitem repetid processos de limpeza, preparo e desinfecção ou esterilização, até que percam a sua eficácia e funcionalidade;
- produto para saúde crítico de conformação complexa: produtos para saúde que possuam lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas;
- produto para saúde de conformação não complexa: produtos para saúde cujas superfícies internas e externas podem ser atingidas por escovação durante o processo de limpeza e tenham diâmetros superiores a cinco milímetros nas estruturas tubulares;
- processamento de produto para saúde: conjunto de ações relacionadas à pré-limpeza, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para unidades consumidoras;

[...]

- representante legal: pessoa física investida de poderes legais para praticar atos em nome da pessoa jurídica;
- responsável técnico – RT: profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a vigilância sanitária a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde ou pela empresa processadora, conforme legislação vigente;

[...] CAPITULO II

DAS BOAS PRÁTICAS PARA O PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE

Seção I

Condições Organizacionais

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

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

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

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

[...]

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

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

[...] Secção II

Recursos Humanos

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

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

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

Subseção I

Da Segurança e Saúde no Trabalho

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

[...]

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

[...] Subseção II Atribuições

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

- – Garantir a implementação das normas de processamento de produtos para saúde;
- – Prever e prover os recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e ao cumprimento das disposições desta resolução;

- – Garantir que todas as atribuições e responsabilidades profissionais estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades de processamento de produtos para saúde;

[...]

- – Participar do dimensionamento de pessoal e da definição da qualificação dos profissionais para atuação no CME;
- – Orientar as unidades usuárias dos produtos para saúde processados pelo CME quanto, ao transporte e armazenamento destes produtos;

[...] Seção IV

Da Infra-Estrutura

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

- – Área de recepção e limpeza (setor sujo);
- – Área de preparo e esterilização (setor limpo);
- – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- – Área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

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

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

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

- – Sala de recepção e limpeza (setor sujo);
- – Sala de preparo e esterilização (setor limpo);

- – Sala de desinfecção química, quando aplicável (setor limpo);
- – Área de monitoramento do processo de esterilização (setor limpo); e
- – Sala de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados (setor limpo).

[...]

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

[...]

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Resolução nº 424, de 19 de abril de 2012, normatizou as atribuições dos membros da equipe de Enfermagem em CME, ou em empresas processadoras de produtos para a saúde. Dentre essas atribuições, destacam-se:

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

- – Planejar, coordenar, executar, supervisionar e avaliar todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, recepção, limpeza, secagem, avaliação da integridade e da funcionalidade, preparo, desinfecção ou esterilização, armazenamento e distribuição para as unidades consumidoras;
- – Participar da elaboração de Protocolo Operacional Padrão (POP) para as etapas do processamento de produtos para saúde, com base em referencial científico atualizado e normatização pertinente. Os Protocolos devem ser amplamente divulgados e estar disponíveis para consulta;

[...]

- – Participar do dimensionamento e da definição da qualificação necessária a os profissionais para atuação no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;
- – Promover capacitação, educação permanente e avaliação de desempenho dos profissionais que atuam no CME, ou na empresa processadora de produtos para saúde;

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

[...]

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

Assim, o CME se destaca no contexto da organização dos serviços de saúde por ser uma unidade de apoio técnico as demais unidades assistenciais e de diagnóstico que necessitem de produtos para saúde processados indispensáveis ao desempenho técnico da equipe, proporcionando segurança e eficácia na prestação de cuidados ao paciente.

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

LOCALIZAÇÃO:

O CME (Centro de Material e Esterização) do Hospital de Urgências Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) tem função primordial do subsolo ao quarto andar da unidade.

3.5.1 Fluxo Unidirecional Para Materiais Esterilizados

A Central de Material e Esterilização — CME, será a única responsável pelo processamento e validação de esterilização dos instrumentais cirúrgicos, sendo que todo processo realizado no CME deve obedecer a Regulamentos Técnicos que estabelecem os requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde.

Fluxograma 01: Fluxo unidirecional da CME

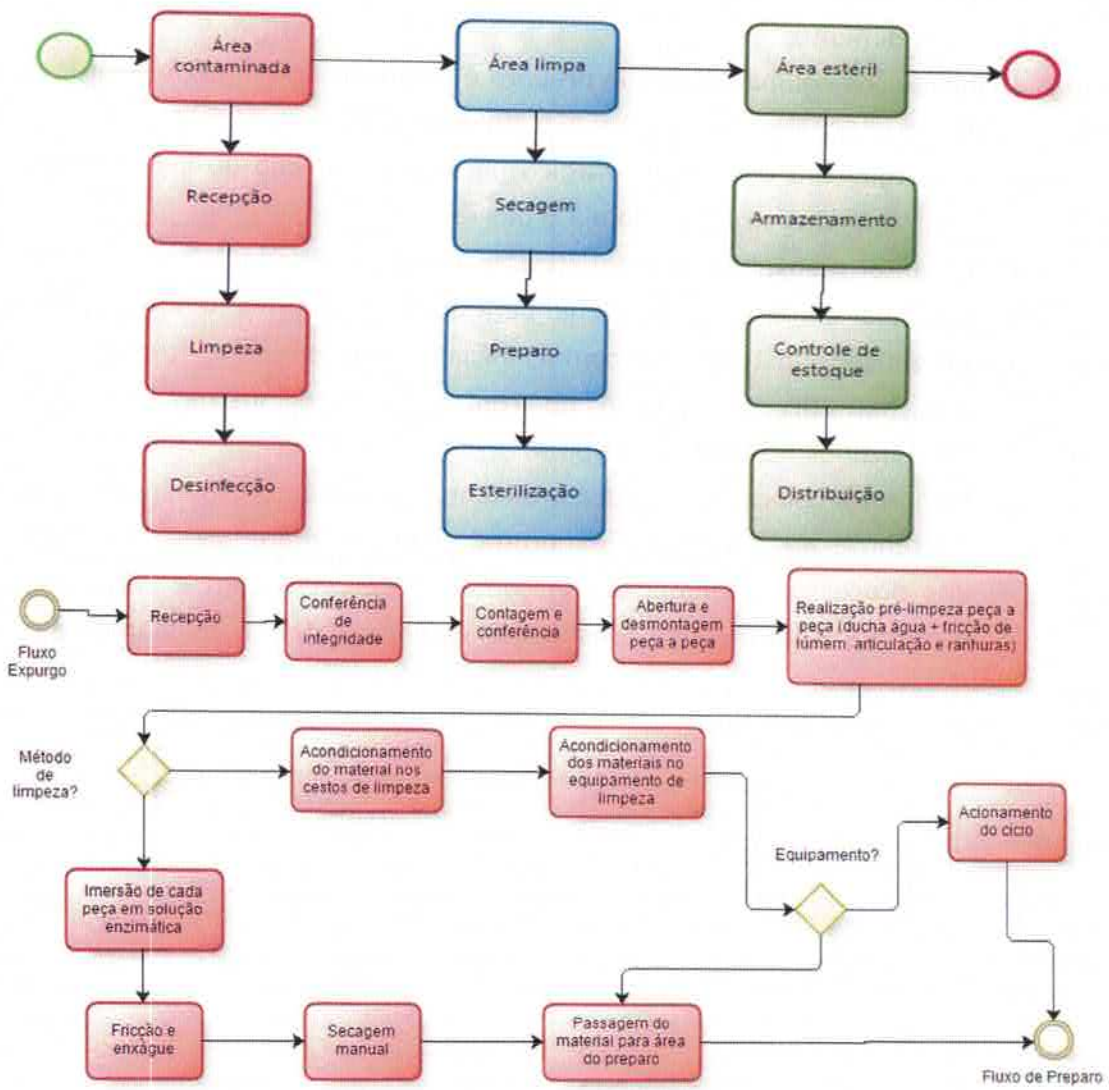
Fluxograma 02: Fluxo unidirecional dos artigos na CME

O fluxo de um CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como impedir que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa. Para tanto, é necessário existir barreiras físicas entre as áreas suja, limpa e estéril.

3.5.1.1 Finalidades:

- Preparar, esterilizar e distribuir todo o material do Hospital que requeira esse procedimento;
- Manter os equipamentos de preparo e esterilização em perfeita ordem;
- Aplicar os testes de esterilização em cada lote;
- Interagir com o Centro Cirúrgico para a preparação do instrumental necessário à realização das cirurgias do dia e das emergências;
- Levantar mensalmente estatística do serviço realizado;
- Controlar diariamente o arsenal para que não se perca nenhum instrumental;
- Identificar o instrumental com as iniciais do Hospital;
- Não permitir que entrem no centro cirúrgico, instrumentais que não sejam esterilizados no CME do Hospital;
- Elaborar e colocar em prática um Manual de Organização específico para o Serviço.
- Padronizar a recepção, no expurgo do CME, de materiais contaminados e execução dos processos de limpeza, descontaminação, lavagem e secagem dos materiais conforme a natureza da constituição de cada material, devidamente padronizado.

3.5.1.2 MACROFLUXO UNIDIRECIONAL DO CME



3.5.1.3 EXPURGO

3.5.1.4 DESCONTAMINAÇÃO

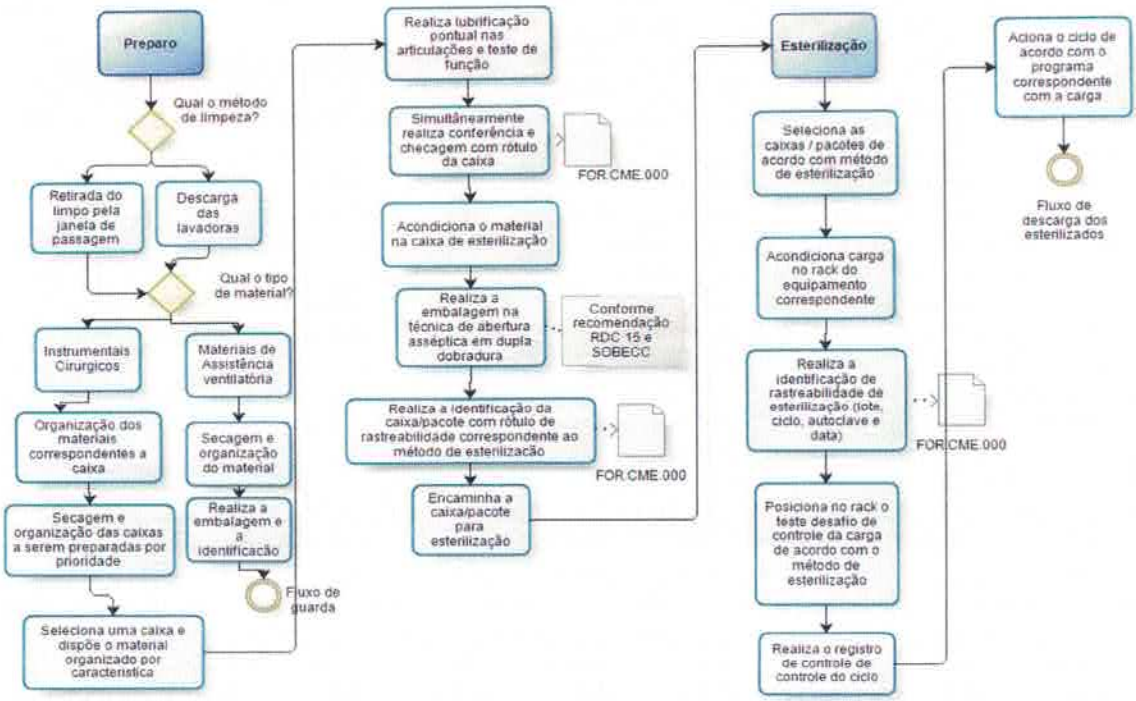
Deverá existir uma barreira física. O fluxo será unidirecional, evitando-se o cruzamento de materiais e não estéreis. A área de estocagem deverá ter acesso limitado de pessoas.

De acordo com a RDC nº 50 (ANVISA, 2.004), as atribuições e atividades da prestação de serviço de apoio técnico desta unidade, são:

3.5.1.5 ÁREA DE LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO:

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido.
- Desinfetar e separar os materiais.
- Verificar o estado de conservação do material.
- Proceder a limpeza do material.
- Encaminhar o material para a área de preparo.

3.5.1.6 PREPARO



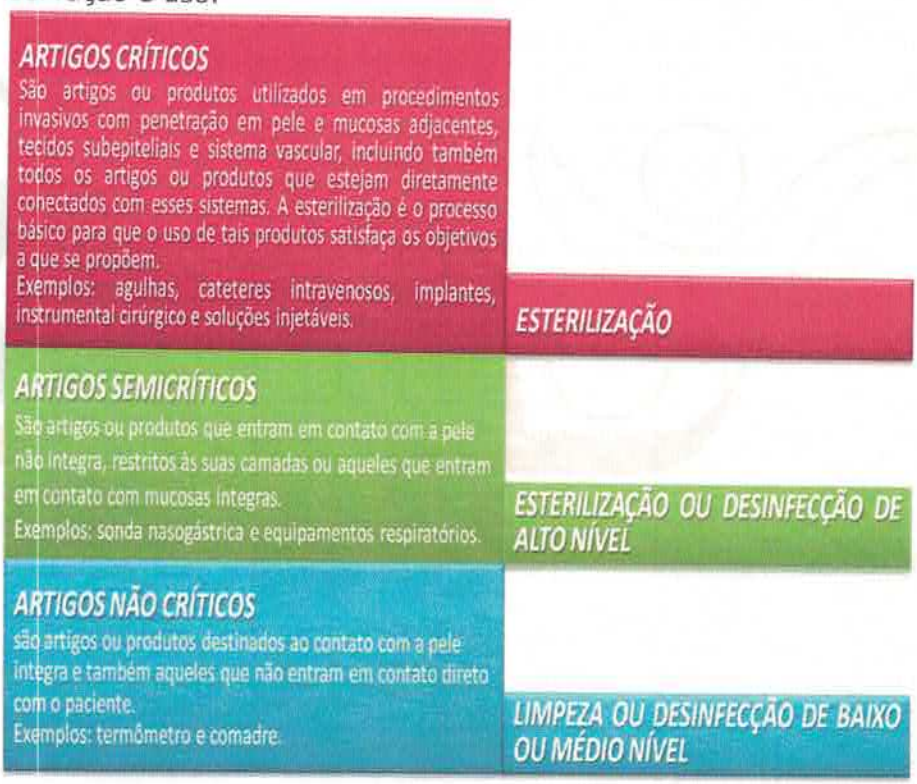
ÁREA DE PREPARO DE MATERIAIS:

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

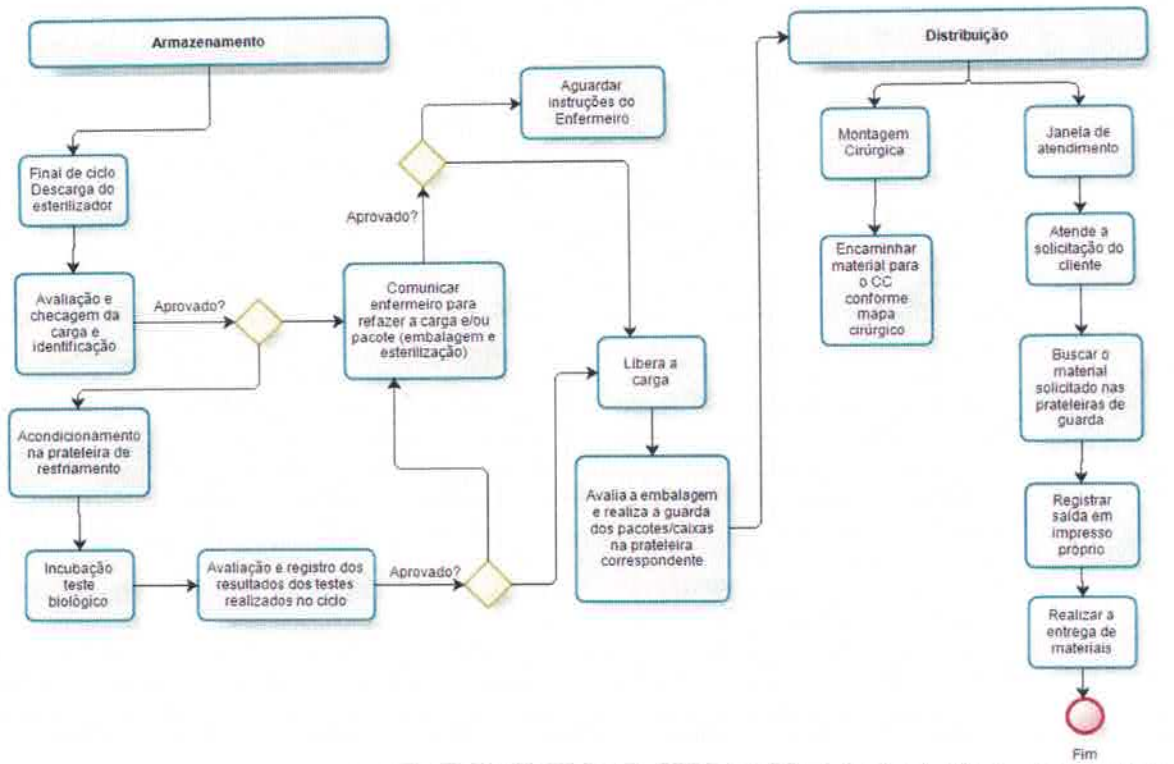
ÁREA DE ESTERILIZAÇÃO:

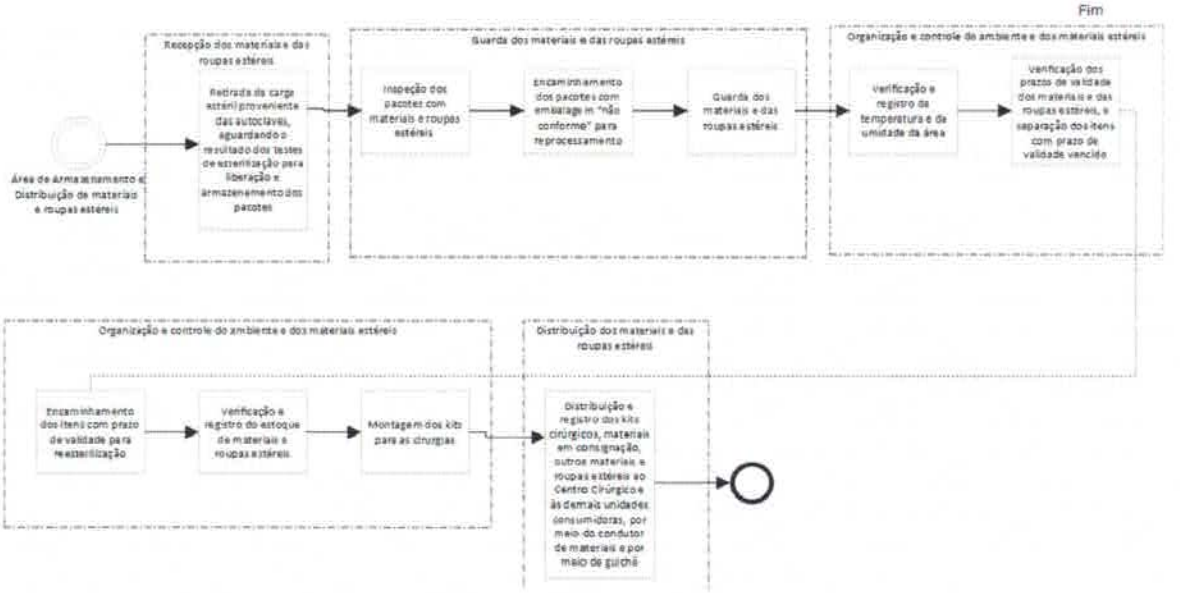
- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante.

- Observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves.
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados.
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.



3.5.1.7 ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTÉREIS





ÁREA DE ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS E ROUPAS ESTERILIZADOS:

- Estocar o material esterilizado
- Proceder à distribuição do material às unidades
- Registrar a saída do material.

De acordo com a mesma RDC nº 50, os processos desenvolvidos serão:

- **Limpeza**, que consiste na remoção da sujidade visível – orgânica e inorgânica – mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies. Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das lavadoras termo desinfectadoras, que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxágue dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro cortantes. As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.
- **Descontaminação**, que é o processo de eliminação total ou parcial da carga microbiana de artigos e superfícies.
- **Desinfecção**, que é o processo de eliminação e destruição de micro-organismos, patogênicos ou não, em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos objetos inanimados, mediante a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 minutos. Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido paracético.
- **Preparo**: as embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento e garante a integridade do material.
- **Esterilização**, que é o processo de destruição de todos os microorganismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos

padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microorganismos que o contaminavam é menor do que 1 em 1.000.000. Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Processos Físicos:

- **Calor Seco**, que é um processo realizado pelo calor seco em estufas elétricas. De acordo com Moura (1.990), a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro. O centro da câmara apresenta "pontos frios", nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças. Contudo, a SOBECC recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco. (Práticas Recomendadas – SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização – 4ª edição – 2.007, pág. 78).
- **Vapor saturado sob pressão**, que é um processo que está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas, ocorrendo uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado. Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.
- **Autoclavagem Pré-vácuo**, que é um processo, que por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga. Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo.
- **Observação:** todos os materiais submetidos à esterilização a vapor, só serão liberados após checklist realizada pelo auxiliar de enfermagem da área.

- **Processos Químicos e Físico-químicos**: esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº 930/92 do Ministério da Saúde que são os aldeídos, o ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa pressão.
- **Validação dos processos de esterilização de artigos,** que é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistente e fornecer produtos cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevida microbiana.

Controles que realizaremos para checagem do processo de esterilização:

- Testes Químicos: podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto-vácuo, com câmara fria e vazia.
- Testes Biológicos: são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Controle que implementaremos para a qualidade do ar:

- Na área de lavagem e descontaminação, o sistema de ventilação será realizado por exaustão com pressão negativa de forma a evitar a disseminação dos microorganismos para as demais áreas.
- Nas áreas de preparo, esterilização, armazenagem e distribuição serão utilizadas o sistema de ar-condicionado, com pressão positiva e controle de temperatura e umidade.

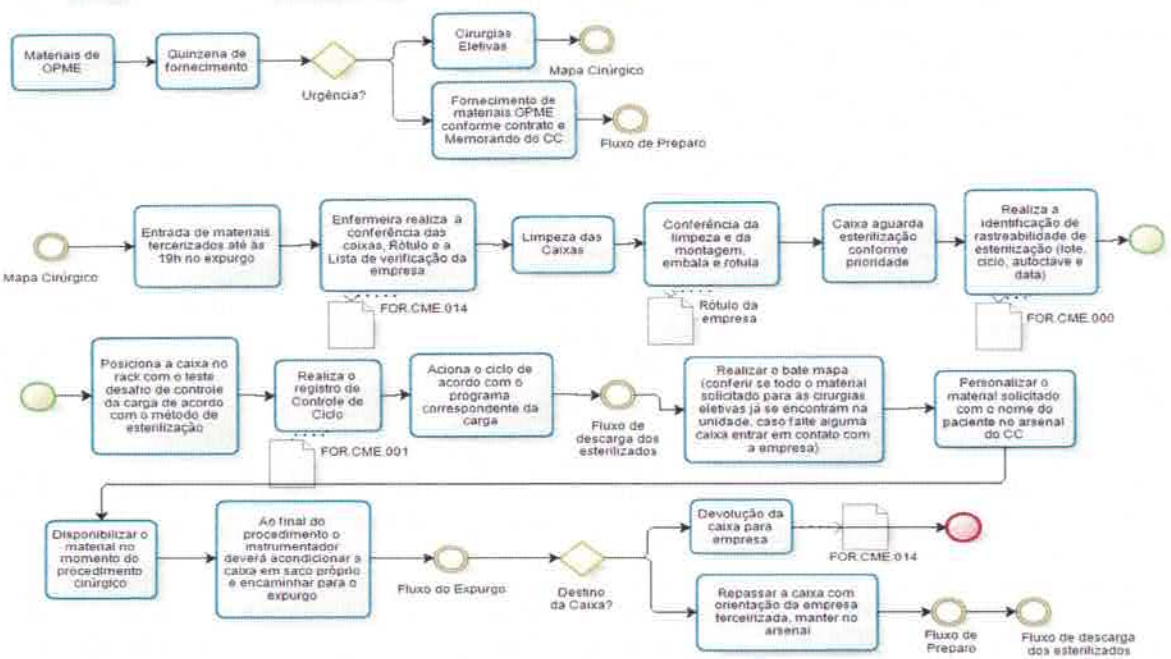
Embalagem: Serão utilizados os seguintes materiais:

- Tecido de algodão.

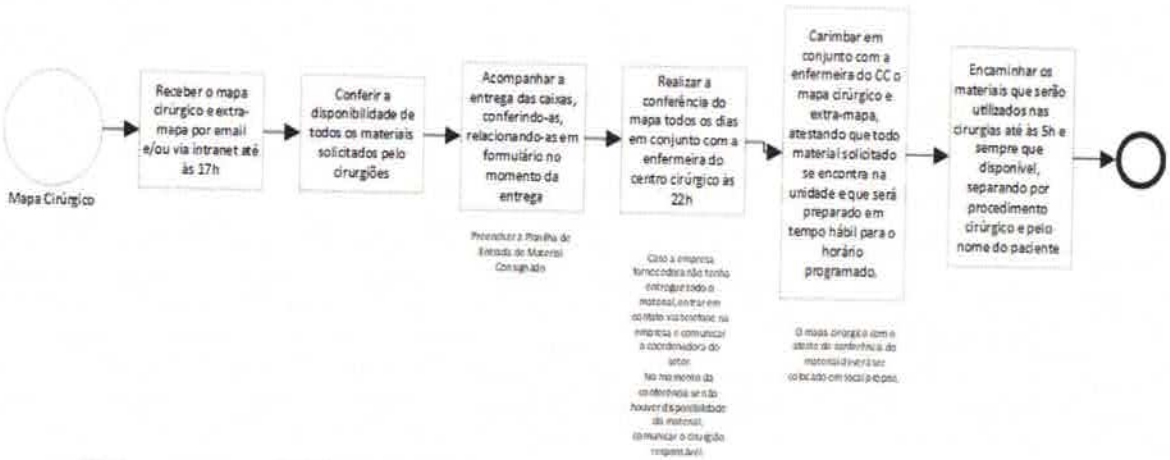
- Papel grau cirúrgico.
- Papel crepado.

Manutenção: Serão estabelecidos protocolos de manutenção preventiva, de acordo com a recomendação do fabricante dos equipamentos e em conjunto com a área de Engenharia e Manutenção do Hospital. O processo de validação das autoclaves será realizado anualmente por firma terceirizada. Observamos que o fluxo unidirecional dos materiais obedece aos padrões técnicos vigentes da RDC nº 50, sendo a manutenção dos mesmos a indicação do nosso processo de gestão.

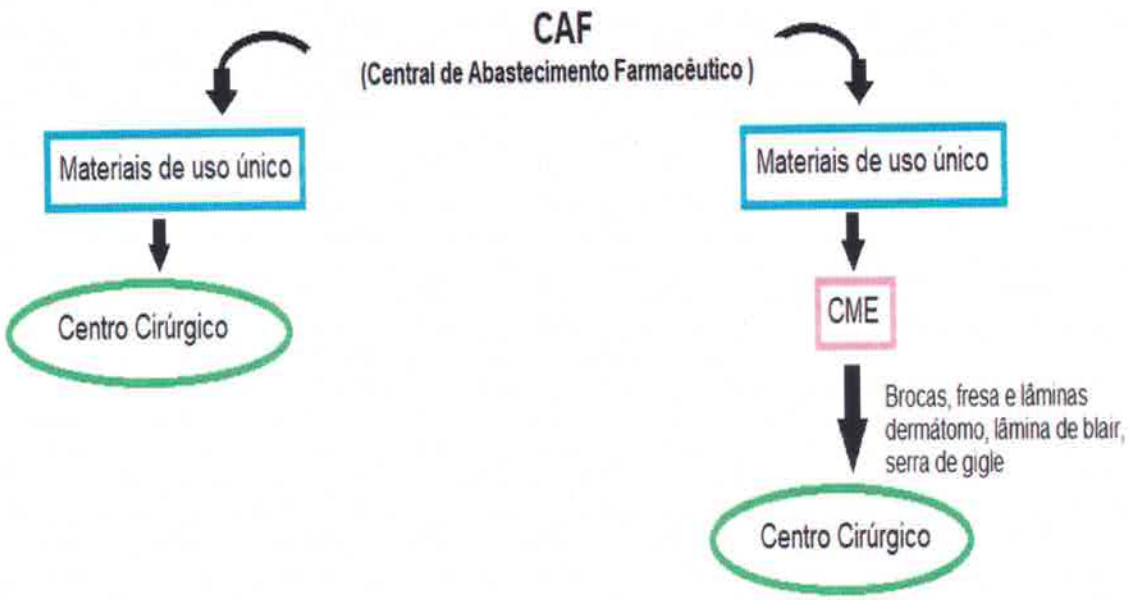
3.5.1.8 MATERIAL DE OPME



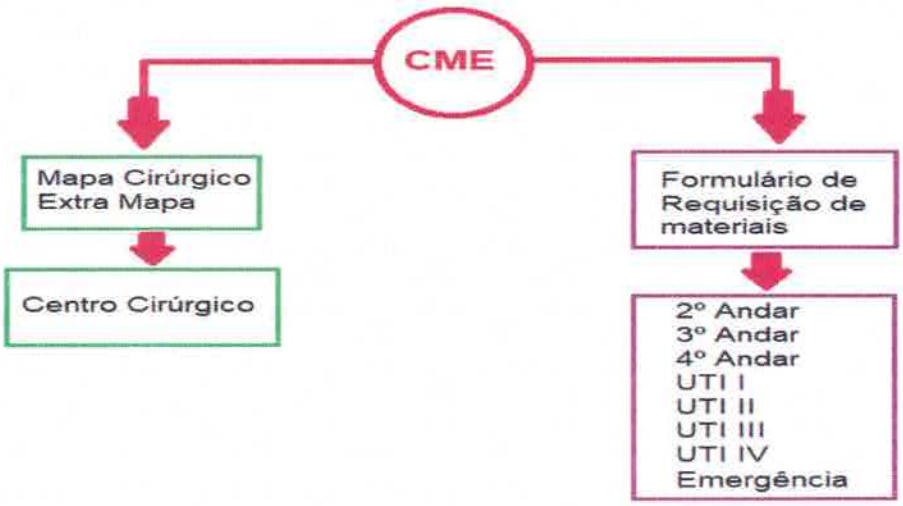
3.5.1.9 CONFERÊNCIA DE MAPA CIRÚRGICO



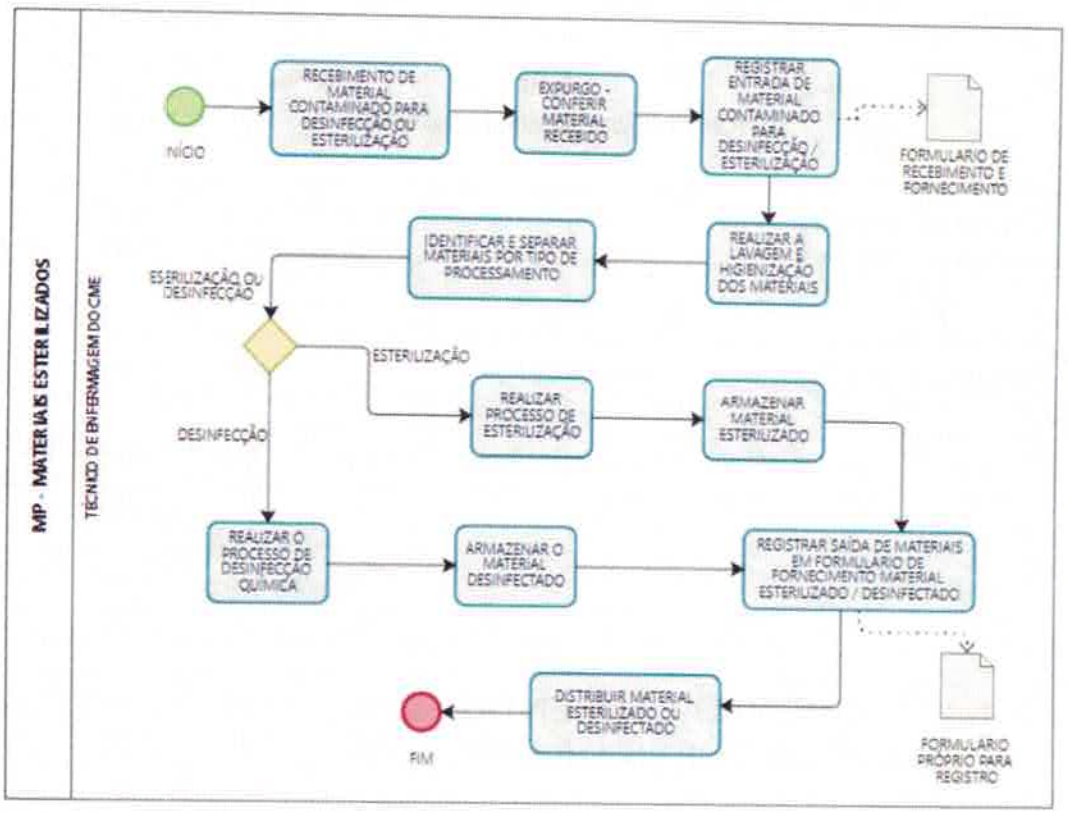
3.5.1.10 DISPONIBILIZAÇÃO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO



3.5.1.11 COMUNICAÇÃO ENTRE CME; CENTRO CIRÚRGICO E DEMAIS SETORES DA UNIDADE.



3.5.1.12 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS E DESINFECTADOS



O controle de processos para esterilização adequada de materiais Hospitalar e ambulatorial deverá ser garantido por meio da implantação de fluxo unidirecional para materiais no setor de Central de Material e Esterilização – CME do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS D VALDEMIRO CRUZ (HUGO), cumprindo as orientações e exigências para o funcionamento desse setor, que representará um elo entre todas as áreas de atendimento no serviço.

Com o funcionamento desse fluxo será propiciado o não cruzamento de área suja com área limpa, evitando assim que os materiais estéreis se misturem com os não estéreis. O fluxo deve ser obrigatoriamente unidirecional, ou seja, não deve haver cruzamento de área suja com área limpa.

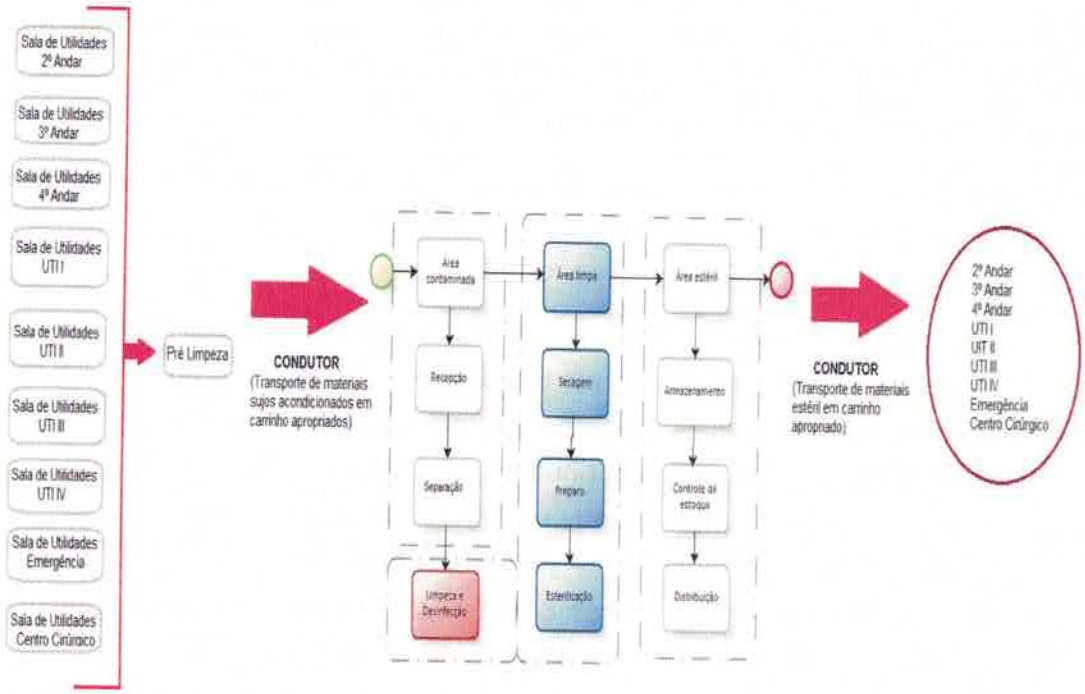
A CME funcionará 12 horas por dia para atender às necessidades do Hospital. O material deverá ser encaminhado para o Centro Cirúrgico às 06:00 horas e às 12:00 horas, em carro fechado de material lavável, por funcionário da central, utilizando protocolo de entrega. Posterior ao uso, o Centro Cirúrgico deverá devolver o material sujo, separado por caixas, conferido e protocolado para entrega no CME.

O material estéril utilizado nas unidades de internamento será entregue nos seguintes horários: 7:00 horas às 9:00 horas, 14:00 horas às 16:00 horas, devendo os funcionários estarem munidos com protocolos no CME.

A qualidade dos serviços da CME está vinculada ao controle eficiente de infecções. Para atingir esse objetivo, deve ser observado:

- Estrutura física adequada;
- Equipamentos adequados e operacionais E Materiais adequados;
- Segregação de profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- Normas claras e rígidas para o funcionamento da CME;
- Capacitação e supervisão contínua dos funcionários da CME;
- Manutenção Preditiva, Preventiva e Corretiva eficientes na CME;
- Acesso restrito aos funcionários da CME, sempre devidamente paramentados;
- O fluxo dos materiais na CME deve ser contínuo e unidirecional evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados;
- Evitar que o colaborador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa.
- Atualização permanente quanto às normas e recomendações da Anvisa e demais entes públicos e privados que tenham ingerência ou contribuições para melhorar o efetivo e adequado funcionamento da CME
- O Fluxo de Materiais esterilizados e determinado pela RDC nº 307 de 14/11/02, que implantaremos. A legislação indica que deve existir uma CME quando houver centro cirúrgico, hemodinâmica, emergência de alta complexidade e urgência. A CME deverá ser dividida em no mínimo 03 (três) áreas: descontaminação, empacotamento e esterilização/estocagem.

3.5.1.13 FLUXO CME INTERSETORIAL HUGO



3.5.2 Fluxo Unidirecional Para Roupas

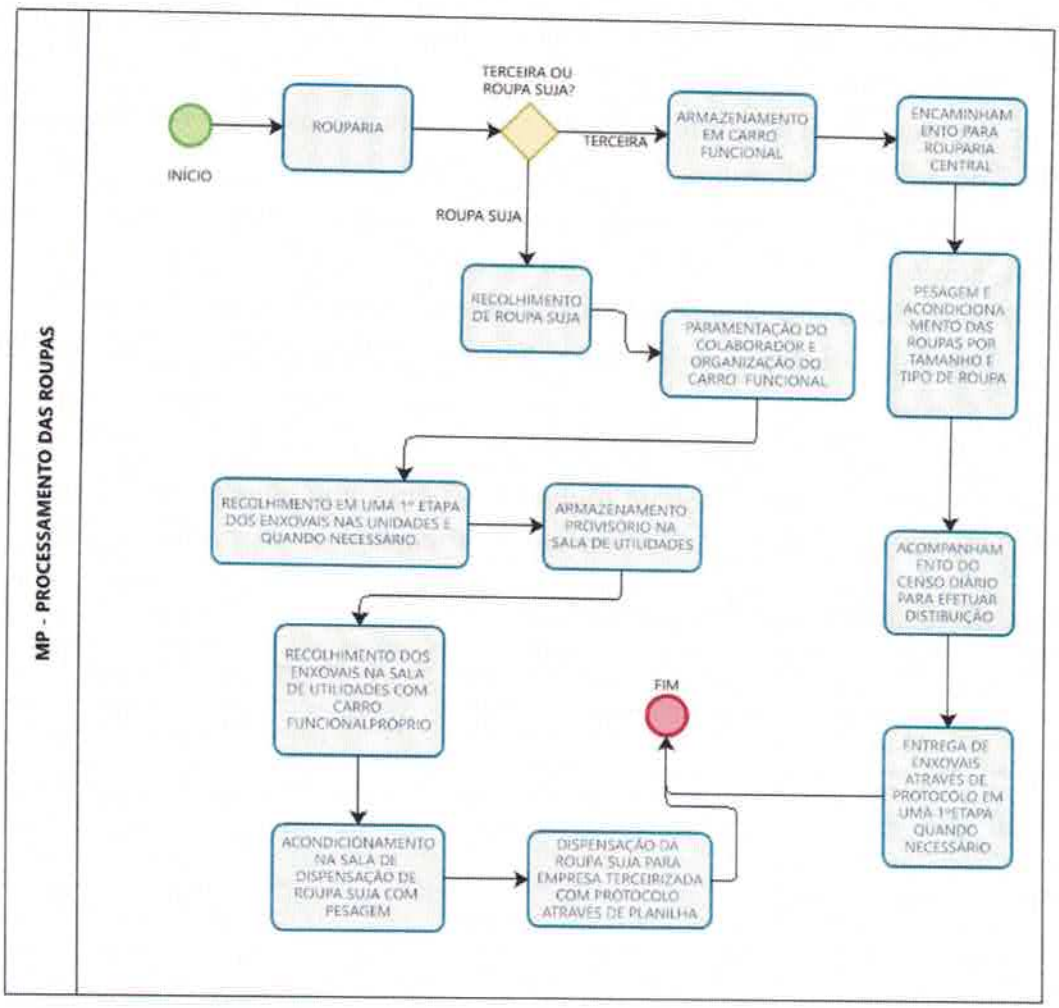
O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do paciente, acompanhantes e profissionais. Tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço saúde (ANVISA, 2007).

Finalidade:

- Recolher toda a roupa usada no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);
- Pesar, separar, processar, distribuir e controlar toda a roupa do Hospital;
- Utilizar técnicas e produtos adequados;
- Zelar para que a roupa processada não se transforme em veículo de disseminação de contaminação;
- Distribuir a roupa de acordo com a necessidade de cada unidade e nos horários previamente estabelecidos;

- Realizar inventário semestralmente e introduzir dispositivos que permitam o melhor controle possível da roupa;
- Manter o local em perfeita ordem e fazer com que os colaboradores utilizem os meios de proteção da roupa;
- Manter quadro com todas as cópias das chaves do Hospital;
- Fazer manutenção preventiva de instalações e equipamentos;
- Levantar mensalmente estatística discriminada do movimento;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico do Serviço.
- O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição.

Fluxograma — processamento de roupas:



- Retirada da roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento
- Coleta e transporte da roupa suja até a unidade de processamento
- Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja
- Processo de lavagem da roupa suja
- Centrifugação
- Secagem calandragem ou prensagem ou passadoria da roupa limpa
- Separação, dobra, embalagem da roupa limpa
- Armazenamento. transporte e distribuição da roupa limpa

É necessário ressaltar a importância da lavanderia dentro da unidade de Assistência à Saúde, pois é da eficácia de seus profissionais que se demonstra a eficiência do Hospital, refletindo-se especialmente nos seguintes aspectos:

- Controle das infecções;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização de tempo e material;
- Redução dos custos operacionais.

Planejamento de uma lavanderia hospitalar depende de suas funções, complexidade de ações e aspecto econômico das instalações.

A lavanderia é de grande importância para o funcionamento das diversas unidades hospitalares e assim, qualquer que seja a sua dimensão e capacidade, deverão ser planejadas, instaladas, organizadas e controlada com o rigor dispensado às demais unidades do Hospital. Diante disso, apresentamos alguns dos fluxogramas a serem adotados na unidade para o gerenciamento das atividades do setor de Hotelaria:

A lavanderia hospitalar é um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes, responsável pelo processamento da roupa e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todas às unidades de uma unidade de Assistência à Saúde. É um serviço de suma importância para o bom funcionamento da mesma, pois a eficiência de seu funcionamento contribuirá para a eficiência das atividades assistenciais realizadas, como exemplo a redução das infecções hospitalares. A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, usuário e meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Assim, a área de Processamento de Roupas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar, e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do Hospital. As roupas utilizadas nos diversos serviços do Hospital incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, fraldas, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, propós, aventais, gorros, dentre outros.

1. REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA:

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas, unidades geradoras.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão.

A roupa suja deve ser colocada direta e imediatamente no hamper, em sacos de tecidos fortes de algodão ou náilon, sendo que para roupas contaminadas devem ser usados sacos plásticos.

2. COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA:

A coleta geralmente é realizada em horários preestabelecidos, uma vez que a roupa suj deve permanecer o menor tempo possível na unidade.

Após fechado, o saco de roupas sujas é retirado do hamper e colocado em carro próprio que, completada sua capacidade, transporta a roupa até a recepção da lavanderia.

Os carros usados na remoção dos sacos de roupa sujam nunca devem ser utilizados para o transporte de roupas limpa. Igualmente, deve ser evitado o cruzamento das roupas suja com a limpa.

A roupa suja deverá ser transportada por meio de carro exclusivo para esse fim (leve, de fácil higienização, com dreno para eliminação de líquido), devidamente identificado.

Os percursos usados na remoção dos sacos de roupas não devem ser utilizados simultaneamente por carro de roupas limpa ou de comida.

Para a coleta e transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade deve estar paramentado com luvas de borracha cano longo, gorro, óculos, bota cano longo, avental impermeável e máscara com filtro de carvão ativado.

3. RECEPÇAO PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA SUJA:

Na área de recepção, a roupas é retirada do carro de coleta, a fim de ser separada e pesada;

Na área suja da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de iniciar o processo de lavagem.

Pesagem: A pesagem da roupa poderá ser realizada em duas etapas distintas: no momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de

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

Separação e Classificação: A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A separação da roupa suja terá como objetivos:

Agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujidade e as suas características;

Localizar e retirar objetos estranhos que possam estar presentes junto com a roupa. - A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Considera-se também o tipo de tecido, uma vez que o processo de lavagem varia conforme a origem e composição do tecido.

4. PROCESSO DE LAVAGEM:

Após pesagem e classificação da roupa suja, a mesma é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.

O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo.

São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso. - A roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril.

A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado final do processo de lavagem.

Ciclos e fases do processo de lavagem:

Não existe um processo único e ideal para a lavagem de todas as roupas do serviço de saúde. As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em: umectação, enxague, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxágues, acidulação e amaciamento.

Um ciclo completo de lavagem geralmente é aplicado para roupas com sujidade pesada. Para roupas com sujidade leve, dispensam-se as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo se inicia na etapa de lavagem.

5. PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. - A **centrifugação** tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa. Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora extratora. Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento que a mesma será submetida.

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 **calandragem** é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, à temperatura de 120ºC a 180ºC.

A **prensagem** é efetuada em uniformes e outras peças que não devem ser processadas na calandra ou que tenham detalhes como pregueados e vincos.

A **passadoria** a ferro é usada apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento de roupa pessoal, como jalecos dos profissionais.

Após as etapas de calandragem, prensagem ou passadoria, a roupa limpa é dobrada, podendo ser armazenada embalada ou não. Sacos plásticos ou de tecidos podem ser utilizados para embalar roupas separadamente ou em forma de kits.

6. ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA:

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa.

O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim.

O carro usado para estocar a roupa limpa no setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência na mesma, além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas.

7. TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA:

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores dos serviços de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente. - A distribuição de roupa limpa é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos, exclusivos para esse fim.

É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação da mesma.

Cada unidade receberá uma cota de roupa para reposição de estoques nas roupariais setoriais. Geralmente o cálculo das quantidades de roupas segue a seguinte ideia: Uma muda fica no leito do paciente, uma outra fica na estante ou carro-prateleira, na unidade de enfermagem, como estoque de reserva para apenas um dia, enquanto tem outra peça na lavanderia em processamento. É comum existir uma cota fixa de roupa para cada unidade, preestabelecida em função da necessidade estimada.

Observação:

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

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

Após o conserto, a roupa voltará a ser lavada.

O Serviço de Processamento de Roupas deverá implantar manual de normas e rotinas, contendo a descrição das principais práticas a serem adotadas. A seguir apresentamos modelo a ser adotado pelo serviço.

INSTITUTO CEM	**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)**	**Serviço/Setor: Processamento de Roupas**
	Procedimento	**POP: (SPR + nº de ordem)**
	Operacional Padrão	Elaborado em: / / Revisado em: / /

ROTINAS OPERACIONAIS		
Objetivo:		
Indicações:		
Fatores de Risco:		
Técnica / Rotina:		
Procedimento em caso de não conformidade:		
Elaborado por (nome/função):	Revisado por (nome/função):	Aprovado por (nome/função):

3.5.2.1 Processamento geral das roupas

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenagem e distribuição.

3.5.2.2 Remoção da roupa suja da unidade geradora

O acondicionamento da roupa suja na unidade geradora tem como objetivo guardar a roupa em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia visando à proteção da equipe de saúde e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos. Na retirada da roupa suja da unidade geradora, onde foram utilizadas, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

3.5.2.3 Coleta da roupa suja na unidade geradora e transporte

O acondicionamento e guarda da roupa suja na unidade geradora deve ocorrer em local adequado, imediatamente após o uso, até o recolhimento e transporte para a lavanderia, visando a proteção dos colaboradores e dos pacientes.

Os sacos dos *hampers* devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos.

A retirada da roupa suja da unidade geradora deve ocorrer com o mínimo de manuseio, observando-se as precauções padronizadas. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, colaboradores e pacientes.

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devendo permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

O funcionário que realiza a coleta e o transporte da roupa suja deve estar devidamente paramentado com todos os EPI indicados para tal atividade (capote, bota, gorro, máscara, óculos e luvas).

A coleta da roupa suja deve ser realizada em horários preestabelecidos, devend permanecer o menor tempo possível na unidade geradora.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. Deverá ser coletada no próprio saco do *hamper*, fechando-o adequadamente para impedir abertura durante o transporte (deixar um saco novo no lugar).

O carro de transporte deve ser exclusivo para esse fim, identificado e com tampa, não excedendo a capacidade do mesmo, permitindo assim o fechamento total da tampa.

Processamento da roupa na área suja:

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

Pesagem: etapa importante para dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de *hampers* (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas sem apertar para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com o grau de sujidade.

Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

Separação e Classificação: A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas puxando-as pelas pontas para a verificação e retirada de objetos estranhos como instrumentais e artigos perfuro cortantes e outros resíduos sólidos.

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.

- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

Processo de lavagem

Antes do início do processo de lavagem, a roupa é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

Processamento da roupa na área limpa

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

Transporte e distribuição da roupa limpa

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de recontaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

Particularidades

- Roupas provenientes de pacientes em isolamento

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

- Roupas provenientes de nutrição e panos de limpeza

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

- Esterilização das roupas

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

-. Responsabilidades da equipe de enfermagem

Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte

Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper

Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso

Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum)

O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia

A coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário

O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor

*A rotina de identificação das *hampers* de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.

Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente

A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados

Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital

É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque

A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa

Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas

No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

> **Obs.:** A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

3.5.2.4 Processamento Da Roupa Na Área Suja

Na área suja da lavanderia, a roupa é classificada antes de iniciar o processo de lavagem, mantendo a recomendação de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas. O trabalhador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

Pesagem, Separação e Classificação:

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem e que acompanham as roupas nos sacos de hampers (objetos sólidos, instrumentais etc.), bem como proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto. Na área suja da Lavandeira a roupa é classificada antes do processo de lavagem. O colaborador da área suja deve tomar banho e trocar de roupa ao término do trabalho.

A pesagem deve ser cuidadosa para a obtenção de dados de controle de custo e para dimensionar a carga de acordo com a capacidade da lavadora.

A separação deverá ser realizada para retirar os objetos que possam interferir nos processos de lavagem (objetos sólidos, instrumentais, etc.).

Proceder à classificação, agrupando as roupas que podem ser lavadas em conjunto.

A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade:

- Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades.
- Sujidade leve: roupas sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

PASSO DE LAVAGEM:

O processo de lavagem consiste na eliminação da sujidade, com a redução do nível bacteriológico ao mínimo. A roupa é desinfetada nesta etapa, ficando livre de patógenos

vegetativos, mas não é estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem é retirada por uma abertura via área limpa.

3.5.2.5 Processamento Da Roupa Na Área Limpa:

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de: CENTRIFUGAÇÃO, SECAGEM, CALANDRAGEM OU PRENSAGEM, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas. Após a etapa de secagem, a roupa limpa é dobrada e acondicionada nas prateleiras da rouparia. O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

Obs.: A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada, e quando necessária, deverá ser precedida de banho.

TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA

A distribuição da roupa limpa é feita de acordo com as requisições emitidas pela chefia de cada unidade. O transporte é realizado em carrinhos limpos, desinfetados e com tampa, evitando o risco de re-contaminação da roupa antes de chegar aos locais de destino.

PARTCULARDADES

ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO:

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral. Se as precauções padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento.

ROUPAS PROVENIENTES DE NUTRIÇÃO E PANOS PARA LIMPEZA:

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas Áreas, Podendo Ser Seguido O Mesmo Processo Estabelecido Para As Roupas Em Geral.

3.5.2.6 Esterilização Das Roupas:

- O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas a esterilização após a sua lavagem.

- Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas a esterilização não poderão ser submetidas a calandragem ou a passagem a ferro.

3.5.2.7 Responsabilidades da Equipe de Enfermagem:

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade do mesmo, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte.
- Colocar dois hampers em locais que a produção de roupa suja é muito grande, evitando ultrapassar a capacidade de acondicionamento do hamper.
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso.
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias e isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum).
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário.
- O funcionário da lavanderia identifica os sacos dos hamper com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas, devolver objetos de valor quando encontrado, verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor.
- A rotina de identificação das hampers de acordo com a unidade geradora objetiva levantar os problemas relacionados ao acondicionamento, e não ao controle de infecção hospitalar.
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente.
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados.
- Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário.
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais. O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletada nas unidades do hospital.
- É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque.

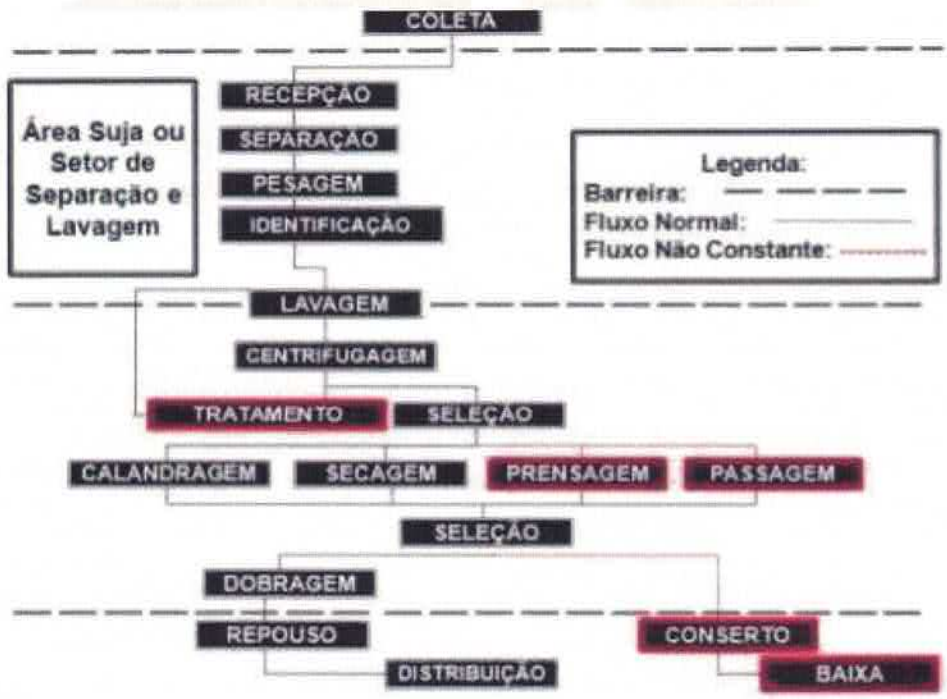
- A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades de serviço aumenta o risco de contaminação, demanda maior de estoque e dificulta o controle da roupa.
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas.
- No momento da alta um funcionário da enfermagem deverá recolher e conferir as roupas que o paciente estava usando.

Obs.: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfuro cortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão às precauções padrão.

FLUXOGRAMA DE ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPA



3.6 Fluxo unidirecional de resíduos de saúde.

São considerados resíduos hospitalares os resíduos resultantes de atividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em atividades de

prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação, relacionada com seres humanos.

Os resíduos de serviços de saúde têm requerido especial atenção dos gestores da área, uma vez que sua coleta e destino inadequados podem provocar graves impactos à saúde da população. Dessa forma, o tema assume lugar de destaque entre as políticas públicas e na legislação brasileira, tendo como foco principal a sustentabilidade ambiental e a manutenção da saúde e da vida. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e o Conselho Nacional de Meio Ambiente – CONAMA têm assumido a função de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que diz respeito à geração e manejo dos resíduos dos serviços de saúde, com o objetivo de preservar a meio ambiente, pa' garantir a sua sustentabilidade ambiental. Os principais marcos normativos deste movimento são a Resolução CONAMA nº. 005/93 e a RDC ANVISA nº. 306/04 e 358/05, que definem a obrigatoriedade dos serviços de saúde na elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

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

Assim, o gerenciamento dos RSS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), será caracterizado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejad e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos usuários e trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

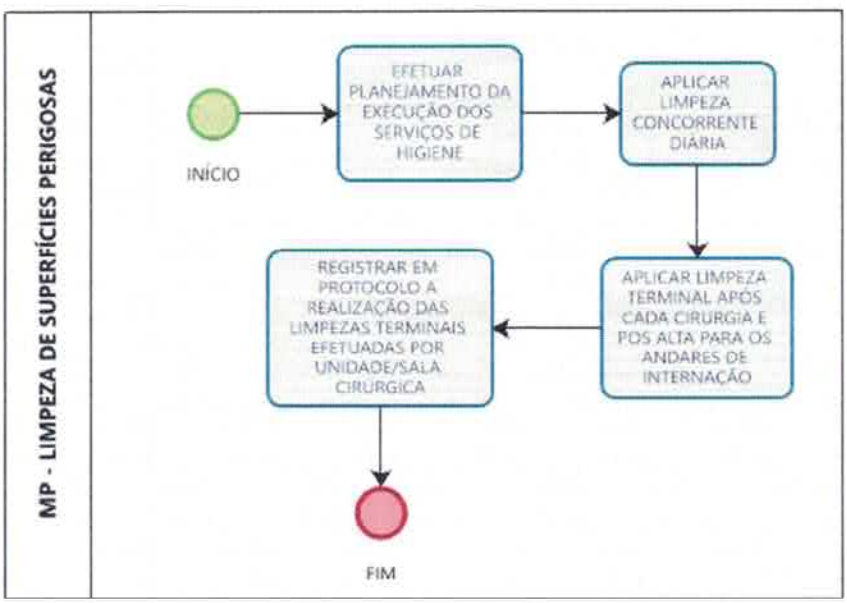
O serviço de higiene e limpeza tem por objetivo prepara o ambiente do Hospital para suas atividades, manter a ordem do ambiente, além de conservar equipamentos e instalações limpos em condições de higiene ideais para o manuseio.

3.6.1 Finalidades

- Promover a higienização e limpeza de todo a Unidade de Saúde, levando em consideração a característica de cada área;

- Fixar um horário para o serviço, em consonância com as atividades desenvolvidas em cada unidade;
- Coletar todo o lixo do Hospital fixando um fluxo específico de saída, dando lhes tratamento e destino corretos;
- Combater permanentemente insetos e roedores; (sinatrópicos)
- Estudar com profundidade os produtos a serem utilizados para que, além de higienizarem e limparem corretamente, não danifiquem os materiais nos quais foram aplicados;
- Levantar estatística mensal do movimento;
- Fixar sistema de segurança para a limpeza de superfícies perigosas;
- Manter recipientes específicos para a coleta de materiais perfuro cortantes;
- Promover constantemente treinamento em serviço;
- Observar e comunicar aos responsáveis, sobre defeitos encontrados em instalações e móveis;
- Elaborar e colocar em prática o Regimento e Manual de Organização específico Serviço.

Fluxo:

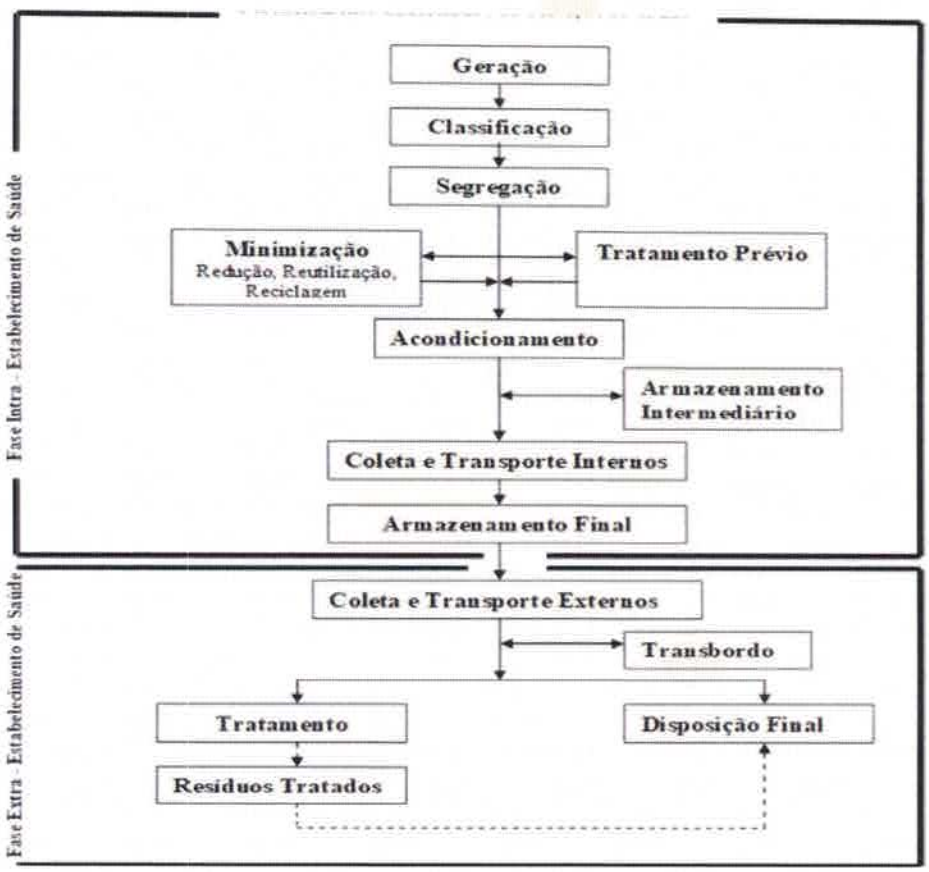


O serviço será realizado fora do Hospital, pois este não apresenta estrutura para esta finalidade.

É importante que haja uma gestão em logística eficaz na coleta e transporte dos resíduos dos serviços de saúde no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) com capacidade de assim garantir, sempre que seja possível, o fluxo unidirecional dos resíduos, pautado com horários predefinido do maior afluxo de utentes, de distribuição dos alimentos, medicamentos ou de roupas.

O circuito que os resíduos hospitalares irão percorrer, desde o local de produção até ao local de armazenamento temporário e externo, deve ser estabelecido tendo em contas vários fatores, como, por exemplo, os locais percorridos, o horário e a comodidade/viabilidade do trajeto e a probabilidade de acontecer um derramamento acidental. Este deve ser efetuado e determinado com os intervenientes diretos na coleta dos resíduos, mas deve ser também conhecido pelos outros profissionais coparticipantes.

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde



É de responsabilidade dos gestores da Unidade, elaborarem, desenvolverem e implantarem o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), conforme Resolução RDC nº 306, publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 07 de dezembro de 2004. O plano de gerenciamento de resíduos deve contemplar, entre outros fatores, as medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores e as rotinas de higiene e limpeza de superfícies da CCIH (Comissão do Controle de Infecção Hospitalar).

O PGRSS tem os seguintes objetivos:

- Proporcionar maior segurança aos profissionais, pacientes e visitantes do Hospital.
- Promover a redução dos acidentes ocupacionais.
- Contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar.
- Contribuir para a preservação do meio ambiente.
- Minimizar a geração de resíduos, proporcionar a reciclagem e reduzir custos.
- Adequar todas as etapas do gerenciamento de resíduos no Hospital, desde a geração até o tratamento final, conforme as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Desenvolver um Plano de Gerenciamento de Resíduos, com a participação de profissionais da área de segurança e medicina do trabalho, gerência de risco, limpeza, CCIH, farmácia, enfermagem, laboratório, setor de radiodiagnóstico, banco de sangue e equipe médica.

3.6.2 Treinamento

- O programa de treinamento inicial e de forma continuada deve contemplar: noções gerais sobre o ciclo de vida dos materiais, conhecimento da legislação em vigor, definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco, sistema de gerenciamento de resíduos adotado, divisão e assunção de responsabilidades e tarefas, reconhecimento dos símbolos, sobre a utilização e circulação dos veículos de coleta, EPI (Equipamento de Proteção Individual), EPC (Equipamento de Proteção Coletivo), EPC, biossegurança, higiene pessoal e dos ambientes, proteção radiológica, providências em caso de acidentes e situações emergenciais, sobre gerenciamento de resíduos no município e noções básicas sobre o controle de infecção e de contaminação química.
- Todos os profissionais da instituição independente de suas funções deverão conhecer o sistema de gerenciamento de resíduos adotado pelo Hospital.
- Conscientizar o trabalhador da importância dos assuntos citados acima no seu trabalho diário.

- O conteúdo programático deve estar relacionado com o assunto a ser tratado. Definir um responsável pelo treinamento.
- Utilizar permanentemente a educação continuada (CCIH, Segurança do Trabalho e outros profissionais especializados).
- Apresentar o material didático constituído de Rotinas, Manual de Treinamento e OS (Ordem de Serviço).
- Os treinamentos serão ministrados na integração dos funcionários e estes serão capacitados a cada seis meses ou quando necessário.

3.6.3 Avaliação E Monitoramento Do Pgrss

É da competência do gerador de RSS, monitorar e avaliar seu PGRSS, uma vez que o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação referida é realizada levando-se em conta os seguintes indicadores, considerando a taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante:

- Variação da geração de resíduos.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A.
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B. Variação da proporção de resíduos do Grupo D. Variação da proporção de resíduos do Grupo E. Percentual de reciclagem de resíduos.

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, para isso a empresa realiza avaliações periódicas, visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas praticas ambientais.

Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente para todos os envolvidos no processo.

Serão elaboradas planilhas informando a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

Na inspeção e acompanhamento dos serviços serão consideradas:

- Ações Corretivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema real volte a ocorrer.

- Ações Preventivas que serão as ações necessárias e suficientes para evitar que um problema potencial se materialize.

Serão executados monitoramentos periódicos para verificar o atendimento aos requisitos legais e critérios da empresa contratada.

Caso não haja conformidade, serão implantadas medidas corretivas.

Para garantir a manutenção da conformidade serão mantidas medidas preventivas antes de iniciar qualquer trabalho.

Será elaborado um sistema de registros para demonstrar e garantir o cumprimento das ordens de serviço, cumprindo assim os objetivos e metas.

Com este plano o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) evitará os atos ou omissões de seus empregados que resultem na degradação do meio ambiente.

3.6.4 Equipamento De Segurança Outras Medidas Do Pgrss

O profissional da limpeza deve comprovar vacinação contra tétano e hepatite B, teste tuberculínico anual além de ser treinado continuamente.

Submeter-se a exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme NR-7 do Ministério do Trabalho. Os seguintes Equipamentos de Proteção Individual devem ser utilizados pelos profissionais em suas atividades de limpeza e manejo de resíduos:

- Avental.
- Máscara de carvão ativado e máscara cirúrgica.
- Botas de PVC, de cano curto e longo (para lavagem), de cor clara e solado antiderrapante.
- Luvas de PVC grossa e longa, antiderrapante. Óculos de proteção de acrílico.

É obrigatório o uso de calça comprida e sapato fechado. Os profissionais devem manter perfeita higiene pessoal (banho diário, cabelos limpos, penteados e presos, unhas limpas e aparadas e evitar o uso de adornos).

3.6.5 O Recolhimento Dos Resíduos Do Pgrss

Deverá ser feita licitação para a contratação de empresas para efetuarem a remoção dos resíduos. Para essa atividade deve ser considerado que para a reciclagem de resíduos dos Grupos B ou D serão elaboradas, desenvolvidas e implantadas práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos na legislação, a seguir:

Serão elaborados relatórios semestrais de avaliação do PGRSS identificando a necessidade de melhorias, alterações necessárias, mudanças de procedimentos, entre outros. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe do lixo e de combate às pragas no sentido de avaliar o seu desempenho ambiental, a empresa realizará avaliações periódicas visando garantir sua conformidade com os requisitos legais, seus requisitos corporativos e com as boas práticas ambientais. Os resultados dessas avaliações serão difundidos internamente e para todas as partes interessadas.

Serão elaboradas planilhas referindo a geração mensal de resíduos, tipo de resíduos, classificação, forma e local de armazenamento, destino final, entre outros indicadores.

3.6.6 Tipos De Resíduos Previstos

Os tipos de resíduos serão agrupados da seguinte forma:

- Grupo A: Infectante.
- Grupo B: Químico.
- Grupo D: Resíduo Comum. Grupo
- E: Perfuro cortante.

3.6.7 Grupo A:

3.6.7.1 RESÍDUO INFECTANTE – A1

Culturas e estoques de microrganismos: resíduos de fabricação de produtos biológicos, meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas, resíduos de laboratórios.

Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microrganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde.

Resíduos resultantes da 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 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 (líquor, líquido pericárdico, pleural, articular e amniótico). recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre – SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO.

A segregação se dá próxima ao local de geração. Inscrição do conteúdo: "RESÍDUO INFECTANTE" e simbologia específica (rótulos de fundo branco, com desenho e contornos pretos) nos sacos, lixeiras, contêineres, coletores de transportes internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme NBR 7.500 da ABNT.

3.6.8 Acondicionamento Antes Da Coleta

O acondicionamento de todos os resíduos contaminados é feito em saco branco leitoso.

Os sacos devem ser colocados em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

Os recipientes de acondicionamento, existentes nas salas de cirurgias e nas salas de parto, não necessitam de tampa para vedação.

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

3.6.8.1 ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento externo se dá em:

- Ambiente exclusivo. Grupos A e E podem ser juntos, porém ambos separados do grupo D.
- Na área de armazenamento externo é proibida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes de armazenamento ali estacionados.
- Deverá ser uma sala específica, com pisos e paredes lisas e laváveis. Piso resistente ao tráfego de carros coletores.
- Guarda de no mínimo dois carros de transporte interno.
- Área com identificação: Sala de Resíduos.
- Resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados num período superior a 24 horas de seu armazenamento deverão ser conservados sob refrigeração.

3.6.9 Transporte Externo, Tratamento E Destinação Final

Para o transporte externo carros de carga na cor branca devem ter inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável pelo transporte, de acordo com as normas da NBR 12.810 e NBR 14.652 da ABNT, que é o mesmo procedimento para todos os tipos de resíduos.

Para o tratamento de destinação final deverá ser usado utilizado sistema de incineração e a disposição final das cinzas será feita em aterro sanitário licenciado.

3.6.9.1 GRUPO INFECTANTE - A3

Compreende este grupo peças anatômicas (membros etc.) do ser humano. produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas, estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e do qual não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

3.6.9.2 GRUPO INFECTANTE - A4

Este grupo é composto por kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores. filtros de ar e gases aspirados de área contaminada. membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipo escultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham 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. peças anatômicas não submetidas a processos de experimentação

com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações. bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

3.6.9.3 GRUPO B RESÍDUO QUÍMICO

Serão resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Produtos hormonais e produtos antimicrobianos. citostáticos. anti-neoplásicos. imunossupressores. digitálicos. imunomoduladores. antirretrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos.

Os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.

Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfetantes. Resíduos contendo metais pesados. (não gerados).

Recipientes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

Serão os efluentes de processadores de imagem que constam do grupo B 3.1 os reveladores e do B 3.2 os fixadores.

Agrega os efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.

Possui os demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 da ABNT (tóxicos e/ou inflamáveis): líquidos inflamáveis, formaldeído, gases comprimidos.

São resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente: resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente.

Assim sendo, as características dos riscos destas substâncias serão as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98. A Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (FISPQ) não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos. Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos. As embalagens e materiais contaminados por substâncias químicas que apresentem risco a saúde e ao meio ambiente, devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

3.6.9.4 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação se dá próxima ao local de geração. Devem ser identificados os sacos, os recipientes de acondicionamento, os coletores de transportes internos e externos, os locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, contendo:

Conteúdo (discriminação da substância química e frases de risco).

Simbologia e expressão (Resíduo Químico) específicas do risco associado.

3.6.9.5 O ACONDICIONAMENTO

Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionadas em recipientes individualizados, observados as exigências de compatibilidade química do resíduo entre si, assim como com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem.

3.6.9.6 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

Serão acondicionados em recipientes individualizados. Definido em função do volume de resíduos gerados, fluxos bem definidos em termos de horário, sentido único e fixo, evitando cruzamento com visitas e fluxo maior de pessoas ou atividades. Este serviço é executado por profissional devidamente paramentado e treinado. Os recipientes de transporte não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo.

3.6.9.7 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO INTERNO

No caso de pequenos geradores é desnecessário.

3.6.9.8 ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO EXTERNO

Ficam armazenados no depósito temporário de resíduos recicláveis, acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química entre resíduos e entre estes e a embalagem e, que não permitam vazamentos.

3.6.10 Grupo D Resíduo Comum

São os resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde e ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domésticos, tais como:

- Papel sanitário, fraldas, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestiário, restos alimentares de pacientes.
- Sobras de alimento e do preparo de alimentos (resíduos úteis para compostagem).
- Resto alimentar de refeitório (resíduo sem utilidade). Resíduos de áreas administrativas.
- Resíduos de varrição, flores, podas de árvores e jardins. Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde. Resíduos recicláveis (papel, metal, vidro, plástico).
- Resíduos sem utilidade.

As embalagens secundárias (de quaisquer medicamentos ou produtos médico-hospitalares, frascos plásticos de soro e frascos de vidros ou plásticos de medicamentos ou de outro produto farmacêutico), desde que não contaminadas por produto químico, devem

ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

3.6.10.1 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Pode ser segregado distante do local de geração. A Inscrição do conteúdo, cor e simbologia específica de materiais recicláveis nos sacos, lixeiras, carros coletores de transporte internos e externos, nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, conforme Resolução CONAMA 275/2001. A cor azul para papéis, metais, vidros e plásticos e cor preta para resíduos orgânicos. Para o hospital sugerimos padronização dos carros coletores de cor branca, trocando somente a simbologia para resíduo reciclável.

3.6.10.2 ACONDICIONAMENTO

O acondicionamento deve se feito em:

- Sacos impermeáveis nas diferentes cores, colocados em recipientes identificados.
- Lixeiras com simbologia diferente para cada tipo de resíduo.
- Carros.
- Locais de armazenamento interno junto com os demais resíduos e externo separados dos demais resíduos.

3.6.10.3 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos sacos quando atingir 2/3 da capacidade sendo feita a coleta duas vezes por dia. Os carros de transporte serão de cor branca identificado com simbologia para resíduos recicláveis, de material lavável, rígido, impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo, cantos arredondados e rodas revestidas de material que reduza o ruído. recipientes com mais de 400 litros devem possuir válvula de dreno no fundo. O trajeto para o translado deve ser de revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, permitindo livre acesso dos carros coletores.

3.6.10.4 ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O armazenamento interno temporário deve ser feito em:

- Locais de armazenamento interno serão junto dos demais resíduos.
- Locais de armazenamento externo, separados dos demais resíduos.
- Coletores internos de material lavável, resistente, com tampa-pedal e cantos arredondados.

3.6.10.5 ARMAZENAMENTO EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

Deve ser armazenado em ambiente exclusivo, conforme descrito para os resíduos químicos. No tratamento de destinação final os recicláveis serão destinados à venda e encaminhados para a reciclagem. Resíduos como compostagem, flores, podas de árvore,

jardinagem, sobras de alimento de refeitórios e de outros, desde que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou fluído corpóreo serão encaminhado para aterro sanitário urbano.

3.6.11 Grupo E Resíduo Perfuro Cortante

Os materiais perfuro cortantes como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, brocas, pontas diamantadas, lancetas,

tubos capilares, micropipetas, lâminas, espátulas e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de petri) e outros similares contaminados com material biológico.

3.6.11.1 SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação ocorre próxima ao local de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá- las ou proceder à sua retirada manualmente. Os recipientes de coleta devem conter na identificação:

Inscrição: Resíduo perfuro cortante

Símbolo internacional de risco biológico com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, conforme NBR 7500 da ABNT.

3.6.11.2 COLETA E TRANSPORTE INTERNO

O recolhimento dos recipientes quando atingir 2/3 da capacidade ou o nível do preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente. É proibido o esvaziamento ou o reaproveitamento dos recipientes de acordo com a RDC 306 e encaminhados ao estabelecimento de referência. O transporte interno nos mesmos recipientes e seguem as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

3.6.11.3 ARMAZENAMENTO INTERNO TEMPORÁRIO

O Armazenamento Interno Temporário é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados.

3.6.11.4 TRATAMENTO

Não necessitam de tratamento.

3.6.11.5 ARMAZENAMENTO EXTERNO

O armazenamento interno é feito nos mesmos recipientes, local e segue as mesmas recomendações dos resíduos contaminados. Os Grupos A e E podem

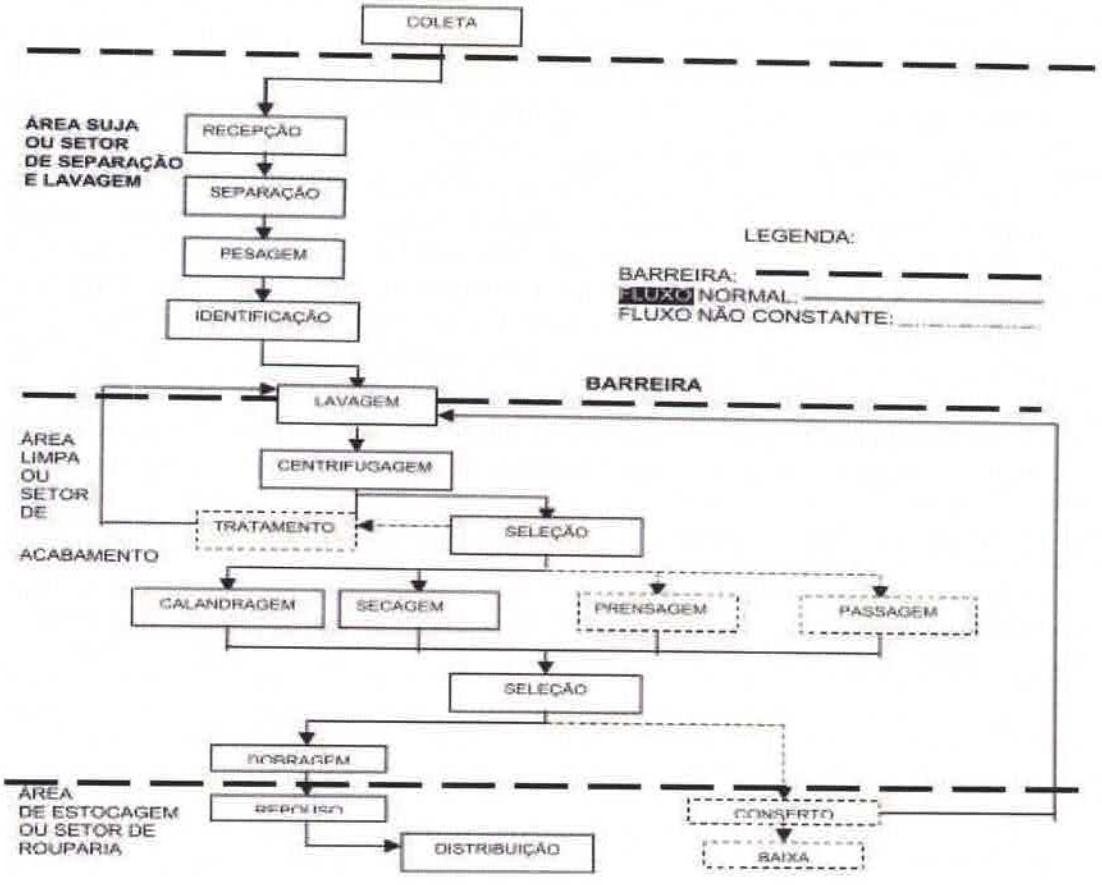
estar juntos, os demais grupos deverão ser armazenados em áreas separadas. Deve estar em conformidade com a Resolução CONAMA 283/2001.

CRITÉRIOS PARA ARMAZENAMENTO EXTERNO

Área de ser identificada de uso restrito com área mínima de 4m2, com largura mínima de 2 metros para que permita manobra simples de pelo menos dois carros de coleta. Deve ser de alvenaria e coberto com material adequado em local afastado do corpo da edificação. O piso e paredes revestidos de material liso, resistente, lavável e impermeável, preferentemente branco e rejuntado. Tem de dispor de torneira baixa para lavagem de pisos e paredes. pias para a lavagem das mãos. tomada elétrica. piso com caimento em direção a canaletas de escoamento direcionadas para ralo sifonado, ligado à rede de esgoto e dotado de dispositivo de fechamento. porta abrindo para fora, com proteção inferior (tela) contra acesso de vetores, identificada com expressões de manter sempre fechada, acesso exclusivo de funcionários responsáveis pelo serviço e nome e simbologia do tipo de resíduo e, larga o suficiente para permitir a passagem de carros de coleta. O acesso exclusivo de funcionários do setor deverão receber lavagem e desinfecção ao fim de cada fluxo. Deve conter um freezer com capacidade para sete dias de geração.

3.6.11.6 TRANSPORTE EXTERNO E DESTINAÇÃO FINAL

O transporte externo deve ser feito em carros com recipiente de carga na cor branca, inscrição e símbolo de "RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE", nome do município e da empresa responsável:


COLETA
ÁREA SUJA OU SETOR DE SEPARAÇÃO E LAVAGEM
RECEPÇÃO
SEPARAÇÃO
PESAGEM
IDENTIFICAÇÃO
LEGENDA:
BARREIRA:
FLUXO NORMAL:
FLUXO NÃO CONSTANTE:
BARREIRA
LAVAGEM
ÁREA LIMPA OU SETOR DE ACABAMENTO
CENTRIFUGAGEM
TRATAMENTO
SELEÇÃO
CALANDRAGEM
SECAGEM
PRENSAGEM
PASSAGEM
SELEÇÃO
DOBRAGEM
ÁREA DE ESTOCAGEM OU SETOR DE ROUPARIA
REPARO
CONSERTO
DISTRIBUIÇÃO
BAIXA

SEGREGAÇÃO
ACONDICIONAMENTO
IDENTIFICAÇÃO
TRANSPORTE INTERNO
ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO
TRATAMENTO
ARMAZENAMENTO EXTERNO
COLETA E TRANSPORTE EXTERNO
DESTINO FINAL

3.6.12 Plano De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde (Pgrss)

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	**SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**		
	PLANO		
	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (PGRSS)		
	PLN.SGRSS.001	Revisão 008	Vigência: 10/11/2024

1.APRESENTAÇÃO

As inovações tecnológicas geradas pela inteligência humana, apesar de representarem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando não monitoradas de forma apropriada. Em razão disso, a qualidade do atendimento à população está inerentemente relacionada à monitoração desses riscos (BARCELOS, 2005). Este manual tem como propósito básico discorrer de forma simples e coesa a implantação de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde em um Estabelecimento Assistencial de Saúde, no caso, o Hospital de Urgência de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

Consideramos que o PGRSS se preste como instrumento multiplicador, para que logremos êxito na minimização de geração de resíduos e possibilitar um manejo seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

2.SIGLAS

ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANTT- Agência Nacional de Transportes Terrestres

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ART - Anotação de Responsabilidade Técnica

CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear

CCEN – Centro de Ciências Exatas e Naturais

CGRSS – Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde

CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente

ECP - Equipamento de Controle de Poluição

EPC - Equipamento de Proteção Coletiva

EPI - Equipamento de Proteção Individual

FISPQ - Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos

NBR - Norma Brasileira Registrada

NE - Norma Nuclear

NR - Norma Regulamentadora PEAD - Polietileno de alta densidade

PGGR - Plano Geral de Gerenciamento de Resíduos

PGR - Plano de Gerenciamento de Resíduos

PGRP - Plano de Gerenciamento de Resíduos Perigosos

PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

PNRS - Política Nacional de Resíduos Sólidos

PNSB - Política Nacional de Saneamento Básico

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RSS - Resíduos de serviços de saúde

RSU - Resíduos sólidos urbanos

SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

SGRSS - Serviço de Gerenciamento de Resíduos dos Serviço de Saúde

GRSS - Gerenciamento de Resíduo dos Serviço de Saúde

SISNAMA - Sistema Nacional de Meio Ambiente

SS Serviços – Empresa Terceirizada que prestam o Serviço de Higienização do HUGO

3. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Resíduos Sólidos – PNRS, instituída pela Lei 12.305 entrou em vigor no dia 02 de agosto de 2010 e sem dúvida, representa um grande avanço nas atividades relacionadas aos resíduos sólidos. É um marco regulatório nacional que disciplina o gerenciamento dos resíduos, aponta condições de acesso a fontes de recursos federais e define as diretrizes gerais a serem seguidas por todos os entes federativos na busca pela melhoria do panorama nacional. A PNRS tem como um grande desafio a recuperação de mais de duas décadas de atraso das práticas adotadas para o gerenciamento de resíduos sólidos no país, a partir de estratégias que viabilizem a agregação de valor aos resíduos, propiciando a inclusão social, bem como delineando o papel dos Estados e Municípios na gestão de resíduos sólidos (Lei 12.305, 2010; FERREIRA, 2014).

Os Resíduos deServiço de Saúde (RSS) ocupam um lugar de destaque, pois merecem atenção especial em todas as suas fases de manejo (segregação, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final), em decorrência dos imediatos e graves riscos que podem oferecer por apresentarem componentes químicos e biológicos (FERREIRA, 2014).

Os RSS apresentam riscos à saúde e ao meio ambiente decorrentes de um manejo inadequado. Qualquer equívoco, pode gerar risco as pessoas que estão envolvidas diretamente no manejo desses resíduos, em especial aos trabalhadores relacionados com a limpeza e coleta (CAFURE; GRACIOLLI, 2014)

Certa incompreensão sobre o assunto, traz consequências, levando os resíduos a serem ignorados ou que recebam um tratamento com excesso de zelo, onerando ainda mais, os já combalidos recursos das instituições hospitalares. A incineração total do lixo hospitalar é um típico exemplo de excesso de cuidados, sendo ainda nesse caso, uma atitude politicamente incorreta devido aos subprodutos lançados na atmosfera como dioxinas e metais pesados (LEN, 2007).

As prioridades da gestão integrada de RSS são a não produção e a minimização da produção, visando sempre a reciclagem e o reaproveitamento desses resíduos, chamados de 3 R's, diminuindo os efeitos negativos sobre o meio ambiente e saúde (UNIFESP, 2021).

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC222/2018 da ANVISA, o gerenciamento dos RSS é formado por um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados em bases científicas e legais procurando diminuir a produção de resíduos e propiciando o encaminhamento seguro a esses RSS. Sendo assim, é descrito pela RDC 222/2018, que "todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), baseado nas características e classificação dos resíduos gerados, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS".

PGRSS é o documento integrante do processo de licenciamento ambiental, baseado nos princípios da não geração de resíduos e na minimização da geração de resíduc que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, no âmbito dos serviços a todos os serviços relacionados ao atendimento à saúde humana ou animal, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente (RESOLUÇÃO CONAMA 358, 2005).

O PGRSS do Hospital de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), fornece as diretrizes para o adequado manejo dos Resíduos, embasado nas resoluções RDC 222/2018 da ANVISA e CONAMA 358/2005. Constitui uma importante ferramenta de gestão com objetivo de minimizar a produção de resíduos, planejar o manuseio

seguro, visando à proteção dos colaboradores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

A atual administração doHUGO acredita que a implantação de normas e protocolos, cumpre não somente a fins burocráticos de licenciamento, mas principalmente, a adequação da padronização das rotinas inerentes aos processos do cuidado em saúde. Dessa maneira, apresenta o PGRSS para assegurar que o manuseio e disposição final dos RSS gerados na instituição e que sejam implementados com responsabilidade e segurança, além de se adequar às legislações vigentes.

4. POLÍTICAS DE GESTÃO AMBIENTAL

A gestão ambiental é um conjunto de ações ordenadas, bem como tomadas de decisão com o propósito de preservar o meio ambiente e garantir o desenvolvimento sustentável do planeta. A política de gestão ambiental institucional, apresenta as intenções e princípios gerais de uma organização em relação ao seu desempenho ambiental, conforme formalmente expresso pela alta administração. Através de sua política de gestão ambiental, esta instituição espera desenvolver atividades baseadas em princípios de sustentabilidade, a fim de minimizar seus impactos e colaborar com o desenvolvimento e a preservação ambiental. Dessa forma estima atingir excelência no seu desempenho ambiental em conformidade com a legislação vigente através da melhoria contínua em todas as unidades que esta instituição atua.

5. DIRETRIZES DA POLÍTICA DE GESTÃO AMBIENTAL

O HUGO se compromete a seguir as seguintes diretrizes:

5.1. GESTÃO

- Atender e promover as políticas e legislações ambientais nacionais vigentes aplicáveis;

- Elaborar e aplicar o PGRSS a fim de evitar e/ou minimizar o impacto nos compartimentos ambientais: solo, bacias hidrográficas, vegetação e atmosfera;

- Implementar um programa de manejo de resíduos recicláveis;

- Minimizar as emissões de gases poluentes ao meio ambiente;

- Minimizar os impactos dos efluentes ao meio ambiente;

- Estimular ações de conscientização para preservação e conservação do meio ambiente com foco na sustentabilidade tais como redução do consumo de papel, desperdício de água, energia e insumos;

- Utilizar saneantes biodegradáveis;

- Dar preferência a prestadores de serviço e/ou produtos que tenham evidência de compromisso ambiental;

- Desenvolver suas atividades, visando diminuir a geração de resíduos;

- Não utilizar ou evitar o uso de produtos/equipamentos que danifiquem a camada de ozônio (CFCs, HCFCs, HBFCs, Halon e bromoclorometano).

5.2. MELHORIA CONTÍNUA

- Assegurar a incorporação de práticas e processos que visem à saúde e segurança ocupacional dos colaboradores nas atividades da empresa;

- Implementar programas de treinamento e capacitação que conduzam à adoção de comportamentos seguros, saudáveis e de respeito ao meio ambiente;

- Adotar os procedimentos descritos no PGRSS;

- Realizar atualização do PGRSS bianualmente;

- Incorporar a participação dos colaboradores e suas opiniões no processo de melhoria da Gestão Ambiental;

-Conscientização e capacitação dos colaboradores quanto às suas responsabilidades com o meio ambiente para que atuem na conservação e na busca de melhorias contínuas.

5.3.COMUNICAÇÃO

Utilizar dos meios de comunicação disponíveis, para realizar educação ambiental, compartilhando as informações das ações e atividades desenvolvidas para a preservação do meio ambiente.

6. OBJETIVOS

6.1.OBJETIVOS GERAIS

Proteger a saúde pessoal e a sanidade do meio ambiente, garantindo que os RSS, entre outros, tenham uma adequada disposição final de seus rejeitos e uma eficiente aplicabilidade, ordenados pela RDC 222/2018, CONAMA 358/2005.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo de RSS;
- Definir as medidas de segurança e de saúde para o colaborador do HUGO, garantindo a integridade física das pessoas direta e indiretamente envolvidas no gerenciamento de resíduos e a preservação do meio ambiente;
- Minimizar a geração de resíduos e proporcionar a eles um encaminhamento e uma destinação final eficiente e segura;
- Identificar os tipos de resíduos gerados por Setor do HUGO;
- Agrupar as categorias de resíduos, em função dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, conforme propõe a Resolução RDC nº. 222 de 28 de março de 2018;
- Propor estratégias de segregação dos RSS, na fonte de geração, de acordo com a classificação adotada;
- Minimizar a produção de resíduos, proporcionando aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente;
- Padronizar as formas de acondicionamento dos RSS de acordo com suas características e as normas técnicas apresentadas pela Resolução nº 222, supracitada;
- Implementar a política dos 3 R's, reutilizar, reprocessar, reciclar;

- Estabelecer critérios de coleta e transporte interno dos resíduos até o abrigo externo, de forma a garantir a movimentação planejada dos RSS nas áreas de circulação do estabelecimento de saúde;
- Definir o processo de tratamento prévio dos resíduos infectantes, de forma a controlar os riscos e facilitar o gerenciamento externo e interno dos RSS;
- Proporcionar adequado armazenamento dos RSS até a coleta externa;
- Determinar normas, rotinas e protocolos para adequado gerenciamento dos resíduos destinados à reciclagem;
- Estabelecer medidas de prevenção à saúde ocupacional;
- Minimizar os riscos associados às atividades do serviço de saúde;
- Prevenir infecção cruzada e acidentes ocupacionais;
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir a quantidade e gerenciar adequadamente os resíduos perigosos a saúde (Infectante e Químico);
- Ampliar e estimular a coleta de resíduos recicláveis;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;
- Estimular mudança de comportamento e atitude dos colaboradores do HUGO por meio de treinamentos continuados;
- Conscientizar e sensibilizar o profissional sobre a importância do destino correto dos resíduos;
- Implementar e estimular a logística reversa das lâmpadas fluorescentes e pilhas.

7. APLICAÇÃO

Hospital de Urgências de Goiás - Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

7.1. CARACTERÍSTICAS DO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE GERADORA DE RSS	
Razão Social:	Secretaria de Estado da Saúde
Nome Fantasia:	Hospital de Urgência de Goiás – Dr. Valdemiro
Tipo de Estabelecimento	Hospital Geral/ Unidade auxiliar de ensino
Localização:	Primeira Radial esquina Quinta Radial S/N
Ano de fundação	1991
Propriedade	Pública
Município - UF	GOIÂNIA – GO

CEP:	74.820-200
CNES	2338262
Horário de funcionamento	24 horas
Responsável Legal	Francisco Pereira Borges
Condição de funcionamento	Em atividade
Inscrição Estadual	Isento
Telefones/Fax:	(62) 3201-4420
Webpage	https://hugo.org.br/
Área Total Construída	20.564,42 m²
Área Total do Terreno	28.542.00 m²
Número de pavimentos	06

Quadro 001 Dados de identificação da unidade geradora de RSS.

7.2. IMAGEM DE SATÉLITE DO HUGO

Foto 001 Fonte: Google Maps.

8. CONCEITOS BÁSICOS SOBRE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

8.1. RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE (RSS)

O termo resíduos de serviços de saúde inclui todos os resíduos gerados em estabelecimentos de saúde, centros de pesquisa elaboratórios relacionados a procedimentos médicos (OMS, 2014).

8.2.CLASSIFICAÇÃO DOS RSS

Os RSS são classificados em cinco grupos, de acordo com a característica principal do resíduo e potencial de risco. De acordo com a RDC nº 222/2018 e a CONAMA nº 358/2005 os resíduos são classificados em:

Grupo A - Os resíduos do grupo A são os resíduos que possivelmente têm a presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência (capacidade de um vírus ou bactéria de se multiplicar dentro de um organismo, provocando doença) ou concentração, podem apresentar riscos à saúde pública e ao meio ambiente. O Grupo A está representado pelos subgrupos A1, A2, A3, A4 e A5, descritos a seguir:

A1 - Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;

- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, 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 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 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológicos ou confirmação diagnóstica.

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 havido requisição pelo paciente ou 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 príons.

- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos

Grupo B - Os resíduos deste grupo apresentam substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

Grupo C - Os resíduos pertencentes ao grupo C, denominados rejeitos radioativos, são materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. Esse grupo de resíduos não é produzido no HUGO, pois em nosso serviço os equipamentos são automatizados.

Grupo D - Os resíduos do grupo D são aqueles que se assemelham aos resíduos gerados em uma residência, tais como papel, garrafas de água mineral e refrigerantes, peças descartáveis de vestuário, material utilizado em antissepsia hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1; 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, papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, entre outros.

Grupo E - Os resíduos do grupo E são aqueles que apresentam materiais perfurantes, cortantes e abrasivos, 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, entre outros.

8.3. O PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O PGRSS aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos de saúde, que correspondem às 09 (nove) fases de manejo dos Resíduos de Saúde: segregação, acondicionamento, identificação, coleta interna, armazenamento temporário, armazenamento externo, transporte externo, tratamento e disposição final (FERREIRA, 2014). Leva-se em consideração as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes. O planejamento deve ser realizado em conjunto com todos os setores, especificando as responsabilidades e obrigações de cada um.

8.4. MANEJO

O manejo é compreendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as etapas como segregação, tratamento, acondicionamento, identificação, coleta interna, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta externa, transporte externo e disposição final.

8.5. SEGREGAÇÃO

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e no local de sua geração, levando em consideração as suas características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. Esta etapa envolve todos os profissionais da instituição, e objetiva não só apenas reduzir a quantidade de resíduos com risco biológico, mas também criar uma cultura organizacional de segurança e do não desperdício com a reutilização de alguns resíduos.

8.6. TRATAMENTO INTERNO

Aplicação de métodos, técnicas ou processos que diminuam ou extermine os riscos de contaminação dos RSS, objetivando evitar danos ocupacionais ou ao meio ambiente.

8.7. ACONDICIONAMENTO

É o ato de embalar, ensacar ou engarrafar os resíduos gerados. Sua principal função é isolar os resíduos do meio externo, evitando contaminação e mantendo afastados os vetores.

8.8. IDENTIFICAÇÃO

A identificação dos RSS pode ser por simbologia universal, código de cores e a escrita do risco de acordo a cada grupo pertencente. Permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações sobre que tipo de resíduo está segregado e acondicionado naquele saco e/ou recipiente.

8.9. COLETA INTERNA E TRANSPORTE INTERNO

Consistem na retirada e na movimentação dos resíduos no estabelecimento, ou seja, o translado dos resíduos do ponto de geração até o local destinado ao

armazenamento temporário ou externo com a finalidade de apresentação para coleta. Esse serviço é realizado de acordo com roteiro e horários previamente definidos para não coincidir com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita e ainda, separadamente em carros coletores específicos a cada grupo de resíduos. Este transporte tem como objetivo a coleta planejada dos RSS nas áreas do hospital, sem oferecer riscos à saúde dos servidores e da população.

8.10. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO

Local para onde são encaminhados os resíduos devidamente acondicionados, após a Coleta Interna I. Possuímos um abrigo temporário de resíduos em cada andar, sala provida de contêineres para acondicionar, onde a permanência dos mesmos é por um curto período de tempo de fácil acesso para o sistema de coleta e transporte pelas rampas com a retirada para área externa. A cada coleta de resíduo esse abrigo passa por uma higienização que é evidenciado pelo FOR.COPE.029 "Registro de higienização do abrigo externo ou temporário de resíduos, contêiner e carros coletores" que é efetuado pelo serviço de higienização e limpeza do hospital. São providas de porta para a contenção de gases que no processo de decomposição são gerados pelos resíduos.

8.11. ARMAZENAMENTO EXTERNO OU ABRIGO DE RSS

Consiste no local destinado ao depósito de resíduos de acordo com cada grupo pertencente. O HUGO conta com dois (02) abrigos externos para o grupo de "Infectantes", um (01) de "Recicláveis", um (01) de "Químicos" um (01) de "Comum/Orgânico" e outro para higienização exclusiva de contêineres, carros de coleta e lixeiras. Os abrigos possuem identificações com a simbologia universal e a sua descrição com o nome de cada grupo, o acesso é restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos e os profissionais da coleta, ainda tem fácil acesso para o acondicionamento dos recipientes, transportes e para os veículos coletores.

8.12. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

É a retirada e translado dos resíduos do armazenamento externo até o local de tratamento, realizado pela empresa responsável por esse processo aos grupos que

necessitam de tratamento, ou se for o caso aos grupos que não necessitam, direto para a disposição final e ou destinação ambientalmente correta dos resíduos.

8.13. TRATAMENTO EXTERNO

Aplicação de métodos, técnicas ou processos que reduzam ou eliminem os riscos de contaminação dos resíduos de serviços de saúde, evitando assim, danos ocupacionais ou ao meio ambiente. Na maioria das vezes os RSS sofrem processo de incineração ou autoclavagem para redução ou eliminação dos riscos.

8.14. DISPOSIÇÃO FINAL

Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a resolução CONAMA 237/97, este local consiste no aterro de classe I (resíduos perigosos), ou aterro de classe II (resíduos não perigosos), para a disposição de cada grupo de resíduo.

9. FLUXOGRAMA MANEJO DOS RESÍDUOS CONTEMPLA E SUAS ETAPAS:

Figura 002 Fluxograma manejo de resíduos.

10. DESCRIÇÃO DA INSTITUIÇÃO GERADORA DE RSS

10.1. SITUAÇÃO

A instituição encontra-se em funcionamento desde dezembro de 1991 e apresenta este PGRSS, com solicitação de Licença Ambiental Simplificada, em trânsito, sob Processo nº 90339095, junto à Agência Municipal do Meio Ambiente – AMMA.

10.2. ATIVIDADE

O Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO tem como principal atividade o atendimento médico de urgência e emergência traumática hospitalar.

10.3. ÁREAS

Área total de terreno: 28.542.00 m²;

Área total construída: 20.564.42 m²

Pavimentos ou setores			
Subterrâneo: 00	*Térreo: 02*	*Elevado: 04*	*Total: 06*

Discriminação				
Pavimento ou setor	*Área construída*	*Pé direito*	*Utilização*	*Lotação*
Térreo 02	*3228,41 m ²*	*4,55 m*	*Lavanderia/Nutrição*	*315*
Térreo	*5609,87 m ²*	*4,55 m*	*Administrativo/Consultórios/Exames*	*535*
1º Pavimento	*3446,91 m²*	*3,65 m*	*Enfermaria/ salas de cirurgia*	*255*
2º Pavimento	*1575,79 m²*	*4,55 m*	*Enfermarias*	*123*
3º Pavimento	*1941,17 m²*	*4,55 m*	*Enfermarias*	*131*
4º Pavimento	*1941,17 m²*	*4,70 m*	*Enfermarias*	*132*
Barrilete	*440,10 m²*	*2,04 m*	*Barrilete*	-
Casa de máquinas	*145,45 m ²*	*2,04 m*	*Bombas*	-
Serviços de Apoio - Térreo	*793,84 m²*	*3,79 m*	*Administração/ Auditório*	*199*

Serviços de Apoio – Pav. Superior	*837,29 m²*	*3,28 m*	*Administração/ Salas de aula*	*198*
Serviços de Apoio – 2º Pav.	*604,42 m²*	*3,28 m*	*Administração/ Salas de aula*	*135*
Total	*20.564.42*			

Quadro 002 Pavimentos e setores Fonte: Walter e Athos Arquitetos.

11. EMPRESAS PRESTADORAS DE SERVIÇOS À INSTITUIÇÃO

RECOL AMBIENTAL	
Razão Social:	Recol Ambiental Coleta E Tratamento De Resíduos Ltda.
Nome Fantasia:	Recol Ambiental
CNPJ:	73.797.383/0001-44
Endereço:	Avenida das Palmeiras, Quadra 34, Lote 50/51, Jardim dos Buritis, Aparecida de Goiânia/ GO, CEP 74.923-590.
Responsável:	Lorran Felipe Ritter Campos
Descrição da prestação de serviço	Presta o serviço de coleta, transporte, tratamento e destinação final dos resíduos sólidos de saúde gerados na dependência do HUGO, grupos A, B, D e E.

Quadro 003 Fonte: Recol Ambiental.

TOP SERVICE/PREDIAL	
Razão Social:	TOP SERVICE SERVIÇOS E SISTEMAS S/A
Nome Fantasia:	PREDIAL
CNPJ:	73.797.383/0001-44
Endereço:	Avenida Miguel Frias e Vasconcelos, nº 1205, Andar 1, Jaguaré, São Paulo/SP, CEP 05.345-000.

Responsável:	Artur Eloy Chagas de Oliveira e Adriano Macedo da Fonseca
Descrição da prestação de serviço	Realiza a higienização de toda a unidade hospitalar e coleta os resíduos internos e acondiciona-os nos abrigos externos.

Quadro 004 Fonte: TOP Service.

ALVO DEDETIZADORA E DESENTUPIDORA	
Razão Social:	Alvo Serviços de Dedetização Eireli
Nome Fantasia:	Alvo Prestadora de Serviços
CNPJ:	30.972.943/0001-47
Endereço:	Rua 03, Qd 001 lt 0001 Vila Real - Aparecida de Goiânia - Go.
Responsável:	Vitória Cavalcante Queiroz.
Descrição da prestação de serviço	Responsável pela dedetização da unidade hospitalar, combatendo o controle de roedores e vetores, reduzindo e realizando o controle de disseminação de doenças. Realiza também a higienização e tratamento das caixas d' água.

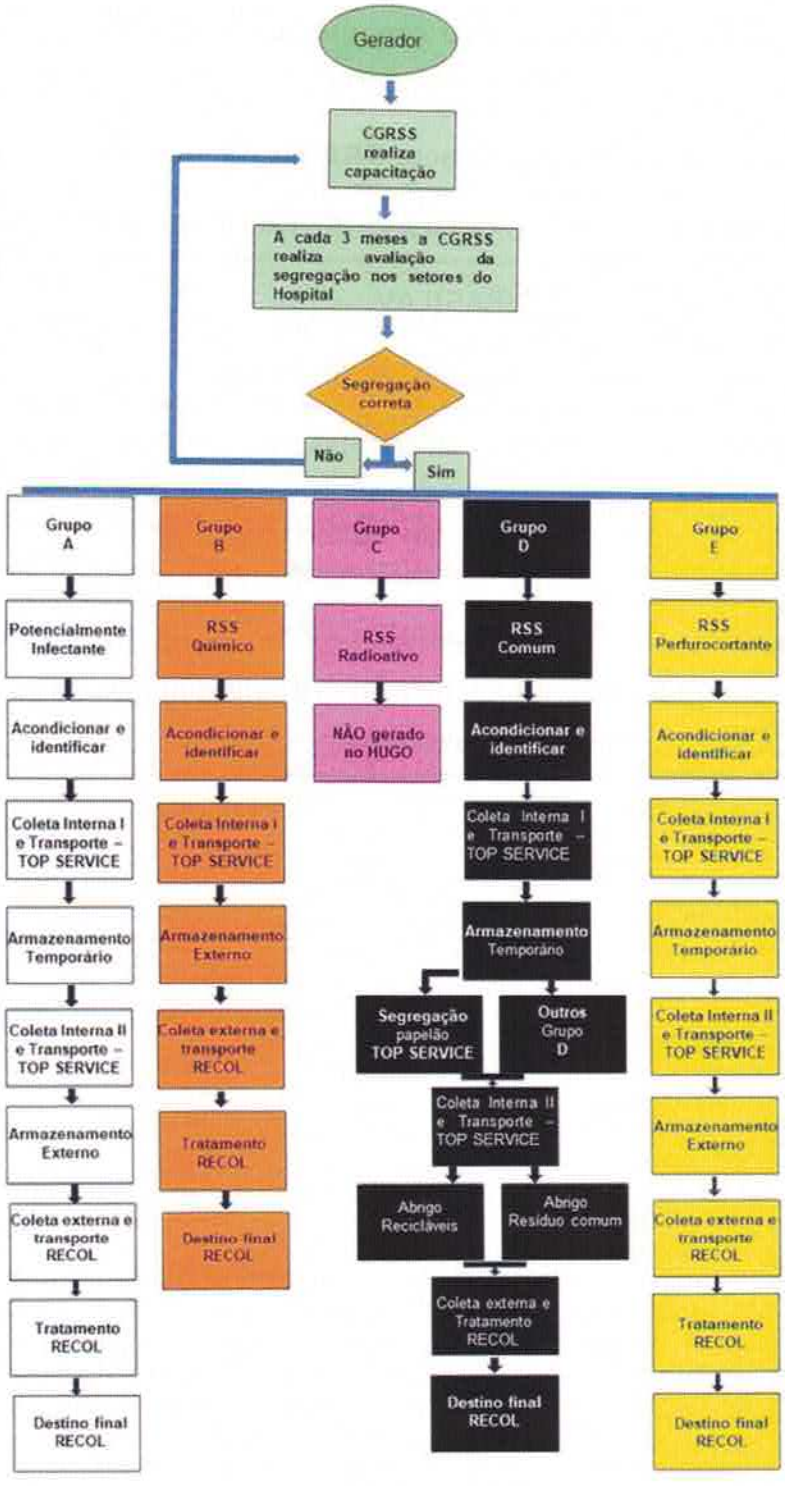
Quadro 005 Fonte: Alvo Dedetizadora.

LG RESTAURANTE	
Razão Social:	LG RESTAURANTE E COMERCIO DE ALIMENTOS EIRELI
Nome Fantasia:	LG RESTAURANTE
CNPJ:	32.158.683/0003-68
Endereço:	Rua Diony Gomes P. Da Silva, s/n, quadra 22 lote 03, Jaraguá-GO, CEP: 76.330-000

Responsável:	Leonardo Caldas Scardua
Descrição da prestação de serviço	Responsável pela nutrição hospitalar obedecendo a prescrição médica e patológica de todos os clientes e colaboradores.
Quadro 006 Fonte: LG Restaurante.**BRASILAV**	
Razão Social:	BRASILAV GESTÃO E HIGIENIZAÇÃO DE TÊXTIL
Nome Fantasia:	BRASILAV
CNPJ:	21.564.545/0001-09
Endereço:	Rua Elísio Mesquita nº 314 – Pirajá, Salvador – BA, CEP 41.295-360
Responsável:	Maria Aparecida Moura de Magalhães
Descrição da prestação de serviço	Lavanderia e hotelaria hospitalar, responsável pela higienização e distribuição das roupas e enxovais hospitalares.

12.FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE MANEJO INTEGRADO

13. IDENTIFICAÇÃO DAS FONTES DE GERAÇÃO



O Hospital de Urgências de G Goiás os resíduos são divididos de acordo com a RDC ANVISA nº 222/18 e CONAMA nº 358/05, conforme descrito abaixo.

14. SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO E IDENTIFICAÇÃO

A segregação consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração é considerado como a linha mestra de todo o processo, pois uma vez segregado de forma errada, todo o processo manejo dos resíduos será afetado, tornando e intensificando assim os riscos existentes.

O acondicionamento é o ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de ruptura e a identificação possibilita o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Independente do porte dos resíduos, a segregação será realizada no local de geração. Para tanto, em cada uma das salas tanto no setor administrativo ou onde realize assistência à saúde, estarão disponíveis recipientes identificados, para receber separadamente cada tipo de resíduo gerado e com capacidade volumétrica mínima para acumular o lixo gerado, em um período de pelo menos quatro horas. Estes recipientes serão guarnecidos internamente por sacos plásticos que atendam às normas NBR-9.190, NBR- 9.191 da ABNT e Resolução 275/01 do CONAMA e todas as identificações deverão estar de acordo com a NBR-7500 da ABNT, para execução dessas etapas serão observadas as seguintes disposições:

GRUPO A - RESÍDUOS POTENCIALMENTE INFECTANTES

Todos os resíduos com a possível presença de agente biológico, serão segregados e acondicionados em recipientes de cor branca, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento devidamente identificados com o adesivo específico para este fim, será revestido de saco branco leitoso que conterá toda a identificação do risco com a simbologia universal e descrição do risco existente, de acordo com as especificidades de cada subgrupo.

SUBGRUPO A1

Os resíduos provenientes do laboratório, culturas e estoques de microrganismos, remanescentes de fabricação de resíduos biológicos e das campanhas de vacinação serão acondicionados em sacos para autoclave e submetidos a tratamento por autoclavagem, conforme protocolo interno, para redução da carga microbiana/descontaminação. Após esse processo, os sacos que contém os resíduos serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo de substância infectante.

As bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, seguirá POP.ATRA.003 01 "Segregação dos resíduos próprios da agência transfusional" elencados: bolsas transfusionais, contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta, serão armazenadas na câmara de conservação específica para descarte de hemocomponentes, até a coleta interna para descarte das bolsas, essas serão acondicionados em saco vermelho com a descrição do risco biológico e simbologia universal e encaminhadas para RECO., onde passará pelo tratamento que é o processo de autoclavagem, para redução da carga microbiana/descontaminação. Caso haja geração de resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 5, 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, os mesmos serão submetidos ao tratamento prévio para diminuição da carga microbiana

SUBGRUPO A3

As peças anatômicas serão registradas e encaminhadas para o necrotério onde serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, as "PEÇAS ANATÔMICAS" serão guarnecidos internamente por sacos vermelhos, identificados pelo símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "RESÍDUO INFECTANTE". As peças são mantidas refrigerados no necrotério, devido ser resíduo de fácil putrefação, a coleta é realizada pela RECOL de acordo a demanda, épreenchido um formuláriocom o nome do paciente, qual peça anatômica deu entrada no necrotério e demais informações pertinentes para o controle do SGRSS, uma cópia é arquivada quando encaminhado a incineração pela empresa RECOL, para controle e fiscalização.

SUBGRUPO A4

Os resíduos do Subgrupo A4 dispensam tratamento prévio à disposição final. Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", guarnecidos internamente por saco branco leitoso que evite vazamento e resistente às ações de ruptura e punctura, que serão substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade, ou, pelo menos, uma vez a cada 24 horas, e identificados pelo símbolo universal de substância infectante.

SUBGRUPO A5

Serão acondicionados em recipientes identificados com o símbolo de substância infectante, acrescidos da inscrição "INFECTANTE", exclusivos para esses resíduos, guarnecidos internamente por dois sacos de cor vermelha, que serão substituídos após cada procedimento, identificados pelo símbolo de substância infectante, de acordo com a NBR-7500 daABNT e encaminhados ao sistema de incineração para tratamento e posterior disposição final.

Seguem imagens dos acondicionamentos e identificações do grupo de Resíduos "infectantes" no HUGO:

Figura 004 Identificação de resíduo infectante.

GRUPO B - RESÍDUOS QUÍMICOS

ABNT NBR 14725 define os termos empregados no sistema de classificação de perigo de produtos químicos, na rotulagem de produtos químicos perigosos e na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ). Serão acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados através do símbolo de risco associado ao código de cores, e com discriminação de substância química e frases de risco de acordo com a NBR 7500 da ABNT e CONAMA 275/2001.

Os setores específicos já possuem disponibilidade desta lixeira, para o acondicionamento dos resíduos químicos ex: laboratório, sala de imagem, farmácia e postos de enfermagem.

Figura 005.

Identificação de resíduo químico.

GRUPO D - RESÍDUOS COMUNS

São resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Serão acondicionados em recipientes usando código de cores e suas correspondentes nomeações, conforme descrito abaixo, de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e resistente ao tombamento guarnecidos internamente por sacos plásticos de cor preta.

SUBGRUPO D1

Serão acondicionados de acordo com as orientações dos serviços de limpeza urbana do município, em recipientes identificados com o símbolo dos resíduos comum e acompanhado da inscrição "COMUM". Ex: papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, restos alimentares.

Figura 006Identificação de resíduo comum.

SUBGRUPO D2

Os resíduos do grupo D recicláveis, referentes a vidro, plástico, papel e metal, serão destinados à reciclagem ou à reutilização. A identificação será feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e su correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.

Figura 007Símbolo mundial da reciclagem.

Azul: papéis	**Vermelho: plástico**
Amarelo: metais	**Marrom: resíduos orgânicos**
Verde: vidros	**Cinza: Não recicláveis**

Quadro 008 Identificação de material reciclável por sistema de cores.

Dentro desse grupo encontra-se os resíduos recicláveis, um caminho para a solução dos problemas relacionados ao lixo é apontado pelo Princípio dos 3R's - Reduzir, Reutilizar, Reciclar. Fatores associados com estes princípios devem ser considerados, como o ideal de prevenção e não-geração de resíduos, somados à adoção de padrões de consumo sustentável, visando poupar os recursos naturais e conter o desperdício (Ministério do Meio Ambiente, 2008).

- Reduzir- o consumo desnecessário e irresponsável.

- Reutilizar- encontrar um novo uso.

- Reciclar- transformar em novas propostas de utilização.

Figura 008Identificação de material reciclável.

GRUPO E – RESÍDUOS PERFUROCORTANTES

Serão descartados separadamente, nos respectivos locais de geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em caixas de material rígido, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados com o símbolo internacional de risco biológico e risco químico acrescido da inscrição "PERFUROCORTANTE", e os riscos adicionais, quando pertinente, conforme NBR 13853/97 da ABNT.

As agulhas descartáveis serão desprezadas com as seringas, sendo PROIBIDO reencape e desconexão. As etapas seguintes do gerenciamento destes resíduos serão realizadas nos mesmos recipientes utilizados para o grupo A.

Os resíduos do Grupo E contaminados com agente biológico Classe de Risco 4 (conforme ANVISA, Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, 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, serão submetidos ao mesmo tratamento descrito para o Grupo A1.

Os recipientes para descarte de materiais perfurocortantes serão fechadas pelo profissional que descartou o resíduo e visualizou o risco quando o preenchimento

atingir 2/3 de sua capacidade, sendo vetado o fechamento destes pelos funcionários do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar. O esvaziamento desse recipiente para reaproveitamento é proibido.

Figura 009Identificação de resíduo infectante perfuro cortante

15.FECHAMENTO DOS SACOS

Os sacos de coleta de lixo deverão ser fechados quando estiverem com no máximo 2/3 de sua capacidade ocupada, sendo obrigatoriamente o seu fechamento por "nó", para máxima segurança, garantindo a impossibilidade de sua abertura. Tal procedimento será efetuado pelo profissional do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar.

16.COLETA E TRANSPORTE INTERNO

A Coleta e o Transporte Interno serão realizadas diariamente por funcionários do Setor de Higienização e Limpeza. Num primeiro momento, esses funcionários coletarão os resíduos acondicionados nos setores e transportarão até o abrigo de armazenamento temporário de resíduos.

Em um segundo momento os funcionários do Setor de Higienização e Limpeza transportarão os resíduos acondicionados no abrigo de armazenamento temporário até o abrigo de armazenamento externo em horários previamente estabelecidos e não haverá cruzamento de fluxos com distribuição de refeição, enxovais e visitas.

O transporte interno de resíduos é realizado de acordo com o fluxo definido conjuntamente pelo Serviço de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de

Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e Serviço de Higienização e Limpeza, como mostra a figura 010.

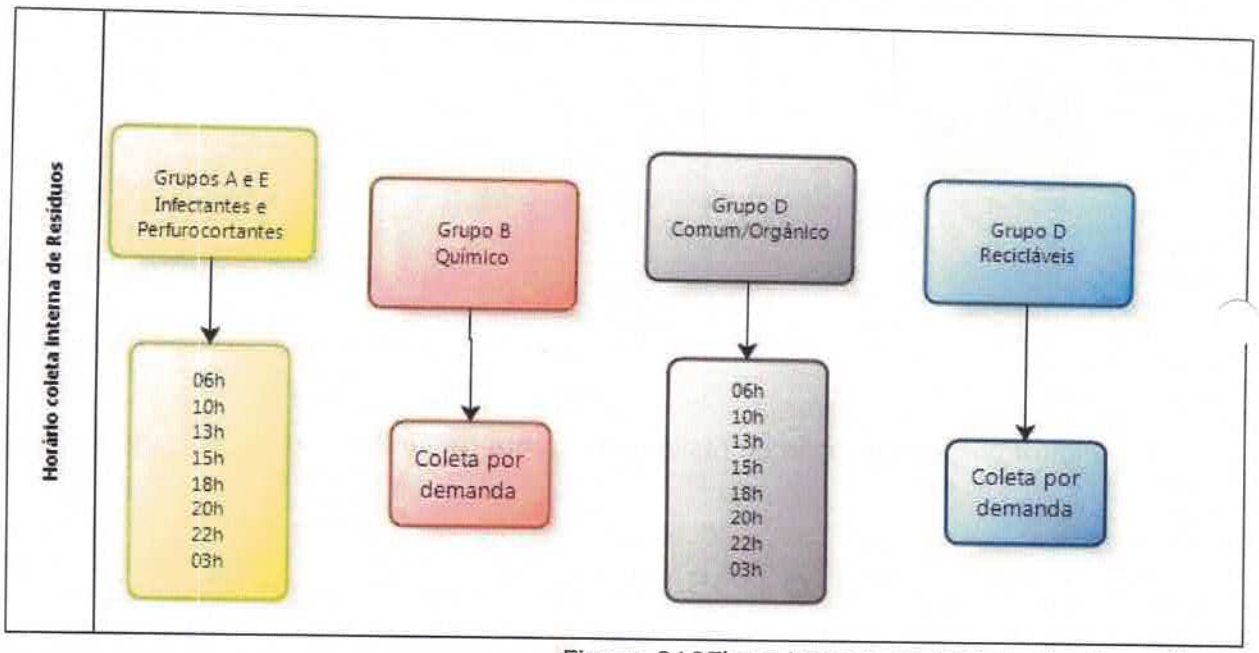


Figura 010Fluxo interno de transporte de resíduos

Serão padronizados, para o transporte, carrinhos coletores de 120 litros, devem possuir válvula de dreno no fundo, esses recipientes são separados e identificados de acordo com o tipo de resíduo a ser transportado:

GRUPO A: Serão transportados em carros da cor branca, do tipo estanqu constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbolo de resíduo infectante.

Vacinas: Os resíduos provenientes da administração das vacinas serão acondicionados em caixa coletora de perfurocortante e encaminhadas para tratamento de autoclavagem na RECOL, por conter risco de perfuração, necessita ser acondicionado caixa coletora resistente a ruptura e punctura. No hospital existe um controle rigoroso por parte da sala de vacina, não gerando assim, vencimento de doses, dessa forma não ocorre a devolução de vacinasà SES-GO, toda a vacina

que é encaminhada ao HUGO é administrada, gerando somente os resíduos de "frascos vazios sem imunobiológicos".

GRUPO B: Serão transportados em carros da cor laranja, do tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbolo de resíduo químico, a coleta interna é feita por demanda e acionamento de acordo a geração e produção de cada setor.

18.LOGÍSTICA REVERSA

A logística reversa é um dos instrumentos para aplicação da responsabilidade compartilhado pelo ciclo de vida dos produtos. O Plano Nacional de Resíduo Sólidos 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" (SEMA, 2022).

FLUXO DAS LÂMPADAS (RESÍDUO QUÍMICO)

A lâmpada fluorescente padrão é formada por um tubo selado de vidro preenchido com gás argônio a baixa pressão e vapor de mercúrio, também à baixa pressão parcial, o interior do tubo é revestido com uma poeira fosforosa composta por vários elementos. Quando está funcionando, o mercúrio que está dentro dela não oferece riscos, entretanto quando se rompem na manipulação ou no descarte liberam cerca de 20 a 30 miligramas sob a forma de vapor de mercúrio que podem ser absorvidos pelo organismo. Em razão dos danos que as lâmpadas fluorescentes oferecem, as embalagens deveriam ter recomendações e simbologia de resíduo perigoso, uma vez separados os resíduos mercuriais podem ser tratados recuperando o mercúrio neles contidos, e com a finalidade de minimizar o volume de mercúrio descarregado ao meio ambiente, a melhor solução seria a reciclagem e consequentemente com a recuperação do mercúrio (APPRIS, 2018).

Neste intuito, na instituição realizamos o projeto de logística reversa junto com a empresa RECOL, a cada lâmpada trocada a equipe da engenharia clínica que realiza

está troca, recolhem as usadas e armazenam no contêiner que é específico e de uso exclusivo para este fim, até que a empresa venha para realizar a coleta, transporte e descontaminação das mesmas que é trimestral, posteriormente é encaminhado o certificado de descontaminação com a quantidade e seu referente mês.

Foto 002 Abrigo externo de lâmpadas para descarte.

FLUXO DAS PILHAS E BATERIAS (RESÍDUO QUÍMICO)

A fim de atendermos ao Política Nacional de Resíduos Sólidos –PNRS, esta unidade realiza junto ao almoxarifado a troca das pilhas usadas pelas novas, com intuito de retermos esses resíduos e realizar o encaminhamento ambientalmente segur depois este material é recolhido de acordo com a demanda e encaminhado para a incineradora para ser tratada antes do seu descarte.

FLUXO DOS FÁRMACOS (RESÍDUO QUÍMICO)

Em relação ao descarte de medicamentos vencidos (exceto psicotrópicos), são separados, relacionados via requisição manual, em seguida a perda é lançada no sistema MV (ajuste do estoque) e essas perdas são então encaminhadas para a CAF1 que é a responsável pelo encaminhamento para a Gestão de Resíduos. O encaminhamento (recolhimento pela gestão de resíduos) é solicitado via e-mailinstitucional com toda a descrição de quais os fármacos, quantidade, lote e data de validade para a validação do vencimento e posterior transporte, tratamento e

descarte das cinzas, após incineração em aterro de classe I, que são aterros próprio para a disposição final de resíduos perigosos.

Os descartes dos psicotrópicos são encaminhados para a Secretária de Vigilância Sanitária Municipal, tanto os vencidos como os com algum tipo de violação /ou quebrados, para visar o atendimento da portaria Nº 344 de 12 de maio de 1998. Esses são acondicionados em armário próprio para este fim, até serem notificados e relacionados de acordo a marcar, laboratório, lote e data de validade, após é encaminhado a Vigilância Sanitária todo o produto segregado, junto ao formulário de auto de inutilização de medicamentos que é preenchido em duas vias. A vigilância por sua vez gera um número de protocolo deste envio que é anotado em um caderno para este controle institucional e uma via é arquivada em pasta específica.

FLUXO DO ÓLEO (RESÍDUO QUÍMICO)

O óleo proveniente das frituras da cozinha, são encaminhados para "El Shaddai" empresa responsável por reprocessar este material na estação de tratamento retirando as impurezas e posterior reutilizando na fábrica de massa de vidraceiro e biodiesel dentro do mais rigoroso controle ambiental. Esse óleo é acondicionado em recipientes específicos para este fim que é fornecido pela empresa, sua coleta é realizada de acordo a demanda de produção na unidade, este controle é realizado pela empresa terceirizada que presta o serviço de nutrição. A gestão de resíduos é encaminhada cópia para controle de coleta e mensuração dos indicadores de descarte de óleo que é reciclado na unidade.

FLUXO DO GLUTARALDEIDO (RESÍDUO QUÍMICO)

Os descartes do glutaraldeido das salas de broncoscopia e endoscopia é realizada uma vez ao mês ou em caso de necessidade de troca por contaminação. Quando realizam a troca deste produto químico a equipe responsável pela sala acionam a equipe de higienização e limpeza para realizarem a coleta interna deste produto que é acondicionado em vasilhames compatíveis, posteriormente é acondicionado em um carrinho exclusivo para a coleta e o transporte de resíduo químico que é de cor laranja com identificação descrita e simbologia universal do risco de resíduo

perigoso e encaminhado ao abrigo externo de resíduo até o momento da coleta externa pela empresa que fará o tratamento e disposição final (STERICYCLE)

GRUPO D: Serão transportados em carros da cor cinza grafite, do tipo estanque, constituído de material rígido, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado com o símbolo de resíduo comum.

GRUPO D Recicláveis: Serão transportados em carros da cor azul e devidamente identificado com o símbolo de resíduo comum reciclável, os setores acionam a equipe de coleta de recicláveis que são colaboradores exclusivos para esta coleta. Na área de transbordo possuímos um contêiner exclusivo para o armazenamento dos recicláveis no período do noturno até o diurno até que a equipe do diurno realize o transporte para o abrigo externo no dia seguinte, para que ocorra a pré-triagem antes da coleta externa que encaminhará a reciclagem.

Fluxo dos explantes da Central de material de Esterilização RDC nº 15 art. 108 e art. 109:

Os explantes são submetidos ao processo de limpeza e seguridade de esterilização, podendo ser considerado assim resíduos sem risco de contaminação e que poderá ser encaminhado todo o material inservível a reciclagem por uma empresa especializada e licenciada para esse processo de esterilização, ficará a cargo da empresa o envio da declaração de destinação final contendo o peso do material coletado na instituição e que a gestão de resíduos arquivará para fins de fiscalização e controle.

GRUPO E: Serão transportados junto aos resíduos do GRUPO A.

Os funcionários responsáveis pela coleta e o transporte interno dos resíduos são devidamente treinados e usam equipamentos de proteção individual (EPI's), que compreendem botas de PVC, luvas de látex nitrílico, avental impermeável em PVC, óculos com lentes em policarbonato, bonés com protetor de nuca e respirador valvulado com duplo filtro em carvão ativado, para vapores orgânicos prevenindo a contaminação desses colaboradores. Os EPI's atendem ao previsto na Lei Federal

nº 6514, de 22/12/1977, Portaria nº 3214, de 08/06/1977, Normas Regulamentadoras (NR) nº 06 e nº32.

A coleta interna dos resíduos sólidos no Hospital de Urgências de Goiânia é feita diariamente. O transporte desses resíduos deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário. Os procedimentos devem ser realizados de forma a não permitir o rompimento dos recipientes. No caso de derramamento deve-se imediatamente realizar a higienização do local.

Segue imagem dos carrinhos para coleta interna de resíduos no HUGO:

Foto 003 Carrinho de material reciclável

Foto 004 Carrinho de resíduo químico

Foto 005 Carrinho de resíduos

19.ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO OU INTERNO DE RESÍDUOS

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

Em todos os andares do Hospital, com exceção do térreo, possuem seu armazenamento interno, que ficam próximo ao local de geração dos resíduos. armazenamento interno dos resíduos produzido no HUGO érealizado em contêineres de 240L e 120 L de material rígido resistente a punctura, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado em relação a cada tipo de resíduo.

Foto 006 Carrinho temporário de resíduo

Foto 007 Carrinho temporário de resíduo

20. ARMAZENAMENTO EXTERNO DE RESÍDUOS

O Armazenamento Externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo, com acesso facilitado para os veículos coletores. Na instituição já existe um abrigo externo de resíduos, local destinado ao armazenamento externo de resíduos, que atende as normas estabelecidas pela RDC 222 da ANVISA. O hospital possui o abrigo externo de resíduos dos Grupos A, B, D, E, reciclagem e ainda uma área separada para lavagem de contêineres e demais utensílios utilizados no manuseio dos resíduos.

Os resíduos do grupo A e E, são armazenados em bombonas de 200 L, com capacidade de 25 kg, os do grupo D são armazenados em contêineres de 1000 L, já os do grupo B de 240 L. Esses contêineres e bombonas são de material rígido resistente a punctura, lavável e impermeável de forma a não permitir vazamento de líquido, com cantos arredondados e dotados de tampa e devidamente identificado em relação a cada tipo de resíduo.

Referente aos resíduos do Subgrupo A3, os membros amputados serão ensacados em 02 sacos vermelhos leitosos e encaminhados para o Necrotério do hospital, onde são armazenados em freezer adequado para acondicionar esses resíduos e

acompanhados de registro em livro de peças anatômicas *(ANEXO 2)*. Posteriormente esses resíduos são coletados de acordo a demanda pela empresa Stericycle, através de bombonas e com formulário preenchido pelo servidor em 2 vias (uma via será entregue a empresa e a outra será arquivada no livro de óbitos da instituição. A empresa é responsável pelo tratamento (incineração) e disposição final desse resíduo do grupo A3.

Peças anatomopatológicas são encaminhadas para laboratório terceirizado, que realiza o tratamento das mesmas de acordo com seu próprio plano de gerenciamento. As lâminas posteriores a análise clínico, serão arquivadas por 0 anos. Após este prazo serão autoclavadas e reutilizadas.

Os resíduos recicláveis são acondicionados sobre paletes e alguns contêineres de 120 e 1000 litros, este armazenamento é exclusivo e com especificações.

Foto 008 Abrigo externo de resíduos

Foto 009 Abrigo externo de resíduos

21. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

A coleta e o transporte externo, realizadas por caminhões semi-compactadores apropriados para tal coleta, 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 são realizados pela empresa SERQUIP - Serviços, Construções de Equipamentos Ltda. - Stericycle.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos comuns, são realizados por duas empresas. Do Subgrupo D1, não recicláveis, é realizada pela Nature Resíduos, empresa que coleta e transporta até a disposição final em aterro sanitário em Goiânia. Já a coleta dos resíduos do Subgrupo D2, recicláveis, são realizadas pela empresa COPEL, (Plástico, papel e papelão).

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos metálicos, são realizados pela empresa Ferro e Aço.

A Coleta é realizada em horários pré-definidos para cada tipo de resíduos, sendo:

Grupos A, B e E - Resíduo infectante, químicos e perfurocortantes: Segunda, Terça, Quarta, Sexta e Sábado às 09:00h, caso exista necessidade poderá ocorrer coletas extraordinárias;

Subgrupo D1 – Resíduo Comum não reciclável: realizada de segunda-feira a domingo, às 21:00h.

Subgrupo D2 – Resíduo Comum reciclável: realizada de acordo a demanda de produção, ocorrendo uma coleta por semana na terça ou quarta-feira.

Os resíduos do grupo A, B, D2 e E são pesados no processo de coleta externa realizada pelas empresas terceirizadas, os do grupo D1 são pesados a cada coleta interna realizada pelos coletadores da SS Serviços, que alimentam o *checklist* com a pesagem de cada contêiner de resíduos coletado.

Figura 011 Fluxo de coleta externa

Imagens de coleta externa de Resíduos

Foto 010 Coleta externa de resíduos

Foto 011 Coleta externa de resíduos

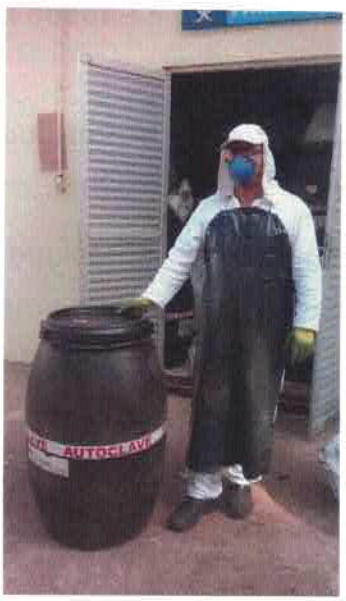


Foto 012 Coleta externa de resíduos

22. TRATAMENTO E DISPOSIÇÃO FINAL

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.

O destino final dado aos resíduos gerados no HUGO é o encaminhamento para a Usina de Incineração e Autoclavagem da STERICYCLE em Brasília (Grupos A, B e E), e após o tratamento disposto no aterro sanitário em Betim-MG. O (Grupo D – D1) é coletado e transportado pela Nature resíduos e encaminhado para o aterro sanitário da COMURG. Os resíduos recicláveis são coletados, transportados e dado a destinação ambientalmente adequado pela empresa COPEL para a reciclagem, da qual separa, prensa e encaminhará para empresas que reprocessam através da reciclagem esses materiais (Grupo D – D2).

Os resíduos dos grupos A- A1 e E vão para uma unidade de tratamento da usina em Brasília onde passam pela autoclavagem. O equipamento é uma autoclave horizontal, com aquecimento e esterilização por vapor saturado, a temperatura de operação regulável até 134º C, com adição de pressão até o patamar de 8,0 kgf/cm² de pressão manométrica, resultando na esterilização dos RSS. Sua capacidade é de 20 ciclos de 1 hora cada, com 850 kg por ciclo, que resulta em 19.000 kg em 3 turnos de trabalho sendo que todo o processo é monitorado com realização de testes físicos, químicos e biológicos, sendo o resultado desses testes enviados posteriormente ao Instituto do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos do Distrito Federal – IBRAM.

Os resíduos dos grupos A – A3 e A4, B e E vão para uma unidade de incineração dentro da usina em Brasília. O equipamento é construído sobre normas internacionais e a sequência do processo é: pré-aquecimento; ciclos de incinerações sucessivas; carga automática; alimentação ao carregador; removedor de cinzas; resfriamento; lavagem e depuração dos gases. O acompanhamento dos resíduos desses grupos é realizado através da pesagem e monitorado pelo formulário. FOR.COPE.005 Pesagem infectante (ANEXO 3).

No incinerador existe um diagrama interativo que dar todas as informações necessárias sobre o resíduo que está sendo incinerado, como indicações de temperatura, emissão de gases das câmaras dentre outros.

No processo de incineração os resíduos passam por duas câmaras, a primária e a secundária. Na primária os resíduos são aquecidos a 1400 ºC de 115/150 mm e isolamento de 76/102 mm de silicato de cálcio, na secundária o material é aquecido a 1600 º C de 115/150 mm e isolamento de 76/150 mm de silicato de cálcio. As cinzas e os resíduos

tratados são encaminhados para o aterro sanitário da Essencys ou Soma ambiental que são empresas que prestam serviço a STERICYCLE das quais fazem a destinação final adequada.

As lâmpadas descartadas pelo HUGO serão encaminhadas para Lumitech Materiais Elétricos, empresa responsável por tratar o resíduo químico contido na lâmpada, e reciclar o vidro.

Os resíduos do Grupo D líquidos advindos do Hospital de Urgências de Goiânia são lançados na rede coletora de esgoto municipal, que possui seu próprio sistema de tratamento de esgoto coletivo ETE/Goiânia. Já os resíduos comuns sólidos do tipo D1, que são coletados pela NATURE Resíduos, são encaminhados para o aterro sanitário da COMURG, localizado em Goiânia e seguindo todas as normas necessárias para o seu funcionamento.

Os resíduos do Grupo D – D2 que são coletados pela empresa COPEL são enviados para a reciclagem passando por todo um processo para que possam ser reutilizados. Os papéis passam por um processo de trituração em uma espécie de liquidificador com água para que suas fibras se separem. Logo em seguida passam por um processo de centrifugação, separando algumas impurezas dos recicláveis (areia, grampos e etc.). São acrescentados ainda produtos químicos para retirar a tinta dos papéis. Após todo esse processo restará uma pasta de celulose, que será prensada e seca em diferentes equipamentos para formar o papelão, que será reutilizado na produção de caixas de papelão.

23. HIGIENIZAÇÃO DOS ABRIGOS EXTERNOS, TEMPORÁRIOS E CARROS COLETORES

Higienização dos Abrigos dos Resíduos - É a limpeza no qual é o processo de remoção de sujidade do ambiente. É uma das medidas eficazes de prevenção e controle para romper cadeia epidemiológica das infecções. Possuímos uma área apropriada para a higienização desses carros coletores e contêineres e que é de uso exclusivo para a higienização dos mesmos.

A limpeza- É a remoção de todos os resíduos líquidos ou sólidos por meios mecânicos e/ou físicos, da sujidade depositada nas superfícies inerentes que constituem um suporte físico e nutritivo para os microrganismos. É uma das medidas eficazes de prevenção e controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções. A RDC nº 306 de 2004, menciona a necessidade de estabelecer rotinas e processos de higienização, assim como local para higienização dos contêineres e carrinhos coletores.A instituição dispõe de POP para a instrução da higienização e formulário para registro da higienização dos abrigos, carros coletores e contêineres.

POP.COPE. Limpeza terminal de abrigo de resíduos e contêiner;

FOR.COPE. Registro de higienização do abrigo externo ou temporário de resíduos,contêineres e carro coletores (anexo 4);

Todos os *checklist's* serão realizados pelo serviço de higienização e a sua entrega será mensal para o SGRSS, que realizará o controle e análise para a comprovação das atividades executadas.

23. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

No sentido de contribuir com o aumento da adesão dos profissionais às boas práticas de higienização das mãos, e atender as políticas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS), seguindo as orientações sobre "Higienização das Mãos em Serviços de Saúde", possui no abrigo externo uma pia para a realização da higienização das mãos após manipulação e coleta dos resíduos. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados.

24.EDUCAÇÃO PERMANENTE

São desenvolvidos e implantados programas de capacitação abrangendo todos os setores envolvidos na geração e/ou no manuseio de RSS, em consonância com as normas e legislações vigentes.

Os profissionais do Serviço de Higienização e Limpeza Hospitalar são capacitados na ocasião na admissão da empresa SS Serviços. Além disso, será oferecido mensalmente um processo de educação continuada *in loco*, no qual integrantes do SGRSS são responsáveis e a Comissão de Gerenciamento de Resíduos poderão participar das capacitações a todos os funcionários envolvidos no manejo de resíduos, desde médicos, enfermeiros, técnicos até o pessoal da higienização e limpeza.

Educação *In Loco* com os acompanhantes e pacientes, todas as quintas-feiras às 09 horas no 4ª, 3º e 2ª andar está ocorrendo educação em saúde ambiental com os pacientes e acompanhantes sobre os descartes corretos dos resíduos e a apresentação dos adesivos para o reconhecimento de qual lixeira e onde descartar corretamente os restos alimentares, copos, papéis plásticos e demais resíduos comuns que é equiparado aos domiciliares e

reforçando que a lixeira de resíduo infectante é para exclusividade de descarte de resíduos que contenham presença de agentes biológicos como: Sangue e secreções.

Nesse processo de Educação Permanente serão abordadas as boas práticas no manejo do RSS, os requisitos regulamentares, a utilização dos equipamentos de proteção individual e coletiva, as estratégias de minimização da produção de resíduos, segregação, rotulagem, armazenamento, transporte e eliminação. Esses programas de educação serão avaliados e atualizados numa base regular, de forma a assegurar a sua relevância e aceitação junto aos profissionais.

Na admissão de funcionários no HUGO, e em casos específicos, será exigido comprovação de situação vacinal, por meio do cartão de vacina, e controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta sorológica, o qual será analisado pelo SESMT se em conformidade com o calendário do Programa Nacional de Imunização – PNI – vigente. Caso detectado inconformidade, o trabalhador será encaminhado ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia, para que sejam realizados os procedimentos adequados.

Todos os funcionários, mesmo aqueles das empresas contratadas pelo HUGO, serão submetidos a exames médicos conforme estabelecido no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO da Portaria 3214 do MTE. As empresas contratadas serão orientadas a manter cadastro atualizado das condições de saúde dos funcionários, o qual poderá, a qualquer momento, ser solicitado pelo HUGO.

A responsabilidade de fornecer e supervisionar a adequada utilização dos equipamentos de proteção dos funcionários envolvidos com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento dos resíduos, fica a cargo da empresa contratada, mas o SGRSS realiza monitoramento e notifica empresa quando verificado não conformidade.

Os servidores do setor de Higienização e Limpeza utilizarão obrigatoriamente os seguintes Equipamentos de Proteção Individual – EPI´s, de acordo com a necessidade:

I – Luvas: de PVC, impermeáveis, resistentes, antiderrapantes, de cano longo e/ou luvas de borrachas, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

II – Botas: de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 isolado e solado;

III – Máscaras: respiratórias, tipo semifacial e impermeável;

IV – Óculos: lente panorâmica, incolor, de plástico resistente, com armação flexível, proteção lateral e válvulas para ventilação;

V – Bonés: com proteção para nuca;

VI – Avental: impermeável;

Todo o processo da coleta, transporte e higienização devem todos os funcionários está devidamente equipado com os equipamentos de proteção individual EPI' os mesmos serão higienizados após o uso e guardados prontos ao próximo uso, devem as encarregadas monitorar a adequação dos EPI's, através de instrumento próprio sobre uso adequado de equipamento de proteção individual - na coleta interna e externa de resíduos.

25. CONTROLE INTEGRADO DE ANIMAIS SINANTRÓPICOS

O HUGO mantém um programa de controle de animais sinantrópicos, executado pela empresa Alvo Dedetizadora e Desentupidora, que realiza a inspeções e dedetização dos setores do hospital mensalmente.

Visando a prevenção do aparecimento desses animais,a instituição realiza medidas preventivas como a manutenção dos princípios de higiene e limpeza, acondicionamento adequado de alimentos, vistoria da entrada de gêneros alimentícios, instalação de telas nas janelas e entradas da rede pluvial e/ou esgoto, instalação de ralos com tampas escamoteáveis, remoção de entulhos e adequada manutenção da vegetação.

As rotinas e processos de higienização e limpeza constituem elementos essenciais para a adequada manutenção dos serviços de saúde, pois visam, além de contribuir para a prevenção de aparecimento desses animais, prevenir e o controlar a disseminação de micro-organismos, a saúde e o bem-estar de usuários e profissionais. Para garantir a qualidade da higienização e limpeza no HUGO, esses processos serão realizados por serviço terceirizado, especializado em higienização e limpeza de serviços de saúde, no caso SS Serviços, empresa responsável também pela coleta interna dos resíduos.

26. CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA E DO AR

A água utilizada no HUGO provém da rede pública. Para que seja garantida a qualidade da água distribuída na instituição, a limpeza da caixa d'água será realizada por serviço terceirizado especializado, pela empresa ALVO DEDETIZADORAe Desentupidora, periodicamente uma vez por mês. A análise da água, é realizada mensalmente pela LAFARM, todo processo será devidamente documentado.

A qualidade do ar será garantida por meio de medidas que previnam a formação e a entrada de poluentes, tais como poeira e fumaça. Além disso, os de refrigeradores de ar, responsáveis pela climatização de vários ambientes, recebem manutenção periódica realizada pela empresa NOVUM, com limpeza e troca de filtros. Os ventiladores também são higienizados periodicamente pelos funcionários da SS Serviços.

27. SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ACIDENTES

As situações de emergência envolvendo RSS são, majoritariamente, passíveis de prevenção através da observação às normas e adoção de condutas seguras. Embora preveníveis, algumas situações são recorrentes nos serviços de saúde, tais como o derramamento de resíduos, quebra de recipientes e acidentes envolvendo resíduos do Grupo A. Nos casos de derramamento de resíduos e/ou quebra de recipientes sem comprometimento à saúde do trabalhador, os responsáveis pela situação deverão ser tomadas as devidas providências para que o novo acondicionamento seja realizado com agilidade e da maneira mais segura possível, impreterivelmente com o uso equipamentos de proteção e o auxílio de ferramentas que evitem o contato direto do trabalhador com os resíduos. Quando ocorrerem acidentes que possam comprometer a saúde do trabalhador, este deverá seguir o Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Materiais Biológicos, seguindo o fluxo definido pelo SESMT.

Em caso emergencial, como greve de funcionários ou suspensão de coleta dos resíduos por uma das empresas terceirizadas, fica a cargo da diretoria o acionamento de outra empresa que atenda aos critérios da necessidade, o acionamento e autorização de uma empresa para realizar e prestar o serviço cabível, seguindo o plano de contingência institucional pa solucionar o problema. Ao RT de resíduos do HUGO, caberá as instruções e o monitoramento para seguir o melhor fluxo em conformidade com as leis vigentes.

28. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PGRSS

Serão desenvolvidos instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, autoexplicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado. A avaliação será realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores Item.30.

29. DOS EMBASAMENTOS LEGAIS

Resolução ANVISA nº 342 – Termo de referência para elaboração do PGRSS;

Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222 – Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Decreto Estadual nº 1.745 de 06/12/1979 – Dispõe sobre a prevenção e o controle da poluição do meio ambiente;

Lei Estadual nº 14.248 de 29/07/2002 – Dispõe sobre a Política Estadual de Resíduos Sólidos e dá outras providências;

Resolução CONAMA nº 002 de 22/08/1991 – Determina que cabe ao Órgão Federal de Meio Ambiente em conjunto com outros órgãos que tenham competência sobre a matéria,

Adotar as medidas necessárias para facilitar a internalização e solução final quando da ocorrência de problemas relacionados a transporte com cargas contaminantes, fora de especificação ou abandonadas;

Resolução CONAMA nº 005 de 05/08/1993 – Define normas mínimas para tratamento de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários.

Resolução CONAMA nº 275 de 25/04/2001 – Estabelecer o código de cores para os diferentes tipos de resíduos, a ser adotado na identificação de coletores e transportadores;

Resolução CONAMA nº 283 de 12/07/2001 – Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde;

NBR 10.004/2004 – Classificação de resíduos sólidos;

NBR 12.235/1992 – Dispõe sobre o armazenamento de resíduos sólidos perigosos;

NBR 12.807/93 – Resíduos de serviço de saúde – Terminologia;

NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviço de saúde – Procedimentos;

NBR 13.463/1995 – Coleta de resíduos sólidos.

30. ASPETOS AMBIENTAIS

Conforme a norma NBR ISO14001 (ABNT, 2004), aspecto ambiental é definido como um elemento da atividade, produtos e/ou serviços de uma organização que possa interagir com o meio ambiente. Fica a cargo da organização identificar os aspectos ambientais de seus produtos, processos e serviços ao estabelecer um Sistema de Gestão Ambiental. Desta maneira, o aspecto tanto pode ser uma atividade executada, como uma máquina ou

equipamento, os quais geram ou possam gerar algum efeito sobre o meio ambiente, o chamado impacto ambiental.

Os aspectos ambientais são elementos das atividades, produtos e serviços de uma organização que podem interagir com o meio ambiente. Os aspectos tanto podem ser uma máquina ou equipamento como uma atividade executada por ela ou por alguém que produzam algum efeito sobre o meio ambiente, aspecto ambiental significativo é aquele que tem um impacto ambiental relevante.

O impacto ambiental é qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, causada por qualquer forma de matéria ou energia resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente afetam a saúde, segurança, a biota, a qualidade dos recursos naturais, dentre outros. Ou seja, o impacto ambiental pode ser definido como qualquer alteração causada no meio ambiente pelas atividades da empresa quer seja benéfica ou não.

No HUGO, os aspectos ambientais negativos são controlados em razão das medidas proativas adotadas em todas as fases da geração, armazenamento, transporte, tratamento, autoclavagem, incineração e disposição final, gerando aspectos ambientais benéficos ao meio ambiente.

31. COMISSÃO DE RESÍDUOS

A CGRSSdoHUGO deverá ser composta por representantes de todos os setores do hospital. O objetivo da Comissão:

I. Gerenciar todas as etapas relacionadas ao manejo dos resíduos produzido, em conformidade com a Legislação vigente, a saber, RDC 222/2018 – ANVISA e Resolução 358/2005 – CONAMA;

II. Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para adequado manejo dos resíduos gerados;

III. Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas.

As reuniões ocorrerão a cada 02 meses, sempre na última quinta-feira às 09:00 horas, para deliberarem sobre os temas pertinentes a esta comissão, o encontro ocorrerá no auditório, sala de aula da COREMU ou sala de reuniões da diretoria conforme disponibilidade, para o debate da pauta pré-definida e encaminhada a cada membro 07 dias antes da reunião ordinária.

32. RESPONSABILIDADES DO PGRSS

RESPONSABILIDADES DO PGRSS	
NÍVEL	**RESPONSABILIDADES**
Direção	Apoiar as ações da equipe responsável pelo desenvolvimento do PGRSS, assegurando o correto manuseio dos resíduos garantindo a segurança das pessoas direta e indiretamente envolvidos e do meio ambiente.
Equipe responsável pelo PGRSS: SGRSS e Comissão de Resíduos	Implementar e assegurar a manutenção do PGRSS e a aplicação das normas de segurança e legislação específica da saúde e do meio ambiente; Definir diretrizes das estratégias no gerenciamento de resíduos sólidos; Colaborar com a prevenção de infecções relacionadas com os RSS e com a aplicabilidade das normas e legislação pertinentes; Zelar pela saúde ocupacional dos trabalhadores envolvidos e monitorar os riscos existentes no processo; Implementar levantamento de aspecto ambiental; Estabelecer parâmetros de avaliação visando seu aperfeiçoamento contínuo;
Responsável técnico pelo PGRSS	Garantir a execução do PGRSS e das normas de manejo interno de resíduos.
Todos os setores do HUGO	Manejar os resíduos gerados no hospital de acordo com o PGRSS

33. INDICADORES DE GERAÇÃO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS A E E

INDICADORES
Taxa de acidentes com resíduo perfurocortante;
Variação da geração de resíduos;
Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
Variação do percentual de reciclagem.

34. REFERENCIAS

1. APPRIS. Responsabilidade civil por dano ambiental: descarte incorreto de lâmpadas fluorescentes. Appris Editora; 1ª edição, 13 junho 2018.

2. BARCELLOS, P. Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília, DF: Anvisa, 2005.

3. CAFURE, V. A; GRACIOLLI, S.R. P. Os resíduos de serviço de saúde e seus impactos ambientais: uma revisão bibliográfica. Interações (Campo Grande) 16 (2) • Jul-Dec 2015https://doi.org/10.1590/151870122015206.

4. FERREIRA, I. D. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: orientações para os serviços em odontologia. Juiz de Fora, 2014. Disponível em: https://www2.ufjf.br/engsanitariaeambiental//files/2014/02/TFC-INGRID-DELGADO-FERREIRA.pdf. Acesso em 16Mai2022.

5. LEN, L.M.P. Lixo hospitalar e suas consequências sanitárias e ambientais: estudo comparativo de caso em Fortaleza – Ceará. Fortaleza, 2007. Disponível em: https://acervo.fortaleza.ce.gov.br/download-file/documentById?id=24dc041b-d936-469e-b50d-7a9e062ea6e2. Acesso em: 18Mai22.

6. OMS - Organização Mundial de Saúde. Safe management ofwastesfromhealth-careactivities, 2nd ed. 2014. Disponível em:https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564.

7. SEMA – Secretária Meio Ambiente – CE. Logística Reversa. Disponível em: https://www.sema.ce.gov.br/residuos-solidos/logistica-reversa/#:~:text=A%20log%C3%ADstica%20reversa%20%C3%A9%20definida,setor%20empresarial%2C%20para%20reaproveitamento%2C%20em. Acesso em: 23mai22.

8. UNIFESP. Princípio dos 3R's. Disponível em: https://dgi.unifesp.br/ecounifesp/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=8. Acesso em 17mai22.

35. ANEXOS

ANEXO 01.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA AMPUTAÇÃO DE MEMBRO AMPUTADO

Eu _____ abaixo assinado e identificado, prontuário nº _____, data de nascimento __/__/__ após haver sido esclarecido dos procedimentos legais para Amputação de membro, pelos profissionais abaixo identificados, **AUTORIZO** o **HUGO** – Hospital de Urgências de Goiânia, adotar todas as medidas legais para a amputação do membro _____ _____ amputado.

Declaro haver sido informado que o membro será entregue a empresa contratada responsável pela incineração para ser incinerado.

Por ser verdade, firmo o presente na forma da lei, para que produzam seus reais e verdadeiros efeitos.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

_____		_____
Paciente	OU	Responsável legal do paciente
Prontuário nº _____		Grau de Parentesco: _____
Data de Nascimento: __/__/__		RG/ O.Exp.: _____
RG/ O.Exp.: _____		
_____		_____
Médico (a)		Enfermeiro (a)
Ass. / Carimbo		Ass. / Carimbo

Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz – HUGO
Centro Cirúrgico
Fone: (062) 3202-4427 ou 4424

ANEXO 02

HUGO	COORDENAÇÃO OPERACIONAL	
	FORMULÁRIO	
	LIVRO DE PEÇAS ANATÔMICAS	
FOR.COPE.040	REVISAO: 00	VIGENCIA: 17/08/2023

ENTRADA	
Data do recebimento: / /	Hora do recebimento: :
Peça proveniente de qual setor:	
Termo de autorização para incineração de membro amputado: ( ) SIM ( ) NÃO	
Nome do paciente:	
Nº do prontuário:	Data de nascimento: / /
Peça:	
SAÍDA	
Responsável pela retirada da peça no Hospital:	
Destino: RECOL ( ) OUTRO ( ) Especifique: _____	
Data da saída: / /	Hora da saída: :
Assinatura do responsável:	
Doc. de Identidade:	Placa do Veículo:
Liberado por:	

ANEXO 03.

HUGO	COORDENAÇÃO OPERACIONAL		
	FORMULÁRIO		
	RECOL INFECTANTE		
FOR.COPE.005	Revisão 00	Vigência: 19/07/2023	
GRUPO A, B e E			

DATA	KG (GRUPO A)	KG (GRUPO E)	KG (GRUPO B)	VALOR DO KG (R$)	VALOR TOTAL (R$)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
TOTAL	0	0	0		R$ 0,00

VALOR	PESO
R$ 0,00	0,0

VALOR	PESO

VALOR	PESO
R$ 0,00	0

ANEXO 04.

HUGO	COORDENAÇÃO OPERACIONAL		
	FORMULÁRIO		
	REGISTRO DE HIGIENIZAÇÃO DO ABRIGO EXTERNO OU TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS, CONTÊINERES E CARRO COLETORES		
	FOR.COPE.029	REVISÃO 00	VIGÊNCIA: 19/07/2023

DATA	Abrigo Externo				Contêiner ou Paletes				Abrigo Temporário	Carro Coletor			Colaborador	Encarregada
	A	B	D-NR	D-R	A	B	D-NR	D-R		A	D-NR	D-R		

ANEXO 05

HUGO	SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
	FORMULÁRIO		
	LEVANTAMENTO DE LIXEIRAS E SUPORTES DE CAIXA COLETORA DE PERFUROCORTANTE DANIFICADOS		
	FOR.SGRSS.001	Revisão 000	Vigência: 06/09/2024

SETOR	LOCAL	TIPO DE LIXEIRA OU SUPORTE			PROVIDÊNCIA
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO
		( ) INFECTANTE	( ) COMUM	( ) SUPORTE DE CAIXA COLETORA	( ) TROCA ( ) REPARO

36. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Ramon Brandão Brito **Coordenador SCIRAS**	01/12/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	01/12/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	01/12/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	01/12/2022	

4 IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

4.1 Implantação de Logística de Suprimentos

O INSTITUTO CEM, adotará para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) de uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos irá incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

Os procedimentos para contratações e aquisições destinar-se-ão a selecionar a proposta mais vantajosa e serão processados e julgados em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo, inadmitindo-se critérios que frustrem seu caráter competitivo. Toda contratação será precedida de Processo Administrativo, devidamente documentado, justificado e transparente.

Assim, para toda a aquisição de bens, insumos e contratação de serviços é utilizado um Regulamento de Compras e Contratações, que poderá ser submetido a análise e aprovação de órgãos de controle, além de adotar uma Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços, que normatiza os procedimentos adotados para avaliar e monitorar a performance das empresas contratadas, colaborando com o desenvolvimento dos fornecedores e a redução dos problemas relacionados na cadeia de suprimentos.

Destacamos que todas as compras e contratações do INSTITUTO CEM possuem ampla concorrência e divulgação, tal qual na regulamentação proposta para a Unidade.

Todas as compras e contratações terão seus avisos e resultados publicados on-line no portal de transparência do INSTITUTO CEM, visando, sobretudo, dar transparência aos trâmites, bem como ampliar o raio de fornecedores e proporcionar maior economicidade.

As compras e contratações terão início com o recebimento da solicitação do setor solicitante, contendo a descrição, especificações técnicas, qualidade desejada, prazos, bem como, demais condições que forem necessárias para atender a demanda, onde serão tratadas conforme modalidade de compra mais apropriada, como exemplo as Compras / Contratações Diretas e os Pedidos de Cotação Presenciais, onde são disputados lances entre os concorrentes com o objetivo de se obter a melhor proposta.

Todas as modalidades de compras, contratações e alienações terão os seus respectivos avisos os interessados poderão ler e Obter os Editais, atendendo ao princípio da publicidade e demais correlatos no regulamento, podendo estes serem publicados, no site, em jornais e também no Diário Oficial, nos casos aplicáveis.

O Setor de Compras deverá selecionar criteriosamente as propostas apresentadas pelos fornecedores participantes considerando a idoneidade, qualidade, custo, prazo de entrega, durabilidade, garantia, assistência técnica e atendimento de urgência, quando for o caso,

sendo considerado o menor custo aquele que resulta da verificação e comparação de fatores utilizados, que além dos termos monetários, envolvem também os aspectos técnicos.

Para comprovação de habilitação nos procedimentos de compras ou contratações deverá ser exigida dos interessados as respectivas certidões negativas de débitos e, após escolhidos os fornecedores, os contratos terão prazo determinado e poderão ser prorrogados, desde que comprovada a vantajosidade, sendo que poderá ser exigida a prestação de garantia, como Caução; Fiança bancária ou Seguro-garantia. Os fornecedores que descumprirem o contrato elou com histórico de má prestação de serviços poderão perder 0 direito da compra/contratação e ficarem suspensos de licitar pelo período de até 2 anos, além da perca da garantia ofertada, e acionamento de instâncias judiciais, conforme o caso.

Para todas as compras e contratações será exigido o respectivo documento fiscal com o conteúdo detalhado, quantidades, período e identificação da unidade atendida.

Não será mantido nenhum tipo de relacionamento comercial com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, não sendo permitidos

conflitos de interesse ou recebimento de vantagens de qualquer natureza por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação.

Conforme disposições legais e princípios do INSTITUTO CEM, após término do Contrato de Gestão, os bens permanentes adquiridos, cuja fonte de recursos seja proveniente deste poderá ser, ao final, doado a unidade, na forma da legislação vigente.

Para fins da Gestão de Material e Patrimônio, os recebimentos destes serão realizados conforme regulamentação própria, destacando que os bens adquiridos com recursos do contrato de gestão, destinar-se-ão exclusivamente às atividades ligadas ao mesmo.

PROPOSTA DE LOGISTICA DE SUPRIMENTOS

Gestão de Suprimentos e Logística: gerenciamento e operacionalização dos fluxos de bens, serviços, consumo e informações, com o objetivo de otimizar os recursos financeiros através da compra programada, com distribuição para as unidades de acordo com a necessidade mínima de estoque e dispensação aos usuários considerando a prescrição do profissional médico.

4.1.1 Implantação De Logística De Suprimentos

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

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

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

Para tanto, é necessário que haja um eficiente esquema de planejamento das atividades de compras, armazenagem e gerenciamento de materiais em estoque, bem como na distribuição desses materiais destinados ao uso em atividades hospitalares, uma vez que a

falta de um mecanismo eficiente de controle impede a apuração das reais necessidades de abastecimento.

A falta de gestão dos fluxos de materiais dentro das unidades hospitalares gera desperdício. Geralmente, a distribuição do material para as unidades é feita por critérios empíricos e sem controle real do consumo, causando excesso de disponibilidade de materiais e migração de produtos entre as áreas, o que causa a perda da rastreabilidade destes, não só dentro das unidades, mas também no sistema de saúde como um todo.

Para atender a um número maior de cidadãos, adequando maior produtividade com menor custo, torna-se imprescindível conhecer a composição dos custos como um processo norteador das decisões gerenciais, no que diz respeito à saúde financeira das unidades hospitalares.

Objetivo:

O Projeto tem como grande objetivo uma gestão eficiente da logística do fluxo dos materiais e medicamentos hospitalares do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), envolvendo compras, armazenagem, manuseio, movimentação e distribuição no âmbito da rede pública de saúde, visando o fim do desperdício, a redução de custos e a excelência no atendimento ao usuário-cidadão.

Objetivos Específicos:

- Um fluxo mais dinâmico, racional e eficiente dos materiais e medicamentos no âmbito das áreas e Unidades da rede pública de saúde;
- A interface dos Sistemas de Internação e Logística, que permite a precisão dos investimentos, considerado pelo profissional da logística como um centro de custos;
- Rastreabilidade dos materiais e medicamentos para um controle real do consumo;
- Racionalização de recursos;
- Redução de custos;
- Eliminação do desperdício de materiais e medicamentos;
- Níveis satisfatórios de estoque para o abastecimento regular da rede de Serviços;
- Unidades de saúde melhor assistidas, com estoques bem gerenciados, melhor controlados, mais eficientes e seguros;

- Padronização de custos, materiais e medicamentos.

Dessa forma, para se ter a garantia daquilo a que se propõe, o Prestador dos Serviços deverá, necessariamente, desenvolver as atividades de recebimento e distribuição dos materiais e medicamentos, com os devidos controles e dentro das especificações e quantidades licitadas e contratadas pelo CONTRATANTE, com fornecimento da infraestrutura de armazenagem e distribuição, equipamentos de automação e manutenção, sistema operacional de gerenciamento de estoques e mão-de-obra especializada, bem como o desenvolvimento do projeto integral de implementação necessário, considerando todos os *layouts*, fluxos, adaptações e instalações, visando à obtenção dos níveis de serviço adequados, garantindo a integridade das informações e seu devido armazenamento.

Nesse contexto, deverão ser adotados os seguintes procedimentos e ações pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

Apoio ao Órgão Gestor Central no levantamento das necessidades de compras de materiais e medicamentos dos hospitais da rede pública de saúde.

Recebimento

- Recebimento e controle dos materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra e Nota de Empenho emitidas e aprovadas, incluindo controle específico para cada modalidade de compra;
- Conferência dos produtos recebidos a fim de garantir quantidades corretas, integridade física e visual das embalagens, especificações técnicas dos produtos e validade; 2.3 Etiquetagem dos produtos para controle de movimentação, incluindo lote e validade, via código de barras;
- Entrada, no sistema operacional de gerenciamento de estoques, dos produtos recebidos via leitores de código de barras ou equipamentos conectados on-line com o sistema, disponibilizando o material de forma segura para uso imediato ou solicitação imediata das unidades componentes da rede pública de saúde;
- Devolução ao fornecedor, registrada em sistema, de produtos em não-conformidade;
- Controle de pendências e prazos de entrega, seguindo os critérios definidos pelo Órgão Gestor Central no ato da compra;
- Subsidiar a gestão com a avaliação da capacidade dos fornecedores no que diz respeito ao fornecimento de produtos, de acordo com os requisitos de segurança,

prazos de entrega, acuracidade e integridade dos produtos, por meio de relatórios ou consultas via sistema;

- Oferecer relatórios de consumo e pesquisas com informações necessárias aos setores responsáveis pelas aquisições e abastecimentos das Unidades de Saúde;

Armazenagem

- Armazenagem e controle, com uso de tecnologia homologada, segura e de ponta e em condições de conformidade com as exigências das autoridades competentes, dos produtos adquiridos ou consignados, gerando visibilidade de todos os estoques;
- Controle de estoque por lote e validade, com rastreabilidade para caixas, unidades, doses (drágeas e líquidos), kits, produtos ré esterilizados e outros;
- Administração e guarda dos estoques próprios ou consignados;
- Manutenção dos estoques nas áreas de armazenagem, dispensação e consumo devidamente organizados e conservados;
- Alocação dinâmica de estoque, baseada nas características físico-química dos produtos para otimização das áreas e atendimento das exigências dos órgãos competentes;
- Controle de movimentação das posições de estoque através de código de barras com ponto de controle duplo;
- Identificação total do volume de estoques distribuídos por toda a rede, com rastreabilidade total dos mesmos;
- Ressarcimento das diferenças de estoque por inventário físico, seguindo o seguinte critério: a partir de inventário físico total, executado com acompanhamento e critérios aprovados pelo Órgão Gestor Central;
- A contagem de inventário poderá ser solicitada a qualquer momento ao HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

Separação

- Apontamento no "sistema operacional de gerenciamento de estoques" e etiquetagem com código de barras das unidades de produtos a serem dispensados;

- Controle de produtos em unitarização com armazenagem parcial nas unidades de saúde;
- Padronização e criação de catálogos de produtos por área ou programas;
- Manutenção constante dos catálogos de produto referentes a mudanças e valores de produtos;
- Separação dos materiais pelos sistemas de dispensação coletiva, para abastecimento da área de dispensação nas unidades, com controle de lote, validade e rastreabilidade.

Distribuição

- Cronograma de distribuição para área de dispensação nos postos, com transferência de material dentro dos dias e horários previamente acordados e definidos pela administração;
- Controle de atendimento de requisição de produtos para respectiva dispensação e distribuição;
- Transferência de material em emergência para unidades hospitalares, assim como internamente nos hospitais em prazo acordado;
- Recuperação do material não utilizado na Unidade, computando, através de rotina do Sistema, materiais de devolução que deverão retornar para o estoque;
- Processamento de logística reversa de materiais, disponibilizando produtos para consumo imediato;
- Relatórios assinados de recebimento dos produtos, quando da entrega;

Gerenciamento de Estoque

- Captura da demanda dos produtos na área de dispensação, gerando requisições automáticas dos produtos que atingiram o estoque mínimo;
- Legenda na requisição de produtos que sinalizem, para o usuário que está fazendo a requisição, se determinado produto existe no estoque ou não;
- Contagem física semanal dos itens rotativos indicados e randômicos;
- Requisição automática através de estoque máximo, mínimo e ponto de pedido parametrizado para as áreas;

- Visualização de todo o material, com rastreabilidade de lote e validade, do recebimento até a dispensação ou utilização do paciente;
- Manutenção dos níveis de serviço acordados e medidos nos indicadores de performance;
- Geração de informação para o Órgão Gestor Central dos itens que se encontrarem abaixo do estoque mínimo para compra;
- Controle do giro do estoque;
- Apontamentos de produtos parados no estoque durante um longo prazo;
- Otimização dos estoques máximos e ideais;
- Padronização dos materiais, para minimizar estoque e processos de compra através do sistema operacional de gerenciamento de estoques;
- Desenvolvimento de "kits" para processos cirúrgicos, procedimentos de emergência e dispensação ao paciente;
- Inventário mensal de todos os itens ou inventários cíclicos, por produto ou por área, com registros no sistema de todos os controles e divergências encontradas;
- Elaboração de relatórios gerenciais e de custos de consumo, por unidade, por área, por tipo de programa, por paciente ou centro de custos;
- Elaboração de relatórios de valorização de estoque em conjunto com o setor responsável;
- Manutenção do histórico de informações;
- Auditoria dos processos de trabalho e rotinas;
- Controles de acesso no sistema no nível do usuário;
- Rastreabilidade no nível do usuário de qualquer inclusão, alteração ou exclusão realizada no sistema;
- Fornecimento de relatório para o Órgão Gestor Central dos produtos a vencer.

Auxiliares de Logística (Almoxarifado e Farmácia): Profissionais técnico operacionais para atuarem nas Unidades Hospitalares e Almoxarifados, além de outras unidades, a fim de executar todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação,

movimentação, expedição, distribuição, produção de kits, exceto dispensação de produtos a pacientes;

Instrutor de Treinamento e Implantação Logística: Profissional de Logística com capacitação para o uso de equipamentos específicos destinados à movimentação de material, controle de estoque e captura de demanda das áreas, tecnologia e gestão de materiais, que corresponderá diretamente pelo treinamento continuado de todas as pessoas envolvidas nos processos do fluxo de materiais para manter a qualidade do serviço, visando sempre o aumento da produtividade e aprendizado constante, além de ser o coordenador técnico de todas as atividades referentes ao período de implantação dos serviços;

Supervisores / Operadores de Logística e Planejamento: Pessoal especializado em processos logísticos e operações de planejamento de sistemas de saúde que estará locado nas unidades centrais de abastecimento e nas unidades de saúde. Esses profissionais terão a responsabilidade de supervisionar a execução de todos os processos logísticos de recebimento, armazenagem, separação, movimentação, expedição, distribuição, produção de "kits", incluindo o fornecimento de informações necessárias à elaboração dos processos de compras, programação de insumos e suprimentos de almoxarifado;

Administrador de Rede: Terá a responsabilidade de coordenar as atividades ligadas à manutenção de toda a rede lógica, do processo de integração física entre o sistema operacional de gerenciamento de estoques e os sistemas de gestão do Órgão Gestor Central, além de ser o responsável por manter alto nível de acessibilidade e disponibilidade de links e sistema aos usuários. Deverá manter todos os planos necessários de contingenciamento das operações críticas de hardware e software;

Analista de Suporte: Será responsável pelo suporte aos usuários do Sistema Operacional de Gerenciamento de Estoques, sendo desta função a obrigação de criar as condições de acessibilidade e manutenção da mesma, definição de hierarquia de acesso por função e gerenciamento de chamadas da unidade onde estará locado;

Gerente de Planejamento e Logística: Será responsável por planejar toda a atividade necessária para manutenção dos serviços, desde o recebimento dos produtos até a utilização pelos pacientes, incluindo as operações de transporte, armazenagem, separação e expedição de produtos.

4.1.2 Pop - Solicitação De Produtos Para O Almoxarifado

1. OBJETIVO

Descrever as ações necessárias para solicitação de produtos para o almoxarifado e acompanhamento de requisições de materiais de consumo por via eletrônica, através do sistema de gestão hospitalar MV. A requisição será adotada somente para material de expediente, geridos pela seção de almoxarifado.

2. DEFINIÇÕES

Requisições - Documento que pode ser utilizado para solicitar produtos e suprir estoques.

Material de expediente: são materiais utilizados diretamente os trabalhos administrativos, tais como, agenda, alfinete de aço, almofada para carimbos, apagador, apontador de lápis, papel A4 e etc.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

DMP – Divisão de Materiais e Patrimônio.

4. APLICAÇÃO

Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Encarregado e assistente de almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Prateleiras

BINS

Computadores

Sistema MV

Materiais de expediente

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1	Verificar o estoque de materiais de expediente no almoxarifado;	Encarregado e assistente de almoxarifado
2	Solicitar materiais de expediente que estão em falta no almoxarifado ou que estão próximos de acabar;	Encarregado e assistente de almoxarifado
3	Pedir a transferência dos materiais de expediente pelo sistema MV para o almoxarifado conforme segue: Almoxarifado › Solicitações › Produtos ao estoque › Setor › Solicitação para Estoque (Código 274 - Almoxarifado) › Setor (Código 1065– Caf) › Produto (pesquisa produto) › Quantidade › Salvar (ícone disquete). (Anexo I e Anexo II)	Encarregado e assistente de almoxarifado
4	Transferir os materiais de expediente solicitados pelo sistema MV do estoque do almoxarifado para o estoque da Farmácia;	Encarregado
5	Retirar os materiais de expediente no almoxarifado;	Encarregado e assistente de almoxarifado
6	Fazer a conferência dos materiais de expediente após entrega pelo almoxarife;	Encarregado e assistente de almoxarifado
7	Acondicionar os materiais de expediente de forma ordenada.	Encarregado e assistente de almoxarifado

Periodicidade: Semanalmente, conforme necessidade.

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Faltar material de expediente.	Sempre verificar o estoque de material de expediente para evitar a falta do mesmo durante execução de atividades de rotina da Farmácia.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DA AMAZÔNIA. https://proaf.ufra.edu.br/images/Portarias/pop_proaf_n%C2%BA_13_-_requisi%C3%A7%C3%A3o_de_material_de_consumo_expediente.pdf. Acesso em: 31 mai. 2022.

10. ANEXOS

ANEXO I

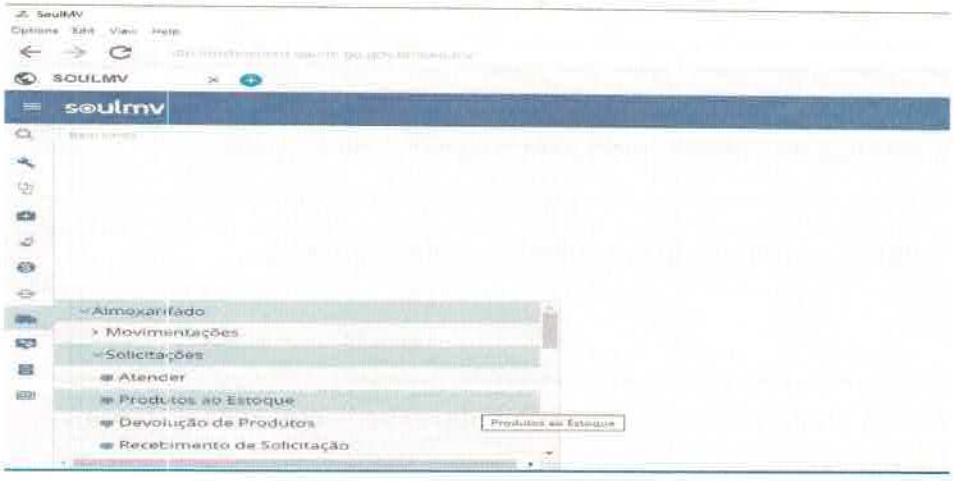


Figura 1- Pagi... do MV passo a passo para solicitação de estoque no almoxarifado.

ANEXO II

Pagina 2- Pagina do MV para solicitação de estoque almoxarifado.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida **Coordenador Almoxarifado**	20/06/2023	
Revisão:	Laís Mayara Garcia **Enfermeira NQSP**	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Coordenadora NQSP**	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Geral**	20/06/2023	

4.1.3 Pop - Liberação De Material

1. OBJETIVO

Padronizar os procedimentos para adequada dispensação de materiais.

2. DEFINIÇÕES

Padronizar e manter a estabilidade nos processos, garantir que as atividades sejam realizadas sempre da mesma forma, com um determinado intervalo de tempo e o menor nível de desperdício, conseguindo elevada qualidade e alta produtividade.

Dispensação é o ato profissional de proporcionar e atender o item conforme solicitado.

3. SIGLAS

Não aplicável.

4. APLICAÇÃO

Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Encarregado e assistente de almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Materiais de expediente
- Sistema MV

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
	Receber a solicitação emitida pelo sistema de gestão hospitalar MV;toda a segunda e sexta-feira com entrega na sexta-feira;	Encarregado e assistente de almoxarifado
2	Conferir a solicitação e quantidade do produto analisando sempre a real necessidade do setor/paciente;	Encarregado e assistente de almoxarifado
3	Conferir e Dispensar materiais no MV de acordo com a solicitação;	Encarregado e assistente de almoxarifado

3	Separar materiais de acordo com a solicitação do sistema MV;	Encarregado e assistente de almoxarifado
4	Entregar os itens do pedido ao solicitante;	Encarregado e assistente de almoxarifado
5	Atender à solicitação via sistema MV através conforme segue: *Almoxarifado* › *Solicitações* › *Atender* › *Solicitações ou Prescrição (insere o número da solicitação)* › *Executar* › *Confirmação automática* › conferir os itens, quantidade e lote › *fechar a baixa* (Anexos I, II, III e IV);	Encarregado e assistente de almoxarifado
6	Arquivar as solicitações por um mês.	Encarregado e assistente de almoxarifado

8. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Entregar de material médico-hospitalar	Sempre conferir por dupla checagem os itens da solicitação e dispensar de acordo com lote que consta na requisição.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

SILVA, I. F. et al. Construção de Procedimento Operacional Padrão das Farmácias dos Centros de Saúde da Família do Município de Sobral, Ceará. Sanare, Sobral, v. 9, n. 1, p. 33-37, jan./jun. 2010. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/204-Texto%20do%20Artigo-338-383-10-20130326.pdf. Acesso em: 31 mai.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

DICIO - DICIONÁRIO DE PORTUGUÊS. Disponível em: https://www.dicio.com.br/. Acesso em: 06 de jun. 2022.

10. ANEXOS

ANEXO I

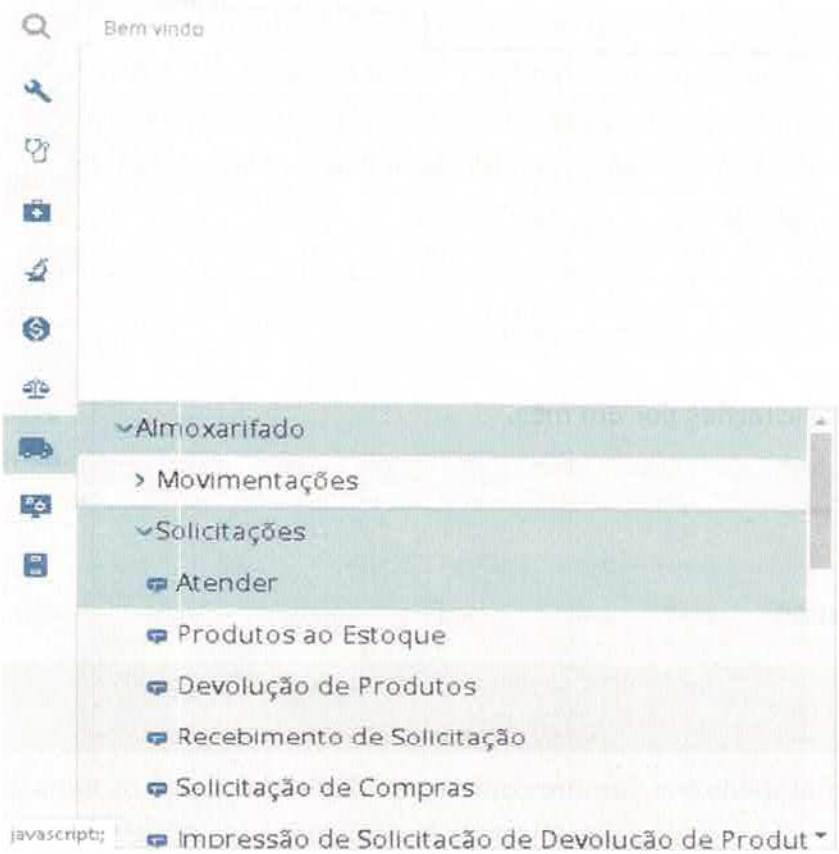


Figura 1- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de pedidos

ANEXO II

Figura 2- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de materiais

ANEXO III

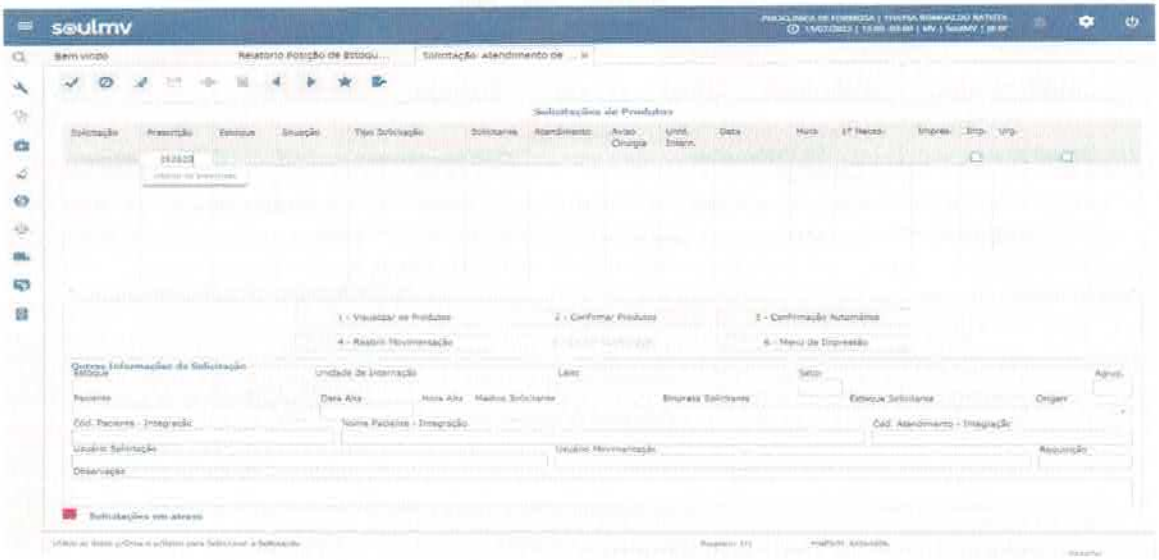


Figura 3- Página do MV passo a passo para atender à solicitação de medicamentos por prescrição.

ANEXO IV

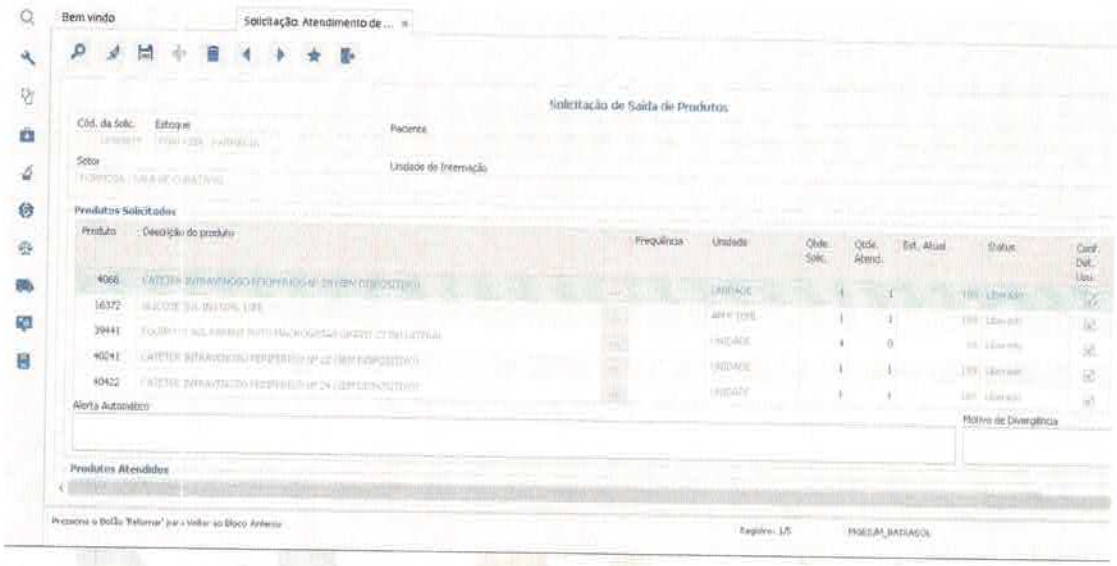


Figura 4- Página do MV conferencia e confirmação da solicitação.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	
Revisão:	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.4 Pop - Solicitação De Compras

1. OBJETIVO

Otimizar as compras para que cheguem os produtos certos, na quantidade correta, com entrega programada para a data de necessidade, de forma a evitar falta ou excesso de estoque.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV: sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma;

Doccem: sistema de gestão interno para inserção de documentos referentes a compra de mat/med, investimento, serviço e o pagamento referente a cada um desses itens anteriormente listados;

Memorando: é um documento utilizado para estabelecer canais que possibilitem o relacionamento com o público/setor interno e tem o papel de tornar comum a mensagem destinada aos seus colaboradores, com o propósito de solicitar qualquer demanda de serviço e mat/med.

3. SIGLAS

Mat/med: materiais e/ou medicamentos;

Memorando: comunicação interna;

NF: nota fiscal;

OC: ordem de compra;

SC: solicitação de compra.

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de solicitação de compra do Almoxarifado do Hospital de Urgência de Goiás Goiânia.

5. RESPONSABILIDADE

Coordenador do almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Impressora
- Pastas
- Folha A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
	As solicitações de mat/med são feitas através de cálculos com base no sistema MV dos consumos médios diários e mensais e tem o prazo para entrega para o setor de compras até o dia 05 de cada mês.	Almoxarife
2	O almoxarifado faz os cálculos de consumo e alimenta a planilha de compras.	Almoxarife
3	Após a confirmação, é aberto uma SC no sistema *SoulMV* e a mesma vai para aprovação da diretoria.	Almoxarife
4	Tendo a aprovação da diretoria, é aberto um processo de compra no sistema *Doccem* e repassado o número desse processo ao setor de compras.	Almoxarife
5	Quando as compras são realizadas, é aberto uma OC no sistema *SoulMV.*	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Comunicação interna com a descrição dos itens equivocados pode causar prejuízos na demanda dos procedimentos.	Conferir as descrições (tipo de material, tamanho, quantidade) das solicitações para evitar a compra de produtos errados.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	
Revisão:	Laís Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.5 Pop - Recebimento De Produtos

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam de acordo com a Ordem de Compra e Nota Fiscal enviadas e que estejam em perfeitas condições, sem danos externos aparentes.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma;

Doccem: sistema de gestão interno para inserção de documentos referentes a compra de mat/med, investimento, serviço e o pagamento referente a cada um desses itens anteriormente listados.

3. SIGLAS

Mat/Med - Materiais e/ou Medicamentos

NF - Nota Fiscal

OC - Ordem de Compra

HUGO - Hospital de Urgência de Goiás

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de recebimento de materiais do Almoxarifado do Hospital de Urgência de Goiás HUGO.

5. RESPONSABILIDADE

Coordenador do Almoxarifado.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
  - Impressora
  - Pastas
  - Papel A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	A mercadoria proveniente do fornecedor é recebida pelo almoxarife e as caixas descarregadas são colocados sobre paletes de plástico. Durante o recebimento dos produtos, utilizando a OC que vem anexada junto aos documentos, deve ser feita a conferência com os dados relacionados na NF, observando atentamente nome, número de lote, quantidade e validade dos produtos recebidos. Também é importante observar a situação física das caixas e só então, os produtos serão liberados para armazenamento nos locais específicos;	Almoxarife

2	Após a conferência, o documento de entrega e os canhotos da NF devem ser assinados, datados e encaminhados ao motorista responsável pela entrega;	Almoxarife
3	Em caso de existir alguma divergência do produto recebido com os dados relacionados na NF (avarias, lote trocado, produto trocado ou vencido, quantidade recebida com falta ou com sobra, entre outras) o almoxarife deve confirmar tal divergência com o fornecedor, emitir o Formulário de Devoluções. Os produtos que chegarem avariados, identificados durante ou após o recebimento, devem ser devolvidos ao fornecedor para as providências cabíveis.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

[illegible]	[illegible]
Documentação enviada pelo fornecedor sem que a OC esteja anexada junto.	Reforçar junto ao fornecedor o envio das documentações solicitadas no ato da compra.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	

Revisão:	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.6 Pop - Lançamentos De Notas Fiscais No Sistema Soul Mv E Virtualdoc

1. OBJETIVO

Fazer o lançamento da NF para validar a movimentação de entrada de uma mercadoria (mat/med, doação, investimento) no estoque.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma;

VirtualDoc: sistema de gestão interno para inserção de documentos referentes a compra de mat/med, investimento, serviço e o pagamento referente a cada um desses itens anteriormente listados.

3. SIGLAS

Mat/Med - Materiais e/ou Medicamentos

NF - Nota Fiscal

OC - Ordem de Compra

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de lançamento de NF no Soul Mv e VirtualDocdo Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Almoxarife.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
  - Impressora
- Pastas
  - Folhas A/4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Deve-se fazer a conferência com os dados relacionados na NF, observando atentamente nome, número de lote, quantidade e validade dos produtos recebidos;	Almoxarife
2	Com posse da NF é dada a entrada da mesma no sistema de gestão Soul MV através do número da OC;	Almoxarife
3	Materiais hospitalares e medicamentos devem ser transferidos ao estoque da farmácia;	Almoxarife
4	Digitalizar a NF e duplicata e salvar em pasta específica;	Almoxarife
5	Abrir processo de pagamento junto ao sistema de gestão Virtual Doc e anexar NF e duplicata;	Almoxarife
6	Armazenar a NF e duplicata respeitando a ordem pelo número de processo aberto junto ao sistema de gestão Virtual Doc.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Itens com valor divergente do que foi ofertado.	Reforçar junto ao fornecedor para considerar o valor ofertado no momento da compra.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	
Revisão:	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.7 Pop - Organização E Armazenamento De Produtos Em Geral

HUGO Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz	DEPARTAMENTO DE MATERIAIS E PATRIMÔNIO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	ORGANIZAÇÃO E ARMAZENAMENTO DE PRODUTOS EM GERAL		
	POP.DMP.007	Revisão: 00	Vigência: 20/06/2025

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam de acordo com a OC e NF enviadas e que estejam em perfeitas condições, sem danos externos aparentes e que sejam armazenados de forma correta.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

3. SIGLAS

Mat/Med: Materiais e/ou Medicamentos

NF - Nota Fiscal

OC - Ordem de Compra

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de organização e armazenamento de materiais do Almoxarifado.

5. RESPONSABILIDADE

Almoxarife.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Armário de aço
- Estante de aço

- Paletes de plástico

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	A mercadoria proveniente do fornecedor é recebida pelo almoxarife e as caixas descarregadas são colocados sobre paletes de plástico.É importante observar a situação física das caixas e só então, os produtos serão liberados para armazenamento nos locais específicos;	Almoxarife
2	Todos os produtos para serem armazenados são colocados sobre paletes de plástico, armário de aço e estante de aço. Após conferidos, são devidamente organizados no estoque de acordo com a sua classificação;	Almoxarife
3	Para garantir a qualidade da embalagem, devem ser seguidas as orientações quanto ao empilhamento máximo recomendado pelo fabricante.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

[illegible]	[illegible]
Espaço físico pequeno.	Aumentar o espaço físico para melhorar a eficiência no armazenamento e separação dos produtos no estoque.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	
Revisão:	Laía Mayara Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.8 Pop - Conferência Das Validades

1. OBJETIVO

Garantir que os produtos recebidos dos nossos fornecedores estejam dentro do prazo de validade e que sejam usados dentro desse prazo, evitando possíveis perdas.

2. DEFINIÇÕES

Soul MV - Sistema de gestão hospitalar/ambulatorial com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

3. SIGLAS

Mat/Med - Materiais e/ou Medicamentos

HUGO - Hospital de Urgências de Goiás

4. APLICAÇÃO

Este procedimento aplica-se às atividades de conferência das validades do Almoxarifado do Hospital de Urgências de Goiás – HUGO.

5. RESPONSABILIDADE

Almoxarife do Hospital de Urgências de Goiás – HUGO.

6. DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Computador
- Impressora
- Papel A4

7. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Emitir relatório de mat/med que estão próximos do vencimento via sistema de gestão Soul MV;	Almoxarife
2	Deve ser observado o prazo de validade dos produtos, para evitar a permanência de vencidos no local destinado aos considerados utilizáveis;	Almoxarife
3	Organizar o mat/med de acordo com a data de validade e fazer a dispensação daqueles que estão com a data de validade mais próxima;	Almoxarife
4	Retirar o mat/med fora do prazo de validade e armazená-lo em local separado;	Almoxarife
5	Dar baixa no mat/med fora do prazo de validade, solicitar a conferência pela coordenação e fazer o descarte correto;	Almoxarife
6	Organizar a planilha com as perdas e entregar para a empresa responsável por incinerar e arquivar uma cópia com assinatura do recolhimento.	Almoxarife

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Chegada de mat/med já próximos do vencimento.	Reforçar com o setor de compras para que o mesmo solicite ao fornecedor a entrega de mat/med com o prazo de validade maior (1 ano).

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Osvailton Vieira de Almeida Coordenador Almoxarifado	20/06/2023	
Revisão:	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	20/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	20/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	20/06/2023	

4.1.9 Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores e Prestadores de Serviços institucionalizada pelo INSTITUTO CEM

INTRODUÇÃO:

Esta Política de Qualificação e Avaliação de Fornecedores tem a finalidade de informar os procedimentos a serem adotados para avaliar e monitorar a performance dos fornecedores e prestadores de serviços, bem como, as regras gerais de fornecimento.

Dentro da sua política de acompanhamento dos fornecedores e prestadores de serviços, designa-se a estabelecer condições comerciais adequadas e fornecer informaçõ necessárias nos pedidos de compras de produtos e contratação de serviços.

O "Regulamento de Compras e Contratações para a Gestão de Unidades Públicas Estaduais", disponível no sítio eletrônico do INSTITUTO CEM, opção "Transparência" / "Regulamentação de Contratação de Bens e Serviços") faz parte indissociável desta Política.

NOSSA POLÍTICA DE RELACIONAMENTO COM OS FORNECEDORES

Nosso principal objetivo é o de prestar a assistência aos usuários/pacientes respeitando as normas técnica, qualidade e humanização.

Para atendimento desta condição, necessitamos contar com a participação de fornecedores que apresentem as melhores tecnologias, processos de produção e prestação de serviços.

SOBRE O CADASTRO DE FORNECEDORES

Através do site, os fornecedores e prestadores de serviços interessados podem ter acesso ao Regulamento de Compras, acessando o link "Transparência"; bem como se cadastrando poderão ter acesso aos instrumentos convocatórios (Edital ou Solicitação de Orçamento), acessando o link "Compras e Contratações" ("Em andamento" e/ou "Concluídas").

Não obstante aos cadastros de fornecedores e prestadores de serviços, o INSTITUTO CEM, solicita informações complementares necessárias para a correta identificação destes nas Ordens de Compra e Contratos emitidos, haja vista a utilização de recursos públicos.

A inclusão dos fornecedores e prestadores de serviços no cadastro não implica vínculo de aquisição ou contratação, ou consultas para o fornecimento e/ou serviços.

CLASSIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

O INSTITUTO CEM classifica os fornecedores e prestadores de serviços como:

"Críticos" – fornecedores de produtos e/ou serviços cujo volume financeiro comprometa os maiores investimentos;

"Não-Críticos" - demais fornecedores de produtos e/ou serviços.

Não obstante à classificação de fornecedores, não existe nenhum tipo de prioridade ou vantagens a quaisquer fornecedores ou prestadores de serviços.

POLÍTICA DE PRESERVAÇÃO DO MEIO AMBIENTE

Definiu-se, dentre outros, como um de seus valores institucionais a consciência ecológica. Desta forma, a instituição busca sempre atender à legislação ambiental, com

investimentos voltados a novas tecnologias que mitiguem as causas de danos ao meio ambiente.

Destaca-se a obtenção do Certificado "Green IT", representando a destinação correta dos cabos elétricos e da rede lógica que foram substituídos.

ÉTICA PARA COM OS FORNECEDORES

Todo o processo ético visa a inspirar confiança na manutenção de uma relação transparente, sólida, duradoura e de elevado nível entre as partes, por isso buscamos oferecer um cuidado ético e humanizado, orientado por valores como respeito, comprometimento e responsabilidade individual e coletiva para a prestação de serviços e/ou fornecimento de bens / produtos com qualidade.

Parceiros e Fornecedores: Agir eticamente nas relações comerciais e de parceria, orientando-se pela qualidade, transparência, idoneidade e o respeito nas relações profissionais. Não poderão participar das compras ou contratações com o INSTITUTO CEM, dirigente ou empregado da entidade, cônjuge, companheiro ou parente consanguíneo ou afim, até o 3º grau.

Não será permitido o recebimento de vantagens de qualquer natureza, por qualquer profissional da Instituição, em qualquer das fases do processo de compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, obras e alienações, sob pena da exclusão do fornecedor/prestador de serviços e punição aos profissionais envolvidos.

MODALIDADES DE COMPRAS

As modalidades de compra e contratação utilizadas pelo INSTITUTO CEM são previstas no respectivo Regulamento de Compras e Contratações.

DOCUMENTOS DE COMPRAS/CONTRATAÇÃO

Ordem de Fornecimento/Compra:

Ordem de Fornecimento/Compra é o documento que rege as disposições gerais de garantia de fornecimento, condições comerciais, requisitos da qualidade, regras de atendimento aos prazos de fornecimento e outros, autorizando aos setores competentes ao recebimento do produto ou serviço.

Contrato de Prestação de Serviço/Fornecimento Parcelado de Produtos:

Para contratação de serviços de mão de obra ou fornecimento parcelado de produtos, o INSTITUTO CEM poderá utilizar-se, conforme a complexidade do objeto, das normas e procedimentos amparados por contratos específicos e estabelecidos em comum acordo com seus fornecedores/prestadores de serviços. Esses contratos visam à garantia de todos os fornecimentos de serviços ou entrega de bens dentro das especificações estabelecidas e atendimento a todos os requisitos legais pertinentes.

ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO

Os Setores que estão autorizados a enviar documentações aos fornecedores e prestadores de serviços são:

Supervisão de Compra/Setor de Contratos e Licitações: Solicitação de Compras, Contratos, Especificações Técnicas e Desenhos;

Diretoria: Relatórios de Performance de fornecedores, ofícios, notificações, autorização de compras de urgência e, ou qualquer outro tipo de documento;

Supervisão de Material e Patrimônio / Farmácia / Almoxarifado e Executores de Contrato: Programações de Entrega de Materiais e Notificações de Não-Conformidades.

Não serão reconhecidos quaisquer outros documentos que eventualmente autorizem a aquisição de materiais ou serviços emitidos por outras áreas, ficando sob responsabilidade do fornecedor/prestador de serviços qualquer entrega de bens ou prestação de serviços sem a devida aprovação.

SISTEMA DA QUALIDADE

É de inteira responsabilidade do fornecedor o atendimento aos requisitos dos produtos/serviços fornecidos. Neste, reservamo-nos no direito de inspecioná-los sempre que julgar necessário.

Nos processos de inspeção, poderão ser utilizados métodos amostrais para certificar a conformidade do produto, e outros que se julgarem pertinentes ao caso in concreto; o que não exime o fornecedor de prover um produto livre de defeitos e em conformidade com os requisitos especificados (desenhos, narrativas, especificações técnicas, etc.).

Produtos ou serviços que apresentarem características críticas, que não possam ser detectadas nos processos de manufatura ou que necessitem de inspeção contínua, podem ser auditados nas instalações do fornecedor/prestador de serviços, com ou sem aviso prévio, conforme requisitos especificados.

Visitas ao Setor de Compras / Gerência de Contratos:

A visita de fornecedores e prestadores de serviços para apresentação de produtos ou serviços ocorrerá em dias e horários previamente agendados, com o responsável pelo Setor.

GARANTIA DA QUALIDADE DE PRODUTOS E / OU MATERIAIS FORNECIDOS

Considera-se que os fornecedores e prestadores de serviços devem garantir seus produtos e serviços desde a entrega em perfeitas condições, sem quaisquer vícios ou defeitos, assim como a manutenção durante o prazo de garantia.

Se o produto ou serviço apresentar defeito ou estiver em desconformidade com as especificações acordadas, os seguintes procedimentos serão adotados:

> Se a ocorrência for constatada antes da sua concretização ou utilização, esta o rejeitará e efetuará a sua devolução por conta e risco do fornecedor/prestador de serviço, devendo este ressarcir ao Contrato de Gestão pelo valor correspondente ao preço vigente do produto/serviço e demais custos logísticos ou, poderá o INSTITUTO CEM, alternativamente, a seu critério, em consenso com o fornecedor/prestador de serviço, promover a sua recuperação, arcando o contratado com os custos correspondentes;

Se a ocorrência for constatada posteriormente à instalação ou utilização, o fornecedor/ prestador de serviços, além das obrigações referidas no item 1, responderá pelos custos decorrentes da troca e/ou reparo do produto ou serviço defeituoso, bem como pelos custos agregados inerentes;

Independentemente do momento em que for detectada a ocorrência (produtos, equipamentos e/ou serviços), se esta representar risco ao paciente ou a quem vier a manusear, deverá ser notificada à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e a outros órgãos competentes.

AVALIAÇÃO DOS FORNECEDORES NA ENTREGA DE PRODUTOS E SERVIÇOS

A avaliação dos itens referentes ao processo de compras e entrega de produtos/serviços será realizada de acordo com o contrato firmado e a autorização de fornecimento (Ordem de Compra) encaminhada ao fornecedor/prestador de serviços.

Este processo consiste no monitoramento do desempenho da Qualidade e da Logística seus fornecedores no momento da entrega, sendo que os eventuais problemas detectados posteriormente à entrega serão notificados aos contratados para providências que se façam necessárias.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de produtos em geral:

- Cumprimento dos prazos de entrega/contrato;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos para pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Produtos entregues dentro do prazo de validade;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores de insumos de Nutrição:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;

- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Relacionamento entre cliente-fornecedor;
- Cumprimento de normativas legais de produtos específicos.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos Almoxarifado Geral:

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Os materiais e produtos estão devidamente registrados nos órgãos e ou autarquias competentes (ANVISA, MS, INMETRO);
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores insumos da Farmácia

- Nota fiscal de acordo com a autorização de fornecimento / Contrato;
- Cumprimento dos prazos de entrega;
- Cumprimento de entrega nas quantidades de itens adquiridos;
- Correspondência entre item e especificação;
- Cumprimento dos preços acordados;

- Cumprimento dos prazos de pagamento acordados;
- Integridade e condições de embalagem;
- Procedimentos de faturamento realizados corretamente;
- Temperatura dos insumos termolábeis.
- Produtos entregues dentro do prazo de validade
- Relacionamento cliente-fornecedor.

São critérios para avaliação de desempenho dos fornecedores serviço em geral

- Número de profissionais conforme contratado;
- Substituição de profissionais em caso de faltas, período de férias e atestados;
- Cumprimento do cronograma de treinamento;
- Fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (validade do C.A);
- Fornecimento de uniformes e crachás;
- Apresentação ao SESMT de documentos, referentes à segurança do trabalhador;
- Apresentação de documentação fiscal (Certificados, alvarás, licenças dentre outros);
- Cumprimento dos prazos acordados para pagamento (vencimento da fatura);
- Cumprimento do prazo de recolhimento e entrega do enxoval na rouparia e clínicas;
- Cumprimento do horário para servir as refeições;
- Prazo de atendimento para avaliação (laudo técnico);
- Prazo para apresentação dos orçamentos;
- Cumprimento dos prazos de conclusão dos serviços;
- Integridade física dos bens patrimoniais;
- Bens patrimoniais higienizado na devolução;
- Qualidade dos serviços fornecidos;
- Cumprimento das garantias dos serviços.

A avaliação de fornecedores e prestadores de serviços será definida como:

• SATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;

• INSATISFATÓRIO para Produtos: Quando o resultado da avaliação for inferior a 77% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;

• SATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação atingir no mínimo 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho;

• INSATISFATÓRIO para Serviços: Quando o resultado da avaliação for inferior a 85% dos requisitos especificados como indicadores de desempenho.

Quanto à avaliação de critérios subjetivos que dependem de julgamento do Supervisor de Compras e/ou dos supervisores (de almoxarifado, farmácia e nutrição) ou executores dos contratos, esta, se dará através da apresentação escrita (e-mail ou ofício) dos questionamentos e da respectiva resposta do fornecedor/prestador de serviços.

Quando da ocorrência de não conformidades, o fornecedor/prestador de serviço será prontamente comunicado pelo executor do contrato, através de e-mail, para tomar ciência e providências no sentido de solucionar as falhas apontadas.

Quando a avaliação de insatisfatório se mantiver por mais de duas entregas, o fornecedor será oficiado e/ou notificado extrajudicialmente para apresentação de ações de correção da não conformidade, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses.

Em se tratando de prestação de serviços, a comunicação feita via e-mail pelo executor do contrato sobre eventuais não conformidades, será para ciência e providências imediatas, podendo ser suspensa execução das atividades até a correção das falhas. Caso o problema persista e conforme os riscos envolvidos aos pacientes e profissionais, o prestador do serviço deverá ser oficiado e/ou notificado extrajudicialmente, devendo apresentar as ações de correção das não conformidades, sendo que caso não sejam corrigidas, poderá ser suspenso do processo de compras pelo período de até 12 meses, além das demais penalidades contratuais.

Os ofícios, notificações extrajudiciais e as comunicações de eventuais punições aos fornecedores/prestadores de serviços serão expedidas pelo INSTITUTO CEM.

QUALIFICAÇÃO DOS FORNECEDORES

Visitas Técnicas para Qualificação da Capacidade Técnica:

Quando da contratação e, a cada 02 (dois) anos, os fornecedores críticos receberão visitas in loco para avaliação da capacidade técnica para cumprimento das obrigações assumidas no contrato de compra e venda de produtos e/ou de prestação de serviços. Os fornecedores críticos são definidos pelos supervisores, executores de contratos, coordenadores de serviços e supervisão de compras. As visitas técnicas serão realizadas pelo executor do contrato e um profissional técnico, de acordo com a especificidade de cada setor.

No caso de fornecedores de fora do estado que forem acreditados, a visita técnica poderá ser dispensada, utilizando-se, apenas, avaliação documental.

Método de Qualificação da Capacidade Técnica

A avaliação será realizada in loco a partir da coleta de informações através de um checklist elaborado pela supervisão de cada setor. As notas variam de 0 (zero) a 10 (dez) pontos sendo:

1 Qualificado - entre 08 (oito) a 10 (dez) pontos ou entre 80% a 100%;

1 Necessita melhorias - entre 06 (seis) a 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% a 79%;

1 Não qualificado - abaixo de 06 (seis) pontos ou < 60%.

DESENVOLVIMENTO DE FORNECEDORES

O fornecedor que alcançar entre 06 (seis) e 7,9 (sete inteiros e nove décimos) pontos ou entre 60% e 79% será notificado, via e-mail, indicando as não conformidades e deverá apresentar plano de ação de melhorias para o cumprimento das exigências apontadas relatório de visita técnica em até 15 (quinze) dias. O desenvolvimento das ações propostas será acompanhado pelos coordenadores dos setores e validado de acordo a metodologia de qualificação.

Ressalta-se que nos casos de fornecedores/prestadores de serviços críticos/estratégicos; ou seja, aqueles relacionados a fornecedor único (exclusividade de representação/assistência), importação e ausência de produto similar, bem como aqueles cuja ausência dos produtos ou serviços representem riscos para os pacientes e/ou profissionais e que tiverem avaliação abaixo de 6 (seis) pontos ou 60%, serão igualmente notificados e instados a apresentarem em até 15 (quinze) dias, plano de ação de melhorias para correção das não conformidades; sendo que a continuidade do fornecimento de

produtos/serviços deverá ser acompanhada pelos supervisores/executores, visando a garantia da segurança dos pacientes e profissionais.

Objetivando desenvolver qualitativamente os fornecedores/prestadores de serviços que forem avaliados com pontuação inferior a 8 (oito) pontos ou 80% e fortalecer a cadeia de suprimentos, os supervisores/executores deverão:

- Dar suporte indicando a legislação aplicável a cada caso;
- Orientar sobre os critérios de avaliação utilizados;
- Apresentar as empresas com melhores desempenhos como referência para o aperfeiçoamento dos processos (benchmarking);
- Buscar novos fornecedores.

CRITÉRIOS DE DESQUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES DE PRODUTOS E SERVIÇOS

As empresas contratadas poderão ser desqualificadas e impedidas de fornecer produtos e/ou serviços o INSTITUTO CEM sempre que ocorrer:

- Ausência de registro de materiais, equipamentos e medicamentos nos órgãos competentes;
- Ausência de registro da empresa nos órgãos competentes;
- Ausência de registro do responsável técnico da empresa no órgão de classe;
- Dificuldade ou impedimento de acesso às instalações do fornecedor para fins de Vistorias Técnicas;
- Pontuação abaixo de 6 (seis) na visita técnica (exceto fornecedores críticos/estratégicos);
- O não cumprimento do Plano de Ação de Melhoria apresentado;
- Descumprimento das garantias dos produtos e/ou serviços.

Nos casos de pareceres negativos emitidos pela equipe técnica do Hospital sobre produtos e serviços, a aquisição / contratação destes será suspensa, podendo as contratadas fornecerem os demais itens de seu portfólio. O mesmo se aplica às suspensões definidas pela ANVISA.

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO DE ENTREGAS DE MATERIAIS

O INSTITUTO CEM poderá planejar o manejo do estoque, conforme a demanda e disponibilidade de espaço. Para isso, poderá programar com os fornecedores prazos para entregas de grandes volumes, bem como para compras urgentes.

Esta programação será enviada aos fornecedores por meio de e-mail, com a devida antecedência.

Ao fornecedor cabe a responsabilidade de analisar criticamente o Edital – Termo de Referência – onde constará a Programação de Entregas. A não manifestação por parte do fornecedor indica a aceitação das condições estipuladas neste documento.

Sendo aceita a Programação de Entrega pelo fornecedor, as Ordens de Compra serão monitoradas pelos Indicadores de Avaliação dos Fornecedores.

GARANTIA DE ENTREGA DOS PRODUTOS E OU SERVIÇOS

A mora do fornecedor na entrega dos produtos em conformidade com as especificações exigidas ou acordadas autorizará o INSTITUTO CEM, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, a decidir-se por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou, postergar o pagamento dos produtos/serviços na proporção da mora incorrida pelo fornecedor na sua entrega.

Se o fornecedor, contrariando a previsão da Solicitação de Compra, antecipar a entrega dos produtos/serviços, poderá o INSTITUTO CEM, a seu critério, de pleno direito e independentemente de qualquer formalidade extrajudicial ou judicial, optar por promover a devolução dos produtos / reexecução dos serviços, suportando o fornecedor, com exclusividade, todas as despesas, notadamente as de transporte e as fiscais, ou efetuar o pagamento dos produtos de acordo com as condições previstas na Ordem de Compras.

A entrega de produtos / realização de serviços deverá ser efetuada no endereço estipulado, em local específico e horário previamente / estipulado na Ordem de Compra;

Caso o fornecedor não promova a entrega/realização do produto/serviço, no prazo ora acordado, poderá ser penalizado de acordo com o previsto no Regulamento de Compras e Contratações.

SEGURANÇA E HIGIENE DO TRABALHO

São requisitos obrigatórios e indispensáveis a todos os fornecedores os cumprimentos à legislação pertinente à Segurança do Trabalho.

Quando se tratar de produtos que necessitem de transporte especial deve-se atender à legislação vigente.

Em face disso, o INSTITUTO CEM adotará rígida disciplina, coibindo atividades ou ações que exponham a riscos as pessoas ou ambientes da Unidade.

CIÊNCIA – FORNECEDORES

Os fornecedores interessados em cotar seus produtos e serviços para o INSTITUTO CEM devem ter ciência e estarem de acordo com o "REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES", bem como desta POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES.

4.1.9.1 Regulamento para os Procedimentos de Compra, Contratação de Obras, Contratação de Serviços E Alienações

Capítulo I

DA FINALIDADE

Art. 1° O presente instrumento tem como objetivo regulamentar os procedimentos gerais para as compras e para as contratações de obras e serviços a serem realizados pelo INSTITUTO CEM, com a utilização de recursos financeiros provenientes do poder público e de doações destinadas à unidade de Assistência à Saúde, bem como para regulamentar a alienação de bens.

§ 1º Na condição de Organização Social, qualificada no âmbito do Estado de Goiás por meio do Decreto nº 9.184/18, este regulamento se submete aos princípios constitucionais e da Administração Pública, com observância aos princípios da legalidade, da razoabilidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade, da boa-fé, da probidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia e do julgamento objetivo.

§ 2º O INSTITUTO CEM adotará procedimentos de compra, contratação de obras e contratação de serviços seguindo ao estabelecido no presente regulamento, sempre que os termos da legislação ou do instrumento celebrado para o recebimento do recurso financeiro assim o exigir.

§ 3º Os procedimentos deste regulamento não se aplicam às despesas realizadas com recursos próprios do INSTITUTO CEM, bem como àqueles que por sua origem e natureza exigirem procedimentos próprios, a exemplo dos convênios, parcerias, termos de

colaboração, termos de fomento, concursos ou outra forma de avença, firmados com o poder público, iniciativa privada, organismos nacionais ou internacionais.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 2º Para a finalidade deste regulamento considera-se:

I. Compra: toda aquisição remunerada de materiais de consumo e/ou bens permanentes para fornecimento de uma só vez ou de forma parcelada, com a finalidade de suprir a Instituição com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

II. Contratação: vínculo jurídico formal com o fornecedor de bens de consumo, bens permanentes, obras e serviços, expressos por ordem de compra ou contrato.

III. Obra: toda construção, demolição, reforma, recuperação ou ampliação de edificação ou de qualquer outra benfeitoria agregada ao solo ou subsolo e demais atividades que envolvam as atribuições privativas de Engenharia e Arquitetura.

IV. Serviço: prestação de qualquer trabalho intelectual, técnico ou manual, quando não integrantes de execução de obra.

V. Alienação: toda cessão ou transferência de bens móveis, onerosa ou gratuita, permanente ou temporária.

VI. Carta Cotação: documento formal emitido INSTITUTO CEM dando conhecimento público de seu interesse em comprar, contratar ou alienar, contendo todas as informações necessárias.

VII. Relatório de Compras: documento elaborado pelo comprador relatando sucintamente a negociação e o seu resultado.

VIII. Ordem de Compra: documento formal efetuado com o fornecedor e encerra o procedimento de compras, representando fielmente todas as condições da negociação, a exemplo da descrição detalhada do produto/serviço, unidade de medida, marca, quantidade, valor unitário e total, descontos, prazo de entrega, forma de pagamento, obrigações das partes e outras consideradas relevantes para a gestão do processo.

IX. Contrato: documento formal que em razão da natureza ou complexidade do ajuste comercial, estabelece por meio de cláusulas, as condições de fornecimento de bens de

consumo, bens permanentes, obras, serviços e outras avenças, em conformidade com o Direito Civil Brasileiro e os princípios da teoria geral de contratos.

X. Aquisição/Contratação de Grande Vulto: refere-se àquela cujo valor total da aquisição/contratação ultrapassa a R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais)

XI. Aquisição/Contratação Comum: refere-se àquela cujo objeto adquirido/contratado é usualmente comercializado no mercado, ou seja, cuja qualidade, medida e especificação técnica são conhecidas e praticadas no mercado.

XII. Aquisição/Contratação Complexa: refere-se àquela que exigem um grau de dificuldade que não são conhecidas no mercado, e/ou exigem uma personalização, com especificação técnica inédita para atendimento da necessidade do INSTITUTO CEM .

XIII. Aquisição/Contratação de Pequeno Valor: considera-se para todos os efeitos as aquisições de bens e contratações de serviços definidas de pequeno valor aquelas cujo valor estimado se limite a R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) e que em virtude de sua natureza (materialidade) não necessitam aguardar procedimento de maior formalidade, vedado o fracionamento de despesas.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Art. 3° Na operacionalização dos procedimentos definidos neste regulamento o INSTITUTO CEM deverá:

§ 1° Manter os registros referentes às compras/contratações em processos identificados e numerados cronologicamente, de forma a permitir a operacionalização dos procedimentos, rastreabilidade e auditoria do conteúdo dos mesmos.

§ 2° Determinar os responsáveis pela realização das ações de planejamento, coordenação, supervisão e controle que permitam o adequado gerenciamento da contratação de obras e serviços, aquisição de bens e alienações.

§ 3° Manter distintas, em sua estrutura, as funções: COMPRA/CONTRATAÇÃO, RECEBIMENTO e PAGAMENTO, descentralizando as respectivas tarefas e atribuições.

§ 4° Cumprir as rotinas estabelecidas, observando a necessidade da obra, serviço, compra ou alienação, divulgação e cumprimento dos prazos, sistemática de cotação, análise técnica e eleição da melhor proposta.

§ 5° Observar nas alienações, a necessidade, a possibilidade e a realidade do mercado, bem como os procedimentos legais, conforme o caso.

§ 6° Realizar procedimentos de registro contábil-financeiro das contratações de obras, serviços, compras e alienações, permitindo diferenciar a origem dos recursos, provenientes do Contrato de Gestão, em conformidade com as melhores práticas contábeis.

CAPÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS DE COMPRA E CONTRATAÇÃO

Art. 4º Serão adotados para os procedimentos de compra e contratação, no mínimo, as seguintes etapas:

I. Emissão da solicitação de compra ou contratação por meio de documento formal com a descrição do objeto da compra ou contratação, além das informações complementares necessárias.

II. Publicação da Carta Cotação com a descrição do objeto da compra ou contratação e informações complementares no sítio próprio do INSTITUTO CEM na internet, obrigatoriamente, podendo ainda publicar em plataforma eletrônica de compras, jornais de circulação local ou nacional e no Diário Oficial do Estado de Goiás, de forma isolada ou concomitante.

III. Recebimento das propostas no prazo e local estipulado, contendo o preço e demais informações determinadas na Carta Cotação.

IV. Análise das propostas em consonância com o objeto e informações contidas na Ca. Cotação e emissão de parecer técnico, quando for o caso.

V. Julgamento da melhor proposta levando em consideração os critérios objetivos definidos na Carta Cotação, respeitados os limites estabelecidos no presente Regulamento.

VI. Análise dos documentos de habilitação das empresas que ofertarem proposta.

VII. Publicação do resultado por meio de sítio do INSTITUTO CEM na internet, contendo o nome da empresa vencedora e o preço total da compra ou contratação.

Art. 5º A solicitação de compra ou contratação deverá ser instruída com no mínimo as seguintes informações:

I. Descrição detalhada do bem, da obra ou do serviço.

II. Especificações técnicas.

III. Quantidade e forma de apresentação.

IV. Documentação relativa a qualificação técnica, quando necessário.

V. Justificativa da compra ou contratação.

VI. Valor estimado.

§ 1º A solicitação de compra ou contratação deverá ser assinada pelo responsável da área solicitante, submetida à autorização do Diretor da Unidade e encaminhada ao INSTITUTO CEM .

§ 2º A indicação de marca ou fabricante, quando imprescindível, será admitida como mera referência.

§ 3º As compras e contratações no valor de até R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais) poderão ser realizadas sem o valor estimado, seguindo o rito no art. 6º ou art. 15, desde que comprovada a compatibilidade de preço praticado no mercado, por meio de no mínimo três propostas de preços ou PR meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como valor estimado.

Art. 6º O INSTITUTO CEM dará publicidade previa aos avisos de compras, contratações de obras, de serviços e alienações, no prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis para aquisições/contratações comuns e de no mínimo 10 (dez) dias úteis para aquisições/contratações complexas ou de grande vulto nos seguintes canais de comunicação:

I. Sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, www.institutocem.org.br, para todas as aquisições, contratações e alienações, incluídas aquelas que foram realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras;

II. Diário Oficial do Estado, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 100.000,00 (cem mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

III. Jornal de grande circulação estadual e/ou nacional, para aquisições, contratações e alienações, cujo valor esteja acima de R$ 500.000,00 (quinhentos mil reais), considerando o valor total estimado da aquisição, contratação e alienação;

§ 1º Havendo publicação em mais de um canal acima descrito, a contagem de prazo se dará a partir daquela que ocorrer por último.

§ 2º O INSTITUTO CEM divulgará na Carta Cotação as condições para recebimento das propostas, estabelecendo o prazo, o local de entrega, o objeto e a forma de apresentação do preço entre outros.

§ 3º Em todas as hipóteses elencadas nos incisos I, II e III deste artigo, deverão s disponibilizadas no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM, as versões integrais das Cartas Cotações das aquisições/contratações a serem realizadas.

Art. 7º Para o recebimento das propostas o INSTITUTO CEM definirá os critérios e condições mínimas que deverão constar na apresentação da proposta.

§ 1º A proposta vinculará o proponente, cujo descumprimento ensejará na desclassificação.

§ 2º No caso de divergência entre a proposta e as condições e critérios estabelecidos na Carta Cotação, o INSTITUTO CEM poderá solicitar a retificação da proposta, sob pena de desclassificação.

§ 3º O descumprimento de qualquer das condições impostas neste regulamento ensejará no não recebimento da proposta ou na desclassificação do proponente, observada a possibilidade de retificação de que trata o parágrafo anterior.

Art. 8º O Setor de Compras poderá determinar a análise técnica da proposta, que será realizada pelo solicitante do bem, serviço ou obra.

§ 1º Na análise dos aspectos técnicos da proposta, emitirá parecer técnico habilitando ou desabilitando as propostas integral ou parcialmente, com fundamento na descrição da Carta Cotação, facultando-se quando necessário para subsidiar a análise, solicitar do proponente informações complementares do bem ou serviço, amostras, rol de clientes e visita técnica.

§ 2º A análise técnica será dispensada nos seguintes casos:

I. Quando a marca ou modelo orçado para um determinado produto já for aprovado pelo INSTITUTO CEM, com as informações devidamente registradas no banco de dados próprio.

II. Quando por sua natureza, a aquisição ou contratação dispensar a análise técnica, a exemplo da contratação de cursos, publicação em jornais e aquisição de passagem aérea.

§ 3º Quando as empresas orçarem produtos com marcas ainda não aprovadas e registradas no banco próprio, e o INSTITUTO CEM não puder aguardar o resultado da análise da amostra para aquisição em andamento, as empresas somente poderão fornecer para o INSTITUTO CEM em aquisições futuras.

Art. 9º Para apuração da melhor oferta da compra ou da contratação deverão ser observados principalmente, e naquilo que couber, os seguintes requisitos:

I. Qualidade.

II. Preço.

III. Prazo de entrega.

IV. Faturamento mínimo.

V. Prazo de validade.

VI. Análise técnica.

VII. Durabilidade do produto/serviço.

VIII. Garantia do produto/serviço.

IX. Avaliação de fornecedores.

X. Custo do transporte e do seguro da carga até o local da entrega.

XI. Economia na execução, conservação e operação.

XII. Adoção das normas técnicas de saúde e de segurança do trabalho.

XIII. Impacto ambiental.

XIV. Atendimento ao princípio da padronização, que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantias oferecidas.

XV. As condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do bem.

XVI. Comprovação de capacidade técnica nos casos de fornecimento de bens, serviços ou obras, especialmente aqueles que envolvam importação de matéria-prima ou

equipamentos, detenham conhecimento técnico específico, se constitua em alta complexidade ou envolva área ou atividade essencial.

XVII. Outros, excepcionalmente, identificados como relevantes para a decisão, desde que previamente publicados na carta cotação e devidamente fundamentado no processo de compra/contratação.

§ 1° O INSTITUTO CEM a qualquer tempo poderá desclassificar a proposta ou desqualificar o proponente sem que a esse caiba direito de indenização, na hipótese de vir a tomar conhecimento de fato ou de circunstância que desabone sua idoneidade financeira ou técnica, ou ainda que comprometa sua capacidade de produção, relativo a entrega e qualidade dos produtos.

§ 2° Em busca da economicidade em suas compras/contratações o INSTITUTO CEM poderá, durante a análise das propostas, convidar as empresas habilitadas a apresentar novas propostas de preços, dando tratamento isonômico a todas as participantes.

§ 3° O Serviço de Compras emitirá Parecer de Compras declarando a melhor proposta aquela que, depois de esgotados todos os meios de negociação com uma ou mais empresas, com o intuito de reduzir os preços ofertados, apresentar as melhores condições de fornecimento, observado o determinado no caput deste artigo.

Art. 10 Para se habilitarem no certam os proponentes deverão apresentar os seguinte documentos:

I. Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;

II. Última alteração do Contrato ou Estatuto Social, desde que devidamente consolidada, ou Contrato e Estatuto de Constituição acompanhado da última alteração contratual;

III. Inscrição Estadual ou declaração de isento;

IV. Inscrição Municipal ou declaração de isento, no caso de obras e serviços;

V. Documentos pessoais dos sócios ou dirigentes (RG e CPF);

VI. Procuração e documentos pessoais (RG e CPF) dos representantes da contratada, quando não forem os seus sócios que assinarão o contrato;

VII. Prova de Regularidade com a Fazenda Federal, concernente aos tributos federais e à Dívida Ativa da União, por meio de "Certidão Conjunta emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil – SRFB e Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional - PGFN;

VIII. Prova de situação regular para com a Fazenda Estadual do Estado de Goiás, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos inscritos na Dívida Ativa Estadual;

IX. Prova de situação regular para com a Fazenda Municipal da Sede do proponente, que deverá ser feita por meio de Certidão Negativa de Débitos aos tributos Municipais;

X. Prova de situação regular perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, através da apresentação do CRC - Certificado da Regularidade do FGTS, emitida pela Caixa Econômica Federal;

XI. Prova de regularidade com a Justiça do Trabalho.

§ 1º A documentação que tratam os incisos II e VI deste artigo poderá ser dispensada nos casos de aquisição/contratação via ordem de compra.

§ 2º A documentação de que tratam os incisos VII a XI deste artigo poderá ser dispensada nos seguintes casos:

I. Aquisições/contratações no valor de até o limite de R$ 8.800,00 (oito mil e oitocentos reais);

II. Naquelas consideradas emergenciais, quando comprovadamente colocar em risco de perecimento os bens jurídicos postos sob a tutela do INSTITUTO CEM, ou ainda impuser risco a saúde e/ou integridade física de pessoas ou pacientes;

III. Nos casos de fornecedor exclusivo e/ou na inexistência de outros fornecedores na localidade.

§ 3º Admitir-se como válida a certidão positiva com efeito de negativa.

§ 4º As certidões negativas poderão ser apresentadas até a emissão do Relatório de Compras ou da comunicação interna direcionada ao Gerente Administrativo.

§ 5º O INSITITUTO INSTITUTO CEM aceitará o Cadastro Unificado de Fornecedores do Estado – CADFOR, emitido pelo ComprasNet.GO, em substituição aos documentos determinados no caput deste artigo.

§ 6º É vedada a realização de aquisição/contratação sem qualquer comprovação da regularidade jurídica do terceiro, sendo recomendável a exigência dos documentos previstos nos incisos I ao VI deste artigo, notadamente aqueles obtidos pela internet. Entretanto, circunstâncias especificas da contratação podem possibilitar o cumprimento desse requisito

por meio de outros documentos indicativos da existência e formalidade perante a ordem jurídica e o mercado em que atua.

Art. 11º Caso o proponente que apresentou a melhor proposta não seja habilitado, será convocado o seguinte para negociação, e assim sucessivamente, até que haja uma empresa habilitada, observando o valor estimado para a compra/contratação.

§ 1º Em caso de não restar nenhuma empresa habilitada, apta a fornecer, será realizado novo procedimento, nos termo do art. 6º.

§ 2º Persistindo a ausência de fornecedores habilitados, poderá ser realizada a aquisição/contratação nos mesmos termos do parágrafo 2º do art. 15 deste Regulament

§ 3º A observância do valor estimado para a compra/contratação de que trata a parte final do caput será dispensada quando as propostas de preço comprovarem que o valor estimado esteja desatualizado ou fora da realidade do mercado.

§ 4º Os preços do banco de dados próprio do INSTITUTO CEM, poderão ser utilizados como comprovação de preços de mercado, durante a fase de negociação.

Art. 12 Todas as compras ou contratações deverão ser autorizadas e efetivadas das seguintes formas:

I. Nos casos de ordem de compra serão autorizadas pelo Gerente Administrativo;

II. Nos casos de contrato pelo Gerente Administrativo previamente no Relatório de Compras e pelo Gerente Geral no Contrato;

III. As compras/contratações cujo valor global seja superior a R$ 100.000,00 (cem mil reais) serão autorizadas pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM, independente de convocação, sem prejuízo da autorização do Gerente Administrativo e Gerente Geral da Filial do INSTITUTO CEM .

§ 1º A autorização do Conselho de Administração poderá se dar ad referendum sempre que a autorização prévia não for possível.

§ 2º O Gerente Administrativo e Geral da Filial do INSTITUTO CEM, são hábeis para suprir mutuamente suas eventuais ausências, na assinatura dos Relatórios de Compras das Ordens de Compras e dos Contratos, facultando-se ao Gerente Geral a delegação de poderes por meio de instrumento administrativo próprio.

Art. 13 Os resultados de todas as compras/contratações, incluídas aquelas previstas no artigo 15, e as alienações serão disponibilizadas no sito do INSITUTO INSTITUTO CEM, durante a vigência do Contrato de Gestão, observadas as seguintes informações:

I. Nos casos de Ordem de compra

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Descrição do item.

d) Quantidade do item.

e) Valor total.

II. Nos casos de Contrato

a) Nome da empresa.

b) CNPJ.

c) Objeto do contrato.

d) Vigência do contrato.

e) Valor mensal.

f) Valor total.

Parágrafo único – Os contratos e seus aditivos, também deverão ser disponibilizados integralmente no sitio eletrônico do INSTITUTO CEM .

Art. 14 Concluída a compra ou contratação cumprirá as áreas competentes o recebimento do bem ou do serviço, se de outra forma não for determinado:

I. O Serviço de Almoxarifado é competente para o recebimento dos bens de consumo.

II. O Serviço de Patrimônio é competente para o recebimento de bens permanentes.

III. O Serviço de Manutenção é competente para o recebimento de obras e serviços.

IV. O Serviço de Engenharia Clínica é competente para o recebimento de serviços especializados realizados nos equipamentos médico-hospitalares e apoio ao Serviço de Patrimônio no recebimento de bens patrimoniais médico-hospitalares.

§ 1º Ficam os referidos Serviços, da mesma forma responsáveis em atestar a conclusão da Ordem de Compras ou do Contrato de acordo com as especificações neles contidos, e ainda pelo encaminhamento da Nota Fiscal para pagamento.

§ 2º Nos contratos celebrados pelo INSTITUTO CEM, bem como nas Ordens de Compras, devem constar a obrigação de que o fornecedor deixe registrado de forma impressa no corpo das notas fiscais emitidas e/ou documentos equivalentes o número do Contrato de Gestão e seus aditivos a que a despesa se refere.

Art. 15 Ficam excepcionalizados da publicidade prévia disposta no art. 6º os seguintes casos:

I. Contratação de concessionário ou permissionário de serviços públicos se o objetos do contrato for pertinente ao da concessão ou permissão.

II. Contratação com empresas cujo objeto tenha preço submetido a tabela controlada pelo governo, que não for possível o estabelecimento da concorrência.

III. Contratação de serviços de manutenção em que a desmontagem do equipamento seja condição indispensável para a realização do orçamento, com a possibilidade de aumentar o dano do equipamento.

IV. Quando o fornecedor for exclusivo para o objeto da compra ou contratação, desde que comprovada a exclusividade, através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio local, pelo sindicato ou equivalente, ou ainda por declaração do fabricante, vedada a preferência de marca.

V. Contratação de empresa especializada ou profissional de notória especialização, assim entendido aqueles cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado.

VI. Contratação de empresas públicas, entidades paraestatais, entidades sem fins lucrativos na área de educação profissional, encaminhamento para pesquisa científica, tecnologia, Organizações Sociais, universidades nacionais ou estrangeiras.

VII. Aquisição/contratação cujo valor não exceda R$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por ano, considerando o valor total da aquisição e/ou contratação vedado o fracionamento de despesas.

VIII. Aquisição/contratação realizada em caráter de urgência ou emergência, caracterizada pela ocorrência de fatos inesperados e imprevisíveis, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas ou equipamentos, reconhecidos pela administração.

IX. Grave perturbação da ordem pública ou calamidade pública, cujo não atendimento imediato seja mais gravoso importando em prejuízos ou comprometendo a segurança de pessoas, equipamentos, patrimônio público ou particular sob responsabilidade do INSTITUTO CEM, reconhecidos pela administração.

X. Quando não acudirem interessados à seleção anterior devidamente publicada nos termos do art. 6º e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para o objeto do contrato de gestão, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas.

XI. Aquisição/contratação que utilizar dos valores registrado em Atas de Registros de preços vigentes, para formalizar negociação diretamente com fornecedor vencedor e propor a contratação nos mesmos moldes do Poder Público contratante.

§ 1° Nas hipóteses dos incisos IV, V e VI deste artigo, a empresa contratada deverá comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para validação do valor contratado.

§ 2º As compras ou contratações realizadas com fundamento nos incisos VII, VIII, IX e X deste artigo, serão realizadas por meio de pesquisa de mercado, mediante cotação de preços, sempre que possível junto a , no mínimo, 03 (três) interessados, podendo essa ser realizada por telefone, e-mail ou orçamentos, devidamente registrados no respectivo processo de compras/contratação ou comprovar a compatibilidade do preço praticado no mercado, por meio de, pelo menos, uma nota fiscal de outros clientes, com produtos/serviços idênticos ou similares, ou o Serviço de Compras poderá comprovar a compatibilidade de preços através de informações do banco de dados próprio, contratações realizadas pela administração pública, entidades públicas ou privadas do terceiro setor para a validação do valor contratado.

§ 3º As compras ou contratações realizadas com fundamento no inciso XI deste artigo, poderão ser aplicadas somente nos casos em que a licitação tiver sido promovida por órgão ou entidade da União, dos Estados, ou do Distrito Federal, devendo constar no respectivo

processo de compra/contratação a Ata de Registro de Preços que serviu de referência para negociação, bem como cópia de sua publicação na imprensa Oficial.

CAPÍTULO VI

DOS CONTRATOS

Art. 16 O instrumento contratual é obrigatório para todas as contratações de obras, fornecimento e prestação de serviços contínuos, e para compras e serviços onde não haja entrega imediata e facultativo nos demais casos em que o INSTITUTO CEM puder substituir por outros instrumentos hábeis.

§ 1º Entende-se por compras/contratações para entrega imediata, aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra.

§ 2º Ficam excepcionalizados da formalização de contratos os seguintes casos de compras/contratações:

a) Aquelas cujo prazo de entrega seja de até trinta dias da emissão da ordem de compra;

b) Aquelas cuja contratação de serviços de engenharia seja de valor inferior a R$ 150.000,00.

c) Aquelas cuja aquisição de bem ou serviço, exceto de engenharia, seja de valor inferior a R$ 80.000,00

§ 3º Para os casos que se tratem as alíneas "a", "b" e "c" do § 2º, o instrumento contratual será substituído pela ordem de compra nos termos do inciso VIII do art. 2º deste Regulamento.

§ 4º A ordem de compra passará a ter efeito de contrato quando ostentar a expressa concordância através da assinatura do fornecedor no referido documento.

Art. 17 Os contratos firmados com base neste regulamento estabelecerão, por escrito, com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que estejam em conformidade com o instrumento de seleção e com a proposta a que se vinculam, devendo conter, no mínimo, cláusulas que estabeleçam necessariamente:

I. Qualificação das partes;

II. O objeto e seus elementos característicos, contendo a especificação da obra, do serviço ou do bem;

III. Os valores unitários e totais e as condições de pagamento;

IV. O prazo de vigência do contrato;

V. Quantitativos;

VI. Direitos, obrigações e responsabilidades das partes;

VII. As penalidades cabíveis e, quando aplicável, os valores das multas;

VIII. Os índices de reajustes e, quando aplicável, as garantias;

IX. Os casos de rescisão;

X. Outras previamente estabelecidas no instrumento de seleção.

§ 1º Os contratos firmados com o INSTITUTO CEM terão vigência inicial de até 12 meses, salvo as situações devidamente justificadas.

§ 2º Os contratos firmados poderão ser prorrogados até o limite total de 60 (sessenta) meses, devendo O INSTITUTO CEM, anualmente, nesses casos, comprovar que a prorrogação da avença atende ao princípio da economicidade, exceto os casos em que o fornecedor detiver o monopólio ou exclusividade da atividade.

§ 3º Os contratos firmados com recursos oriundos de contratos de gestão, deverão conter cláusula que disponha sobre a obrigatoriedade de rescisão contratual em caso de término do contrato de gestão.

§ 4º A determinação do prazo não será aplicada para os contratos de adesão, independentemente do termo adotado, assim compreendidos aqueles em que as cláusulas estabelecidas tenham sido aprovadas pela autoridade competente ou estabelecidas unilateralmente pelo fornecedor de produtos ou serviços, sem que se possa discutir ou modificar seu conteúdo.

§ 5º As contratações realizadas por meio de contratos de adesão, à exceção daquelas em que houver monopólio ou exclusividade da atividade, deverão ser reavaliadas no prazo máximo de até 24 (vinte e quatro) meses, podendo, em casos excepcionais devidamente justificados, entender por um período não superior a 12 (doze) meses, com o objetivo de comprovar a vantagem da manutenção do contrato.

Art. 18 As alterações contratuais por acordo entre as partes, desde que justificadas, e as decorrentes de necessidade de prorrogação, deverão constar em termo aditivos.

Parágrafo único – Os contratos poderão ser aditados nas hipóteses de acréscimo que se fizerem necessários nas obras, serviços ou compras, até 25% do valor inicial atualizado, e no caso particular de reforma predial ou de equipamento, até o limite de 50%, e poderão ser suprimidos em qualquer quantidade.

Art. 19 O inadimplemento total ou parcial das obrigações contratuais assumidas dará ao contratante o direito de rescindir unilateralmente o contrato, sem prejuízo de outras penalidades previstas no instrumento de seleção ou no contrato, inclusive a suspensão do direito de contratar com o INSTITUTO CEM por prazo não superior a 1 (um) ano.

Art. 20 As relações contratuais estabelecidas pelo INSTITUTO CEM com seus fornecedores e prestadores de serviços devem prever a obrigação de que as partes ajam de modo lea., responsável e probo, além de perseguir a boa-fé, para repelir quaisquer ações intencionalmente desleais, injustas, desonestas, prejudiciais, fraudulentas ou ilegais, sempre ancorados nas ações de transparência pública.

CAPÍTULO VII

DOS PROCEDIMENTOS DE ALIENAÇÃO

Art. 21 Nos procedimentos de alienação de bens móveis, nos casos em que o bem estiver em posse do INSTITUTO CEM por força do Termo de Cessão e Permissão de Uso firmado com a Secretaria de Estado de Saúde, do Estado de Goiás, serão observados os procedimentos conforme a legislação em vigor aplicável a espécie.

Parágrafo Único: O procedimento estabelecido neste regulamento se aplica exclusivamente aos bens públicos.

Art. 22 A alienação de bens de que trata o art. 20 se vincula a autorização expressa e controle patrimonial direto pela Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser proposta pelo Gerente Administrativo, e confirmada pelo Gerente Geral e pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM .

§ 1° Nas alienações, a modalidade de divulgação e forma de pagamento deverão observar as especificidades do bem a ser alienado e as condições do mercado, em consonância com a Lei nº 8.666/93, por se tratar de patrimônio público.

§ 2° A alienação de bens móveis integrantes do patrimônio público deverá ser precedida de autorização da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, cujo resultado financeiro deverá

ser reinvestido no desenvolvimento das atividades especificadas no Contrato de Gestão, se de outra forma não for determinado.

Art. 23 Os bens imóveis pertencentes ao Estado de Goiás dados em cessão e permissão de uso, bem como aqueles adquiridos pelo INSTITUTO CEM com recursos públicos originados do Contrato de Gestão não poderão ser alienados em nenhuma hipótese, salvo os casos previstos e autorizados na forma da lei, cujo procedimento de alienação será realizado pelo poder público por meio de suas Secretarias.

Art. 24 Todos os bens móveis e imóveis cujo uso tenha sido autorizado ao INSTITUTO CEM por meio de cessão e permissão de uso têm sua destinação e utilização exclusiva e vinculada à consecução dos objetivos do Contrato de Gestão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 25 Os termos deste regulamento se submetem ao controle estatal e social, por meio de sua aprovação pelo Conselho de Administração do INSTITUTO CEM e pela Controladoria-Geral do Estado de Goiás em conformidade com o disposto no inciso VIII, do art. 4º e parágrafo único, do art. 17, da Lei nº 15.503/05, do Estado de Goiás.

Art. 26 É proibido o recebimento de vantagens, de qualquer natureza, por qualquer colaborador da Instituição, em qualquer das fases do processo de contratação de obras, serviços, compras e alienações. Da mesma forma, fica proibido que conste nome, símbolos ou imagens que caracterizem ou favoreçam a promoção pessoal de autoridades ou empregados em publicidade de atos, programas, obras e serviços.

Art. 27 É vedado ao INSTITUTO CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório.

Art. 28 O INSTITUTO CEM reserva-se o direito de revogar o processo de aquisição/contratação, por sua exclusiva conveniência, a qualquer tempo, desde que justificado no processo, antes da compra ou contratação, sem que caiba a qualquer proponente o direito de exigir compensação pecuniária ou indenização.

Art. 29 Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 30 Este Regulamento entrará em vigor após a sua publicação no Diário Oficial do Estado de Goiás.

Goiânia-GO, 03 Janeiro de 2019.

_____

Thadeu de Morais Grembecki

Presidente do Conselho de Administração

O almoxarifado é um importante setor das empresas, sejam públicas ou privadas, e consiste no lugar destinado à armazenagem em condições adequadas de produtos para uso interno. O tema é uma das principais matérias de estudo no campo da administração.

1. Histórico

O almoxarifado se constituía em um depósito, quase sempre o pior e mais inadequado local da empresa, onde os materiais eram acumulados de qualquer forma, utilizando mão-de-obra desqualificada. Com o tempo surgiram sistemas de manuseio e de armazenagem bastante sofisticados, o que acarretou aumento da produtividade, maior segurança nas operações de controle e rapidez na obtenção das informações. O termo Almoxarifado é derivado de um vocábulo árabe que significa "depositar".

2.Conceituação

Almoxarifado é o local destinado à guarda e conservação de materiais, 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 acondicionada à política geral de estoque da empresa.

3. Funções

Assegurar que o material adequado esteja, na quantidade devida, no local certo, quando necessário;

Impedir que exista divergência de inventário e perda 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.

4. Eficiência no almoxarifado

A eficiência de um almoxarifado depende fundamentalmente:

Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do consequente aumento do número das viagens de ida e volta;

Do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;

Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

5. Outros conceitos sobre almoxarifados

Analisando o organograma funcional de um almoxarifado podemos resumir as suas principais atribuições:

Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;

Entregar os materiais mediante requisições autorizadas aos usuários da empresa;

Manter atualizados os registros necessários.

Controle:

Embora não haja menção na estrutura organizacional do almoxarifado, o controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja recebimento, armazenagem e distribuição.

O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

Recebimento:

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais é módula de um sistema global integrado, com as áreas de contabilidade, compras e transportes, e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

1ª fase: Entrada de materiais;

2ª fase: Conferência quantitativa;

3ª fase: Conferência qualitativa;

4ª fase: Regularização.

Armazenagem:

Ao guardar materiais no almoxarifado, são necessários alguns cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

FASES DESCRIÇÃO

1ª fase Verificação das condições de recebimento do material

2ª fase Identificação do material

3ª fase Guarda na localização adotada

4ª fase Informação da localização física de guarda ao controle

5ª fase Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento

6ª fase Separação para distribuição

Distribuição: Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

Documentos Utilizados:

São utilizados os seguintes documentos no Almoxarifado para atendimento d diversas rotinas de trabalho:

Ficha de controle de estoque (para empresas ainda não informatizadas): documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu ressuprimento;

Ficha de Localização (também para empresas ainda não informatizadas): documento utilizado para indicar as localizações, através de códigos, onde o material está guardado;

Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;

Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;

Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almoxarifado;

Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almoxarifado, as quantidades de material, porventura, requisitadas além do necessário.

O profissional escolhido para cuidar das mercadorias e documentos deve possuir alto grau de sentimento de honestidade, lealdade, confiança e disciplina.

4.1.9.2 Funcionamento do Almoxarifado

O setor de almoxarifado exige o controle do estoque (quantidade, reposição, armazenagem, validade, controle do uso, etc.), mercadorias e produtos (de limpeza, de escritório, serviços, etc.), aquisição (levantamento de preços, pesquisa de fornecedores, registro das compras feitas e a fazer, arquivamento de notas) e outras tarefas afeitas ao almoxarife ou estoquista. Estas funções necessitam observar critérios de racionalização, acondicionamento, localização, precisão, padronização, indicadores e documentação.

Na racionalização do almoxarifado deve-se ter em conta o cálculo das quantidades de produtos que se deve possuir em estoque.

No acondicionamento deve-se buscar a otimização das distâncias entre o local de estocagem e onde será usada, a adequação do espaço de guarda com o melhor uso de sua capacidade volumétrica.

Para a localização deve-se observar a facilidade em se encontrar aquilo que é procurado, através de etiquetagem, por exemplo, a fim de se evitar a entrega errônea de material, o que acarreta problemas no controle, tempo desperdiçado, etc.

Precisão de operação implica na exatidão das informações de controle com a realidade dos bens armazenados. A inexatidão dos dados provoca falhas de contabilidade, fornecimento, dentre outras.

Os materiais do almoxarifado devem ser padronizados, para fins de melhor controle das compras (fornecimento), e evitar falhas como a duplicidade de itens no registro.

O setor deve apresentar os indicadores de suas atividades, como relatórios de eficiência, a fim de proporcionar otimização do gerenciamento, controle do histórico dos itens, etc.

Documentação implica na confecção do manual técnico de almoxarifado, em que se defina de modo preciso as normas de identificação dos produtos, inventário, inclusão de novos itens, entre outros.

4.1.9.3 Logística de Materiais de Saúde: Estoque, Almoxarifado E Transporte Seguros

Na logística, é fundamental que alguns critérios sejam estabelecidos e que se tenha atenção a alguns cuidados no estoque, almoxarifado e transporte de produtos. Mas, antes de iniciar nossa conversa, vamos esclarecer alguns pontos:

O almoxarifado deve conservar os materiais de saúde e assegurar que estejam adequado na quantidade e no local certos, quando necessário, além de também impedir que tenham divergências de inventário e perdas de qualquer natureza.

Ao colocar os materiais em um almoxarifado, o cuidado é comparado ao funcionamento de um banco, com entrada para estoque, ficha de depósito bancário, nota fiscal de compra, saída do estoque, cheque, requisição de material. A sua eficiência depende da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do aumento do número de viagens de ida e de volta, além do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas e da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

O controle precisa fazer parte das atribuições de cada setor envolvido no organograma funcional, seja recebimento, armazenagem e distribuição, fornecendo as quantidades que estão à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

O recebimento dos materiais de saúde inicia na recepção junto ao fornecedor até os estoques, integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e funcionando como suporte entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. No recebimento, é possível observar quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

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

- verificação das condições de recebimento do material
- identificação do material

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

Nas rotinas de trabalho do almoxarifado, os documentos utilizados frequentemente são: ficha de controle de estoque, ficha de localização, comunicação de irregularidades, relatório técnico de inspeção, requisição de material e devolução de material.

RECEBIMENTO

As atribuições para o recebimento basicamente são em quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização. Para a entrada de materiais, primeiramente a recepção dos veículos de transporte marca o início do processo de recebimento e precisa de uma triagem da documentação suporte do recebimento, além da verificação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, está autorizada pela empresa, assim como a constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual e se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal, cadastramento das informações referentes a compras autorizadas no sistema, e encaminhamento dos veículos para descarga.

As irregularidades e divergências constatadas em relação às condições de contrato, e sendo insanáveis, devem ser motivo de recusa do recebimento, incluindo anotações sobre as circunstâncias no verso da nota fiscal.

Para prosseguir com o recebimento dos materiais de saúde, é preciso efetuar o cadastramento dos dados atualizando os sistemas: Sistema de Administração de Materiais e gestão de estoques, Sistema de Contas a pagar e Sistema de Compras.

CONFERÊNCIAS DE MATERIAIS DE SAÚDE

Aqui temos as conferências em duas frentes: quantitativa e qualitativa.

A Quantitativa certifica se a quantidade de materiais declarada pelo fornecedor na nota fiscal corresponde à quantidade recebida. A confrontação do material recebido e do material faturado é efetuada posteriormente pelo regularizador que providenciará a recontagem. Essa recontagem pode seguir o método manual, para pequenas quantidades; por meio de cálculos, em embalagens padronizadas com grandes quantidades; balanças contadoras

pesadoras, em grande quantidade de pequenas peças; pesagem, quando forem materiais de maior peso ou volume; medição por trenas.

A conferência Qualitativa garante a adequação do material ao seu fim, com uma análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica, confrontando as condições contratadas na Autorização de Fornecimento com as consignadas na Nota Fiscal pelo Fornecedor. E para que o recebimento dos materiais seja de acordo com o contratado, são examinados os seguintes itens: características dimensionais, características específicas e restrições de especificação.

ARMAZENAGEM DE MATERIAIS DE SAÚDE

A utilização ideal do espaço disponível para armazenamento dos materiais necessita de uma análise das cargas, dos níveis de armazenamento, das estruturas para armazenagem e dos meios mecânicos que serão utilizados.

Conforme as características do material de saúde a ser armazenado, os critérios podem seguir alguns parâmetros, como: fragilidade, combustibilidade, volatilização, oxidação, explosividade, intoxicação, radiação, corrosão, inflamabilidade, volume ,peso, forma.

A disposição dos materiais não é definida por regras taxativas e por isso é preciso analisar os parâmetros acima para escolher a alternativa mais conveniente que melhor atenda ao fluxo de materiais, como: armazenamento por tamanho, armazenamento por frequência, armazenamento especial, armazenamento em área externa, coberturas alternativas quando não é possível a expansão do almoxarifado.

Para otimizar a localização de materiais, é preciso estabelecer os meios necessários q facilitem as operações de movimentação e estocagem. Os sistemas de endereçamento ou localização dos estoques que podem ser considerados são o sistema de endereços fixos e o sistema de endereços variáveis.

Classificar e codificar os materiais facilitam o processo posteriormente, pois o acesso às informações estará mais claro e prático. E com a tecnologia, a identificação de materiais está sendo revolucionada, automatizando os processos para acelerar o seu manuseio.

ORGANIZAÇÃO INTERNA

A Unidade de Almoxarifado, no que se refere a sua organização interna, possuirá como objetivo fornecer aos usuários procedimentos normais e favorecer o controle das operações e melhor eficiência, em termos de operação, utilização do espaço e informação.

FUNCIONAMENTO

Os horários de expediente dos Almoxarifados para fins de atendimento e liberação de materiais serão:

Entrada de Materiais

O local de recebimento físico dos itens, como regra, será sempre o depósito do Almoxarifado Geral, apenas. Em nenhuma circunstância os materiais poderão ser recebidos outros setores diferentes do descrito acima.

De acordo com a IN 205/88, o "recebimento é o ato pelo qual o material encomendado é entregue ao órgão público no local previamente designado, não implicando em aceitação. Transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material, do fornecedor ao órgão recebedor".

Como pode ser observado, o recebimento é o ato prévio à aceitação do material, transferindo apenas a responsabilidade pela guarda e não se confundindo com a aceitação. Temos neste caso o recebimento provisório. Para que o recebimento não ocasione problemas futuros, deverão ser analisados, no mínimo, os aspectos fiscais (Nota Fiscal) e aspectos físicos das embalagens. Ainda, de acordo com a supracitada IN, são documentos hábeis para o recebimento das mercadorias:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão/Doação ou Declaração exarada no processo relativo à Permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Conformidade Nota Fiscal

A maior parte das entradas será realizada através de Nota Fiscal de venda, sendo esta, portanto, instrumento de maior necessidade de estudo. Como verificação inicial e imprescindível para o recebimento da mercadoria, deverão ser verificados os dados constantes no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas), razão social, endereço, número da nota de empenho, as informações do transportador, quantidade de volumes, espécies, número de lote, prazo de validade, dentre outros. Segundo a IN 205/88, constarão, necessariamente, as informações: descrição do material, quantidade, unidade de medida, preços (unitário e total).

Conferência de Volumes

O quantitativo relatado na Nota Fiscal deve conferir com os volumes efetivamente entregues.

Como em alguns casos é inviável a contagem unitária de todos os componentes no ato da entrega, principalmente quando estes quantitativos forem demasiadamente elevados, deve-se atentar aos volumes (pacotes, caixas) os quais foram entregues, adotar procedimentos com metodologia devidamente justificada para fins de realização de contagem, dentre outras alternativas. recusado de imediato. Se não houver indícios de danos ao conteúdo da embalagem, pode ser aceito, entretanto o fato deve constar no termo de recebimento provisório.

Entrega de produto errado: Havendo divergência completa entre o material a ser entregue e o relatado na Nota Fiscal, o recebedor deverá recusar a entrega, informando o licitante acerca do ocorrido, sempre via correio eletrônico (e-mail) corporativo.

Regularização de Inconformidades

A responsabilidade de regularizar todas e quaisquer inconsistências no produto a ser entregue é do fornecedor, sendo, inclusive, obrigado a arcar com os custos logísticos de substituição e envio do produto correto.

Havendo problemas na entrega do material solicitado, o responsável pelo atesto definitivo deverá anotar preferencialmente em formulário padrão do Almoxarifado os problemas encontrados que impossibilitam o aceite. Após o preenchimento do termo, a Unidade de Almoxarifado entrará em contato com o fornecedor para corrigir o problema encontrado. Todas as tratativas entre Almoxarifado e fornecedor devem ocorrer por intermédio de mail institucional.

Comunicação Formal de Chegada

No ato do recebimento, conforme já mencionado, é transmitida apenas a responsabilidade pela guarda dos bens, até o aceite definitivo. Neste momento (recebimento provisório), o setor de Almoxarifado deve proceder a comunicação formal de chegada dos materiais ao setor demandante ou área técnica responsável no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, através de notificação via correio eletrônico e agendamento de data para conferência. A partir do conhecimento, o setor técnico/demandante ficará responsável pelo aceite da mercadoria, procedendo e firmando o aceite definitivo.

No corpo do e-mail e no agendamento deverá constar o prazo para recebimento definitivo, a localização física do material, a área responsável pelo aceite e as implicações que o não

recebimento no prazo pode ocasionar. O setor de Almoxarifado deve obter confirmação de que o e-mail ou memorando foi recebido pela área técnica responsável.

Com relação ao fato de, ocasionalmente, não ocorrer o aceite definitivo dentro do prazo estipulado, deve constar no corpo da mensagem que neste caso será aberto processo de pagamento de ofício, independente de aceitação técnica.

Isso deve ocorrer pois o fornecedor não deve arcar com os custos da inércia da Administração,

respeitando a razoável duração do processo administrativo. Neste caso, o setor técnico/demandante que ensejar no aceite tácito ficará sujeito a apuração de responsabilidade.

Recebimento definitivo

Após a constatação da área técnica de que os bens correspondem de fato ao que foi aceito no certame licitatório, ou que foi acordado previamente, surge o recebimento definitivo. A partir deste momento, a Instituição reconhece a entrega nos conformes, e autoriza o pagamento do material entregue.

O responsável pelo recebimento definitivo é a área técnica ou demandante, dependendo do caso.

No caso de itens de almoxarifado, a área técnica será confundida com o próprio Setor, representado por responsável pelo recebimento e, neste caso, o recebimento provisório e o definitivo deverão ser realizados por servidores diferentes.

Com relação ao recebimento definitivo na Administração Pública, a IN 205/88 entende como exame qualitativo, que poderá ser realizado através de técnico especializado ou comissão especial, da qual, em princípio, fará parte o encarregado do almoxarifado, nos moldes da referida IN.

Acerca deste aspecto, os bens serão recebidos definitivamente no prazo de 01(um) dia, contados do recebimento provisório, após a verificação da qualidade e quantidade do material e consequente aceitação mediante termo circunstanciado.

Na hipótese de a verificação a que se refere o subitem anterior não ser procedida dentro do prazo fixado, reputar-se-á como realizada, consumando-se o recebimento definitivo no dia do esgotamento do prazo.

Diante da omissão da Administração em atestar o recebimento da mercadoria, tem-se o recebimento tácito, conforme já mencionado. Nesta hipótese, extinguindo o prazo para atesto, o Almoxarifado deverá, de ofício, relatar o ocorrido, quer seja a omissão da área técnica/demandante, e apontar o recebimento tácito, encaminhando o referido processo para pagamento, pois o particular contratante não pode arcar com a inércia injustificada da Administração, ressalvando-se a possibilidade de caso fortuito ou força maior. Caberá, neste caso, apuração de responsabilidade.

Destinação do bem

O bem definitivamente recebido será encaminhado ao setor demandante mediante registro de saída do material, exceto os materiais que irão compor o estoque da Unidade de Almoxarifado. Para os bens que por algum motivo deverão permanecer sob guarda temporária do Almoxarifado, será criado o "Almoxarifado Especial", que será o local reservado para a custódia dos bens até a entrega definitiva.

Entrada para o estoque

A estratégia de manutenção de estoques será utilizada especificamente para os itens de almoxarifado, ou seja, os itens de uso comum do Hospital . Para estes serão realizadas entradas para composição do estoque, restrito ao gestor de tais itens.

Entrada com saída imediata

Para os bens com demanda líquida e certa, cuja função do Almoxarifado for apenas o de recebimento, serão dadas entradas com saída imediata, sendo o material entregue diretamente ao demandante mediante registro de saída do material.

Transporte

O transporte deve garantir que os produtos cheguem ao destino conforme indicações especificadas. O pessoal de transporte deve ser treinado sobre os cuidados especiais para a manutenção da qualidade:

Evitar exposição dos produtos ao calor excessivo;

Usar veículo fechado;

Nunca expor os produtos diretamente ao sol ou à chuva;

Não deixar o veículo estacionado ao sol;

Manusear a carga com cautela;

Realizar o transporte adotando velocidade e manobras compatíveis com o tipo de carga a ser transportado.

Itens de segurança

A Unidade de Almoxarifado é destinada à estocagem de materiais e produtos para a saúde e em suas dependências trabalham inúmeros colaboradores. Para tanto, rotineiramente os responsáveis deverão realizar inspeções afetas a este assunto, principalmente no que se refere a situação dos extintores.

Em síntese, deverão ser adotados procedimentos no intuito de verificar se o extintor está na validade adequada, visualizar se está carregado, observar se o acesso não está obstruído, dentre outros. O cilindro nunca deve estar amassado ou enferrujado, devendo conter o selo do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO).

A constatação de situações e adoção de procedimentos que comprometam a segurança dos profissionais que atuam no local deve ser relatada a chefia imediata mediante a confecção de documento para fins de posterior encaminhamento à USOST (Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho).

Mapa de risco

Conforme a Portaria NR 05, de 17 de agosto de 1992, do Ministério do Trabalho e Emprego, a elaboração do Mapa de Riscos é obrigatória para empresas com grau de risco e número de empregados que exijam a constituição de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

O Mapa de Riscos da Unidade de Almoxarifado será a representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitem pelo local.

Limpeza e Conservação

Os locais de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores. É proibido fumar, comer e beber nas dependências dos Almoxarifados (local específico para este fim).

Os resíduos deverão ser depositados em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações emanadas pelo fabricante e/ou de reciclagem.

Gestão de materiais

A gestão dos estoques deve ser baseada em dados e relatórios que possibilitem a melhor utilização dos recursos disponíveis visando a melhor alocação destes entre materiais permanentes e de consumo, sempre visando a segurança e correto acondicionamento dos materiais.

Itens de alto custo/risco

Como forma de prevenção de danos ou eventuais furtos, será destinada uma sala exclusiva para o acondicionamento de itens de alto custo/risco, que por razões de alto valor ou de facilidade de danos ou furtos, terá seu acesso restrito.

O acesso às salas será restrito ao Chefe da Unidade de Almoxarifado, e nas suas ausências, por um substituto. Todo e qualquer acesso será registrado pelos seguranças patrimoniais e Atividade de suprimentos em consonância com a IN/NR 205, de 08 de abril de 1988, em seu tópico "racionalização", a responsabilidade de ressuprimento dos itens essenciais de uso comum será centralizada no Almoxarifado, através de reposições constantes dos itens, mantendo o estoque necessário para atender a Unidade de Saúde em suas atividades.

Cabe ressaltar que a Unidade de Almoxarifado é responsável somente pelo suprimento dos insumos necessários às atividades assistenciais e administrativas da Instituição. Os bens de uso e consumo para os Setores de Laboratórios, Lavanderia, Hotelaria, Nutrição (usc consumo imediato) dentre outros, ficarão sob responsabilidade, controle e tutela dos respectivas Setores, ocasião em que a Unidade de Almoxarifado somente será responsável pela guarda dos bens para melhor utilização dos espaços físicos, quando necessário e mediante justificativa.

Mutirões de cirurgias, projetos, alteração de procedimentos que acarretem alteração relevante de consumo, dentre outras circunstâncias que demandem grande vulto de materiais e/ou que fogem a demanda normal deverão, necessariamente, ser inseridos no planejamento de ressuprimento do Almoxarifado com antecedência.

Nesse caso, deverá haver planejamento e comunicação prévia para fins de viabilizar as aquisições, respeitando um prazo razoável mínimo de 30 (trinta dias) para adoção dos trâmites administrativos/burocráticos necessários.

Distribuição

Ao receber os produtos o responsável procederá à conferência confrontando a requisição eletrônica de saída com os produtos recebidos. Havendo divergência de quantidades entre a requisição eletrônica de saída e os produtos recebidos, a Unidade de Saúde ou Administrativa deverá comunicar formalmente o almoxarifado, para devida e imediata correção.

Quando o almoxarifado enviar produtos que não serão utilizados pela Unidade de Saúde ou Administrativa, seja pela especificação incorreta ou pela falta de demanda, esta deverá devolver os itens.

Toda devolução será acompanhada do Formulário de Devolução contendo o nome da Unidade de Saúde ou Administrativa, nome genérico dos materiais, código, unidade, quantidade, lote, data de validade e assinatura do responsável pela Unidade de Saúde ou Administrativa. Neste Formulário deve ser justificado o motivo da devolução

Na entrega, o servidor da Unidade de Saúde ou Administrativa, responsável pelo recebimento deve verificar se os mesmos estão acompanhados pelo formulário de Solicitação de Materiais expedido pela Unidade de Saúde ou Administrativa, devidamente preenchido pelo almoxarifado. Também devem constar na entrega as duas vias da requisição eletrônica de saída.

Inspecionar o produto quanto a sua embalagem (presença de umidade, condições do rótulo, condições de fechamento da embalagem e condições da caixa), e ainda quanto à sinais físicos, observando sempre o prazo de validade dos produtos. Qualquer alteração deverá ser comunicada formalmente ao almoxarifado para devida e imediata correção.

Estando os materiais de acordo com o solicitado deverão ser assinadas as duas vias da requisição eletrônica de saída de materiais, expedida pelo almoxarifado, devendo uma via retornar para ao almoxarifado, e a outra deverá ser arquivada na própria Unidade de Saúde ou Administrativa para eventuais conferências/fiscalizações.

Estoques de bens de consumo comum

Os bens de consumo comuns essenciais a toda comunidade de Assistência à Saúde e administrativa serão mantidos com estoques que atendam às demandas do HC, sempre com uma projeção de abastecimento de, pelo menos, 3 (três) meses. A lista dos materiais considerados de consumo comuns será taxativa e poderá ser revista sempre que houver a necessidade de inclusão ou supressão de itens.

Para a referida lista, a área responsável pelo gerenciamento e reposição dos estoques será a Unidade de Almoxarifado e/ou o Setor de Padronização de Materiais, não sendo necessário, portanto, requisição para compra por outras unidades. Acerca destes itens será utilizada a estratégia de ressuprimento sempre que o estoque atingir o mínimo determinado no sistema.

Não serão mantidos estoques ou atas de registro de preços, sendo a aquisição realizada sob demanda, consoante documentação devidamente formalizada contendo quantitativo de demanda, utilização, justificativa, dentre outros, nos moldes apresentados pelo Setor de Padronização de Materiais.

Aquisições de materiais para o estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de

consumo, para fins de reposição de estoque. O almoxarife (sob a figura dos responsáveis) efetua o pedido, ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender, satisfatoriamente, as necessidades dos setores requisitantes, até a compra de nova remessa.

Para tanto, deve-se pesquisar a saída de materiais durante o período de um ano e requisitar a quantidade necessária para atender por no mínimo 03 (três) meses, sempre observando o disposto no item 2.5 da IN/NR 205, de 08/04/1988, que menciona que deve ser evitada a compra volumosa de materiais sujeitos, num curto espaço de tempo, à perda de suas características normais de uso e também aqueles propensos ao obsoletismo.

Manutenção dos estoques

A movimentação dos materiais deve sempre ser realizada com máxima cautela e segurança, a fim de evitar perdas de materiais e acidentes de trabalho. Para que o manuseio seja efetuado de forma segura, alguns pontos devem ser destacados e observados, obrigatoriamente, por todos os responsáveis:

- Os materiais paletizados com maior peso deverão ser alocados no chão, apenas sobre o pallet;
- Não é permitido o acondicionamento de caixas, materiais ou embalagens diretamente no solo, visto que a umidade danifica toda a proteção e pode, inclusive, danificar o bem;

Materiais de mesma natureza deverão ser alocados próximos nas prateleiras para facilitar a localização e o inventário;

Não é permitido estocar materiais, mesmo que provisoriamente, nos corredores, áreas livres ou áreas demarcadas para outros fins. As áreas de circulação deverão sempre permanecer livres;

O empilhamento dos materiais não deve incorrer em riscos para os trabalhadores, além de preservar as características dos materiais, levando em consideração a pressão ocasionada no empilhamento;

Materiais inflamáveis deverão ficar armazenados isoladamente dos demais, conforme Associação Brasileira de Normas Técnicas/Norma Brasileira (ABNT-NBR) 14725-4:2009;

Os extintores de incêndio deverão sempre estar livres para alcance, não podendo ser obstruído por materiais, mesmo que temporariamente;

Materiais estranhos ao pertencente ao HC não devem permanecer, em hipótese alguma, no prédio;

Materiais inservíveis ou em desuso deverão ser separados para desfazimento;

Produtos mais antigos ou com prazos de vencimento menores deverão ser entregues primeiro.

Anual: destinado a comprovar a quantidade e o valor dos bens patrimoniais do acervo de cada unidade gestora, existente em 31 de dezembro de cada exercício. A contagem compreenderá o universo de 100% dos itens, a fim de levantar informações acerca do andamento do controle dos materiais e sua realização dar-se-á através de comissão especialmente designada por Portaria específica para o inventário;

Inicial: realizado quando da criação de uma unidade gestora, para identificação e registro dos bens sob sua responsabilidade;

De transferência de responsabilidade: realizado quando da mudança do dirigente de uma unidade gestora;

De extinção ou transformação: realizado quando da extinção ou transformação da unidade gestora;

Eventual: realizado em qualquer época, por iniciativa do dirigente da unidade gestora ou por iniciativa do órgão fiscalizador.

Objetivos dos inventários

O inventário de bens materiais de uso e consumo terá como objetivos:

Verificar a existência e localização dos bens, possibilitando a atualização dos termos de responsabilidade e contribuindo para uma melhor eficiência e transparência da gestão patrimonial;

Permitir a confrontação entre os registros de movimentação de bens e os registros do Sistema

Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI);

Fornecer subsídios para melhorar a eficiência da gestão patrimonial permitindo melhor planejamento, avaliação e controles gerenciais dos materiais permanentes, mantendo constantemente atualizados os devidos registros;

Confirmar as responsabilidades dos gestores das unidades pela guarda dos bens patrimoniais;

Informar o estado de conservação dos bens e materiais;

Confirmar os agentes responsáveis pelos bens.

Constituição da comissão de inventário

Os inventários de almoxarifado são realizados por comissão, composta por, no mínimo, 3 (três) servidores titulares e seus respectivos suplentes, nomeados pela Superintendência deste Hospital, preferencialmente, do quadro permanente, com conhecimentos técni específicos e grau de instrução adequado. Os servidores nomeados devem pertencer a unidades distintas.

Entre os membros da Comissão de Inventário, será designado um servidor, preferencialmente com experiência na área de Administração de Material, para presidir os trabalhos da Comissão.

Trabalhos da comissão de inventário

A comissão de inventário, de posse do ato de designação, comunicará, formalmente, às unidades a serem inventariadas, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, da data e hora de início de seus trabalhos.

Na comissão de inventário anual do Almoxarifado, é vedada a participação de mais de um servidor da Unidade de Almoxarifado, não podendo esse ocupar a Presidência da referida comissão.

Na realização dos inventários analíticos a comissão também deverá direcionar os seus trabalhos à verificação do estado de conservação dos bens e materiais, de forma a avaliar a gestão dos bens pelos agentes responsáveis, assim como evitar a permanência de material inservível ou ocioso na unidade.

Comissão permanente de avaliação, destinação e desfazimento de bens Após a realização dos trabalhos pela Comissão de Inventário, esta deverá elaborar relatório circunstanciado e fundamentado da avaliação, recomendando a destinação dos bens por meio de ata da Comissão subscrita por todos os membros.

Além disso, deverá repassar as informações para fins de que a Comissão Permanente de Avaliação e Destinação e Desfazimento de Bens possa realizar seus trabalhos no sentido de indicar a destinação para os bens que forem considerados inservíveis para a Administração.

Ademais, deverão avaliar os bens passíveis de desfazimento, classificando-os como ociosos, recuperável, antieconômico ou irrecuperável, recomendando o leilão, a cessão, a doação ou o abandono, conforme estabelece a legislação vigente.

O procedimento para o desfazimento de bens deverá ser efetuado mediante abertura de processo administrativo, devidamente autuado com anuência da Superintendência, ocasião em que cópia deste documento será arquivado na Unidade de Almoxarifado.

Publicidade dos atos

Procedida a realização de inventários, mesmo rotativos, os relatórios pertinentes ao balanço dos estoques das Unidades de Almoxarifados, e o balanço patrimonial dos itens deverão ser publicados, haja vista a necessidade de atender a publicidade aos atos administrativos e de gestão, e ao mesmo tempo possibilitar, com isso, o conhecimento e a fiscalização da legitimidade de seus atos pelos administrados.

Empréstimo

Às vezes o empréstimo entre as instituições públicas é uma solução imediata para evitar o desabastecimento ou para evitar perdas. Deve ser realizado somente após autorização da chefia imediata e mediante consulta e autorização escrita e justificada da parte envolvida.

Deve-se informar o item, a quantidade, prazo para devolução, o lote e o prazo de validade do material em questão.

Deve seguir os mesmos fluxos de entrada e saída no controle de estoque, identificando a procedência. Os documentos relacionados ao empréstimo devem ser mantidos organizados, assinados, datados e arquivados, identificando assim a movimentação efetuada.

Em nenhuma hipótese serão fornecidos materiais pelo almoxarifado com a finalidade de empréstimo a instituições privadas. A Unidade de Almoxarifado não reconhecerá e tampouco autoriza empréstimos (concedidos/recebidos) realizados pelos setores assistenciais e/ou integrantes de equipes que não sejam afetos as Unidades de Almoxarifado.

Doações

A doação de material pode trazer benefício para os serviços de saúde, principalmente em situações de emergência, nas quais o abastecimento dos itens esteja prejudicado. No entanto, é preciso atentar para o fato de que em algumas situações as doações podem constituir problema para os serviços receptores. Como por exemplo, o recebimento de material médico não-padronizado no HC ou ainda em quantidade superior ao consumo do serviço até o final do prazo de validade, itens misturados ou quebrado, dentre inúmeros problemas que podem acontecer quando as doações não seguem orientações previamente estabelecidas.

O doador deve informar o receptor sobre todos os materiais que estão sendo considerados no processo de doação. A informação deve ser clara e detalhada sobre quantidad apresentações, prazos de validade, dentre outros.

Princípios para doação

As doações devem atender a princípios que servirão de linha de julgamento para a decisão por parte do receptor sobre a aceitação ou não da doação, principalmente para as situações não previstas por estas diretrizes.

Devem ser avaliados sempre que houver oferta para a doação de produtos para a saúde. A observância dos mesmos evita que sejam aceitas doações que possam vir a configurar problemas mais sérios para os serviços de saúde.

O doador deve arcar com o custo de transporte e demais custos que por ventura surjam, até a entrega definitiva do material no local identificado pelo receptor, a menos que seja acordado o contrário.

Oferecer benefício máximo ao recebedor (as doações de itens não solicitadas devem ser desencorajadas);

O doador deve respeitar a vontade e a autoridade do recebedor;

Não deve haver nenhuma dúvida sobre o padrão de qualidade dos materiais/itens doados (se a qualidade do produto é inaceitável para que o mesmo seja comercializado, também será inaceitável para que seja utilizado pelos serviços públicos de saúde);

A comunicação entre o doador e o receptor deve ser efetiva, ou seja, as doações devem se basear na necessidade expressa do receptor e não devem ser realizadas sem o seu conhecimento.

INDICADORES DE GESTÃO -ALMOXARIFADO

A Unidade de Almoxarifado deverá procurar estabelecer um indicador de problemas apresentados e monitorá-lo ao longo do tempo, tais como:

Tempo de resposta do serviço;

Tempo de execução;

Quantidade de reclamações dos clientes;

Solicitações por cliente;

Quantidade de erros;

Entrega de material errado;

Entrega na quantidade errada;

Entrega de material sujo ou sem condições de uso;

Entrega fora do prazo especificado;

Demora na entrega;

Material entregue sem identificação;

Descortesia na entrega.

Desempenho

A falta de indicadores de desempenho, e de relatórios de apoio à gerência dificultam o controle do almoxarifado e impedem a tomada de decisão eficiente. A inexistência de relatórios de controle de movimentação impede consultas históricas sobre a utilização de cada item (kardex), dificulta a análise de consumo para estabelecer políticas de compras e impede a observação dos prazos de ressuprimento.

Acurácia

A diferença entre a quantidade de peças de um item existente no almoxarifado e àquelas registradas no sistema de gerenciamento de estoque constitui um grave problema de integridade e confiabilidade de dados.

Este fato ocorre devido à falha no registro, seja na entrada ou na saída de materiais, além de

digitação e baixa incorreta do código do material. Desta feita, a falta de acurácia no almoxarifado provoca erro no setor de escrituração, contabilidade, estoques e no custo dos setores.

ACESSO AO ALMOXARIFADO

O acesso à Unidade de Almoxarifado será restrito aos agentes públicos e colaboradores terceirizados, previamente identificados e autorizados, apenas. De igual forma, o acesso ao depósito dos bens que compõem os estoques do Almoxarifado será restrito estritamente para manutenção, guarda e acondicionamento dos mesmos, não podendo quaisquer agentes públicos ou colaboradores terceirizados adentrar no depósito, alterar a localizaçao física, retirar ou inserir bens sem prévia autorização da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

Todas e quaisquer entradas e saídas de materiais e bens patrimoniais no depósito serão registradas, não se admitindo que outro setor, agente público ou colaborador registre a entrada ou sua saída no sistema, ou até mesmo retire o bem do depósito sem prévia anuência da Chefia da Unidade de Almoxarifado.

SEGURANÇA PATRIMONIAL

O primeiro alvo da ação de invasores é, com certeza, o almoxarifado, pois é neste local que se encontram objetos de maior valor. É importante intensificar a guarda por esse ambiente com seguranças patrimoniais, câmeras de monitoramento em pontos estratégicos, além de

mantê-los sempre bem fechados, seguro e com acesso restrito apenas aos funcionários autorizados.

RISCO DE INCÊNDIO

Deverá haver rotina interna estabelecida para vistorias periódicas e manutenção de equipamentos contra incêndio, verificar prazos de validade e necessidade de recarga, além de adoção de medidas que visem mitigar fragilidades que denotem riscos à proteção patrimonial.

Ademais, a utilização desses equipamentos ficará prejudicada devido ao acúmulo de materiais e ausência de ordenação do espaço físico do Almoxarifado, dificultando a circulação e acesso rápido aos itens. Tais fragilidades podem incorrer em risco à segurança dos profissionais, bem como danos aos estoques.

SEGURANÇA DOS TRABALHADORES

O uso do EPI (Equipamentos de Proteção Individual) é fundamental para garantir a saúde e a proteção do trabalhador, evitando consequências negativas em casos de acidentes de trabalho. Além disso, o EPI também é usado para garantir que o profissional não será exposto a doenças ocupacionais, que podem comprometer a capacidade de trabalho e de vida dos profissionais durante e depois da fase ativa de trabalho.

Os equipamentos de proteção individual devem ser fornecidos aos funcionários que atuam nas dependências do Almoxarifado, ocasião em que se faz necessário a elaboração de um estudo dos riscos ocupacionais. Esse tipo de trabalho facilita a identificação dos perigos dentro da Unidade de Almoxarifado e ajuda o Setor à reduzi-los ou neutralizá-los.

Deverá também ser disponibilizada a FISPQ (Ficha de Informação e Segurança dos Produtos Químicos) para consulta e informação em caso de derramamento, vazamento ou contaminação.

4.1.9.4 Política Ambiental

A proposta de uma efetiva Política Ambiental a ser implantada no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), voltada a partir de uma metodologia de controle de atividades, processos e ações. São evidenciados temas como: resíduos sólidos, hospitalares, energia elétrica; águas residuárias; consumo de água, reciclagem de materiais. O ambiente educacional e institucional propicia que as atividades no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) possam ser certificadas, em busca

da excelência nos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS. Ao assumir o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), o INSTITUTO CEM efetuará um diagnóstico e uma avaliação da situação ambiental, a fim de promover a sustentabilidade .

DEFINIÇÕES

A auditoria ambiental, regida pelas Normas ISO 14000 — Sistema de Gestão Ambiental - SGA, visa à minimização dos efeitos nocivos ao ambiente proveniente de atividades industriais e similares. A Norma avalia as consequências ambientais das atividades, produtos e serviços da instituição que atendem à demanda dos usuários.

Neste contexto, o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) deverá seguir uma política ambiental de tal modo que demonstrem estar comprometidas e que se estabeleça um fluxo de informações entre funcionários e os usuários. O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) devera buscar a melhoria contínua de seus serviços e criar objetivos e metas que devem refletir os aspectos ambientais.

Neste panorama, será possível evidenciar o quanto a Política Ambiental congregada ao sistema de gestão ambiental é importante para a instituição, pois atesta a conformidade de seus fluxos e processo perante os serviços a serem prestados. Vale ressaltar que quando se trata de saúde é imprescindível buscar a excelência nos serviços prestados.

A presente Política Ambiental aborda a avaliação das atividades ambientais a serem efetuadas no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e a consolidação da política no aspecto institucional.

Objetivos

Diagnosticar o andamento das ações implementadas, com ênfase nas estratégias adotadas

Propor modelagem para continuidade da atuação da Política Ambiental visando obter a certificação das atividades.

Diretrizes

Avançar no desenvolvimento de planos, projetos e ações voltadas para a melhoria contínua da sustentabilidade ambiental;

Atender as legislações vigentes direcionadas a Gestão Ambiental;

Reduzir a geração de resíduos, o consumo de energia, água, papel e plástico.

Prevenir a poluição, executar projetos de reforma, implantação e operação, visando sempre à proteção do meio ambiente.

Incentivar por meio do Setor de Compras, para que os fornecedores de produtos e serviços possuam certificação e que representem menor impacto a modelagem dos sistemas ambientais agregados.

Manter diálogo permanente com funcionários, comunidades vizinhas, órgãos de controle ambiental e o público em geral, com o objetivo de abertura nas discussões para a adoção das melhores práticas de sustentabilidade.

4.1.9.5 Sistema de Gestão Ambiental —ISO 14000

A Gestão Ambiental consiste em um conjunto de medidas e procedimentos definidos e adequadamente aplicados que visam reduzir e controlar impactos introduzidos por um empreendimento sobre o meio ambiente. A Gestão Ambiental tem, como premissa básica, um comprometimento da alta direção da instituição com 0 estabelecimento de uma política ambiental clara e definida que irá nortear as atividades da organização com relação ao meio ambiente, assumindo compromisso formal com a sociedade, definindo suas intenções e princípios com relação ao seu desempenho ambiental.

Para cumprir sua missão institucional, no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), estabeleceremos como um de seus valores a responsabilidade com o meio ambiente

Um sistema de Gestão Ambiental (SGA) proporciona ordem e coerência aos esforços de uma instituição por considerar as preocupações ambientais, mediante a destinação de recursos, designação de responsabilidades e da avaliação contínua de práticas, procedimentos e processos.

A política ambiental adotada oferece diretrizes para o desenvolvimento e implementação de princípios e sistemas de gestão ambiental, bem como sua coordenação com outros sistemas gerenciais.

É necessário considerar que a integração da gestão ambiental nas distintas atividades requereu e gerou ao mesmo tempo uma enorme quantidade de informações, das quais os profissionais têm necessidade para executar suas tarefas. Entretanto, as informações geradas em uma área de competência podem ser de utilidade para os profissionais de outra área. Para que não haja duplicação de esforços, as informações e os conhecimentos gerados quando se incorpora a gestão ambiental nas distintas áreas de competência de uma

organização não podem permanecer isolados, dentro dessas respectivas áreas, mas circular entre elas, de modo a serem partilhados pelos profissionais na instituição.

Salienta-se que os benefícios de uma Política Ambiental bem como 0 Sistema de Gestão Ambiental - SGA são muitos e, entre eles destacam-se as economias pelo melhoramento da produtividade e da redução no consumo de energia, água e materiais de expediente; o estabelecimento das conformidades com a legislação ambiental reduzindo, assim, os riscos de incorrer penalidades ou gerar passivos ambientais; a evidência de práticas responsáveis e melhora na imagem externa da instituição e a geração de oportunidades de pesquisa

No caso do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), a Política Ambiental bem como o Sistema de Gestão Ambiental - SGA passa a ser peça importantíssima na administração, pois traz consigo vantagens imensuráveis, como a melhoria da imagem da instituição perante os usuários e a própria melhoria do clima organizacional. O SGA contribui na redução do desperdício, na redução do índice de Infecção Hospitalar e na melhoria da qualidade.

Metodologia

A metodologia utilizada foi desenvolvida através dos dados setoriais e do diagnóstico / laudo efetuado no início da gestão, o que serviu de instrumento para nortear a ações a serem empreendidas. Sendo capitaneada pelas boas práticas já empreendidas no INSTITUTO CEM.

Ações Ambientais e Resultados

INFORMAÇÕES

Considerando 0 exposto sobre a Política Ambiental instituída e a possibilidade futura de pleitear a Certificação Ambiental, o primeiro aspecto a ser avaliado diz respeito ao fluxo de informações e a gestão ambiental estratégica a nível institucional. No caso específico em avaliação, a ações a serem evidenciadas, 0 que se observara na sobreposição de ações oportunas para que seja dado arranjo específico via criação de uma comissão que tenha dedicação exclusiva para lidar com as questões voltadas para a Política Ambiental do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

CONSIDERAÇÕES

É possível ter a imagem voltada para os aspectos ambientais. Dentro da Política Ambiental, no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) sobe a gestão do INSTITUTO CEM, poderá ser uma chave para um grande passo no sentido de praticar o

desenvolvimento sustentável em virtude de ser composto por especialistas em diversos assuntos os quais muitos tangem o meio ambiente.

Pequenas atitudes como a arrecadação do papel para reciclagem, promover campanhas do uso consciente de água e energia, uma vez que este influi diretamente a todos, estes ligados

A implantação de um sistema e modelagens ambientais mostrara-se bastante efetivo, uma vez que aumenta a vida útil da estrutura predial e diminui as indexações a passivos e ativos ambientais.

Neste sentido, a Política Ambiental Institucional pode criar melhores condições de trabalho para os usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e profissionais, com ambiente diferenciado, tendo como princípios, a sustentabilidade, a prevenção, a precaução, a integração, a transversalidade do planejamento e execução, frente a interação das ações de educação ambiental e o acesso livre às informações.

4.2 Proposta para Regimento Interno da Unidade

APRESENTAÇÃO

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

O Regimento Interno do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) tem como objetivo a regulamentação do processo de trabalho, adequado à estrutura organizacional aprovada pela Assembleia do *INSTITUTO CEM*.

O Regimento Interno consta de 05 (cinco) Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento da Unidade, com base neste Regimento Interno, possa produzir avanços significativos em direção à Administração do contrato de gestão entre a SES e o *INSTITUTO CEM*.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para

o cumprimento deste Regimento Interno, visando o ordenamento da gestão do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1 – O **Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO** é uma unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, **especializada em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência**. Com atendimento de especialidades como: Clínica Cirúrgica (Bucomaxilofacial, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Cirurgia Torácica, Otorrinolaringologia); Clínica Médica (Geral, Cardiologia, Neurologia, Geriatria e Vascular), podendo oferecer suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual. Atualmente Unidade funciona 24 horas e realiza atendimentos de média e alta complexidade, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS.

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

III. Realizar exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade obedecendo as especialidades que lhe compete;

IV. Atender aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer no Hospital para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas, em regime de hospital dia;

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

CAPITULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2 – O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) tem a seguinte estrutura:

1) Diretoria Executiva (Instituto CEM)

a) Diretoria Geral

b) Diretoria Técnico-Assistencial

(1) Gerência Médica Assistencial

(a) Coordenação Emergência / Urgência

(b) Coordenação UTI

(c) Coordenação Centro Cirúrgico

(i) Central OPME

(d) Coordenação Internação/Enfermaria

(i) Clínica Médica

(ii) Clínica Cirúrgica

(e) Coordenação Ambulatório

(f) SADT Tomografia e Radiologia

(g) Serviço de Endoscopia

(h) Laboratório

(i) Agência Transfusional

(2) Gerência do Ambulatório Integrado

(a) Coordenação do Ambulatório

(b) Coordenação Diagnóstico Imagem

(c) Coordenação Laboratório A. Clínicas

(d) Coordenação Hospital Dia

(e) Coordenação Agência Transfusional

(3) Gerência de Enfermagem

(a) Coordenação Centro Cirúrgico

(b) Coordenação da CME

(c) Coordenação do Serviço de Emergência

(d) Coordenação Internação/Enfermarias

(e) Coordenação da UTI

(f) SCIRAS

(g) Núcleo Interno Regulação (NIR)

(4) Gerência Multiprofissional

(a) Coordenação Serviço Social

(b) Coordenação Fisioterapia

(c) Coordenação Nutrição e Dietética

(d) Coordenação Fonoaudiologia

(e) Coordenação Psicologia

(f) Coordenação Farmácia Ambulatorial

(g) Coordenação Cirurgia Buco Maxilo Facial

(5) Gerência Ensino e Pesquisa

(a) Supervisão de Estágio (Obrigatório e Voluntário)

(b) Coreme

(c) Coremu

(d) NEP (Núcleo de Educação Permanente)

(e) CEP (Comitê de Ética e Pesquisa)

(f) Biblioteca

c) Diretoria Administrativa

(1) Gerência Administrativa

(a) Coordenação Assistência Farmacêutica

(b) Coordenação Almoxarifado e Patrimônio

(c) Coordenação Tecnologia Informação

(d) Coordenação Same

(e) Coordenação Faturamento e Prontuário

(f) Coordenação Nutrição e Dietética

(2) Gerência Operacional

(a) Coordenação Manutenção Predial

(b) Coordenação Engenharia Clínica

(c) Coordenação Higienização e Limpeza

(d) Coordenação Resíduos de Saúde

(e) Segurança Patrimonial e Transporte

(f) Necrotério

(g) Pastoral da Saúde

(h) Hotelaria

(i) Portarias

(j) Recepção

(k) Serviço de processamento de roupas

(l) Telefonia

(3) Gerência de Recursos Humanos

(a) Supervisão de Formalização de Pessoal

(b) Coordenação Avaliação de Desempenho

(c) Serviço de Desenvolvimento e Recursos Humanos

(d) Coordenação SESMT

(4) Gerência Qualidade

d) Diretoria Financeira

(1) Gerência Financeira

(a) Coordenação Prestação de Contas

(b) Coordenação Compras e Suprimentos

(2) Gerência Contábil

(a) Coordenação de Auditoria Interna e Externa

(3) Gerência Planejamento e Orçamento

(4) Coordenação de Custos

e) Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE

f) Comunicação

g) Secretaria Geral

h) Relacionamento ao Usuário Ouvidoria

i) Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

j) Núcleo de Compliance e Integridade

k) Comissões

l) CIPA

Art. 3 – A Diretoria Geral é o órgão executivo de direção superior do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, reconhecida capacidade administrativa, indicado p Conselho de Administração do Instituto CEM.

§ 1º – A Diretoria Geral contará com as seguintes Assessorias: Secretaria, Assessoria de Planejamento, Assessoria Jurídica/Compliance, Ouvidoria, Comissões.

§ 2º – A Secretaria, Assessoria Jurídica/Compliance, Ouvidoria, serão indicadas e nomeadas pelo Diretor.

§ 3º – As seguintes Comissões serão:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;

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

- Comitê de Compliance;

Art. 4 – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação do Hospital para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto do Hospital.

Art. 5 – As Coordenações e Supervisões do Hospital estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores e Gerentes, estes subordinados ao Diretor Geral, que está subordinado diretamente a Diretoria Executiva do Instituto CEM e Conselho de Administração.

Art. 6 – As funções de Diretor Técnico Assistencial, Diretor Administrativo e Diret Financeiro, Gerências e Coordenações serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

Art. 7 – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por indicação do Diretor Geral.

CAPITULO III -DA COMPETÊNCIA

SEÇÃO I - DA DIRETORIA GERAL

ART. 8 - À DIRETORIA GERAL COMPETE:

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

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

3) coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos:

- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética em Enfermagem;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Residência Médica (COREME);

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

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

5) estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

6) colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

7) promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar.

§1 – À Secretaria Geral Compete:

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

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

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

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

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

§2 – À OUVIDORIA COMPETE:

I. Receber e encaminhar, quando devidamente apresentadas, as reclamações, sugestões, elogios, solicitações e denúncias que lhe forem dirigidas pelos interessados; acompanhar as providências adotadas pelos setores competentes, mantendo o interessado informado desse procedimento;

II. Propor à diretoria geral e técnica medidas de aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do hospital, assim como a edição, alteração e/ou revogação de atos normativos internos, com vistas à simplificação e ao aperfeiçoamento administrativo; e encaminhar relatório mensal das atividades à Diretoria e ao setor da qualidade da gest do contrato para a devida análise e divulgação.

III. Manter registro das atividades atualizadas e informar via sistema ouvidor SUS;

IV. Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro da ouvidoria do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

V. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho e ética da ouvidoria

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

VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

X. As atividades da ouvidoria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

XI. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XV. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVII. As atividades da Supervisão de Formalização de Pessoal serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de ouvidor SUS deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC e ter capacitação de OUVIDORIA DO SUS.

§2 - As atividades de ouvidor SUS serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3- À ASSESSORIA JURÍDICA/COMPLIANCE COMPETE:

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

II. prestar assessoria à Comissão Permanente de Licitação, através da emissão de pareceres a respeito da legislação pertinente (Lei nº 8.666/93 – Lei de Licitações e Contratos);

III. manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;

IV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

Art. 9 – Comissões:

§1 – À COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA COMPETE:

I. colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

II. supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;

III. fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

IV. após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;

V. atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

VI. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

VII. encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;

VIII. colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;

IX. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;

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

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

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

§2 – À COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM COMPETE:

I. colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;

II. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;

III. assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;

IV. trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;

V. analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;

VI. orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;

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

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

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

§3 – À COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA COMPETE:

I 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;

II Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;

III 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, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

§4 – À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COMPETE:

I. estudar e avaliar, permanentemente, as taxas de infecção hospitalar;

II. sugerir medidas para controle e diminuição de infecção hospitalar;

III. auxiliar a Diretoria Técnico-Assistencial no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção hospitalar.

IV. verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;

V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção hospitalar, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

VII. elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

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

§5 – À COMISSÃO INTERNA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS COMPETE:

I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;

II. zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;

III. promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;

IV. sugerir à Diretoria Técnico-Assistencial ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas a desvios do padrão do prontuário médico;

V. capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

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

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

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

§6 – À COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS COMPETE:

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

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

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

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

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

§7 – À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) COMPETE:

I. Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;

II. Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;

III. Transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;

IV. coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência do HOSPITAL.

V. acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;

VI. definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

VII. ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;

VIII. manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

IX. deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente

§8 - À COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU) COMPETE:

I. reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;

II. Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRM's nas diferentes áreas;

III. supervisionar a. execução dos PRM's;

IV. propor a criação, extinção ou modificações do PRM;

V. propor a substituição de supervisor de PRM;

VI. propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;

VII. deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;

VIII. apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;

IX. discutir temas e documentos relacionados com a RM e:

X. elaborar relatório anual.

§9 - À COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES – CIPA COMPETE:

I. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;

II. elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;

III. controlar a qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. requerer ao Hospital a paralisação de máquina ou serviço onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

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

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

§10 – À SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA EM MEDICINA DO TRABALHO COMPETE:

Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

I. 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 à saúde do trabalhador;

II. determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual - EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exija;

III. colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

IV. responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

V. manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

VI. promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos Este texto não substitui o publicado no DOU trabalhadores para a prevenção de acidentes do

trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

VII. esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

VIII. analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

IX. registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade, preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas, devendo o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho; (Alterado pela Portaria MTE n.º 2.018, de 23 de dezembro de 2014)

X. manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não inferior a 5 (cinco) anos; l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente prevencionistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

§11 – À COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA COMPETE:

I. propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;

II. supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;

III. avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

IV. estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;

V. supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;

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

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

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

§12 – À COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) COMPETE:

I Avaliar os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive os multicêntricos, cabendo a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida no hospital e outras Instituições que não possuem Comitê de Ética, garantindo e resguardando a integridade e os direitos dos sujeitos participantes das pesquisas.

II Manter atualizadas as normas de funcionamento.

III Assegurar que todos os sujeitos envolvidos em pesquisa tenham consciência dos procedimentos aos quais serão submetidos, através da análise de Termos de Consentimento Informado que devem ser claros, objetivos, com critérios e condições detalhadas.

IV Avaliar se os riscos inerentes a determinados procedimentos ou tratamentos são suplantados pelos benefícios clínicos.

V Encaminhar para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa as situações previstas no item VIII da Res. CNS n 196/96.

VI Observar o seguimento das Leis e Códigos de Ética vigentes expostos na Res. CNS 196/96 e complementares.

VII Manter em arquivo, sob sua guarda confidencial, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VIII Emitir parecer consubstanciado por escrito, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis, identificando com clareza o estudo e documentos analisados.

IX O relator que não puder estar presente à reunião deverá enviar seu relatório por escrito, para ser lido na reunião pelo secretário executivo.

X Os protocolos ou trabalhos recusados pelo CEP não poderão ser objeto de análise ou consideração de qualquer outro elemento diretivo ou colegiado da Instituição.

§13 – À COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA COMPETE:

I Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
V Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
VI Reduzir os custos hospitalares.
VII Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
VIII Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
IX Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.
X Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.
XI Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.
XII Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.
XIII Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.
XIV Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

§14 – À COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE:

I Elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

II Acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III Estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo prazo para seu cumprimento;

IV Desenvolver, juntamente com a Gerência de Resíduos, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V Avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

VI Colaborar com a Gerência de Resíduos, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII Trabalhar em conjunto com a Gerência de Resíduos a atualização anual do PGRSS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

VIII Auxiliar a Gerência de Resíduos na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX Auxiliar a Gerência de Resíduos na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

X Auxiliar os diversos setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Gerência de Resíduos;

XII Cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da CGRSS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), o Regulamento da Gerência de Resíduos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, o PGRSS e demais normas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

§15 – AO COMITÊ TRANSFUSIONAL COMPETE:

I. Desenvolver programas educacionais na área de medicina Transfusional;

II. Padronizar (protocolos) critérios de indicação de hemocomponentes;

III. Orientar o correto preenchimento das solicitações de transfusão (APAC);

IV. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pela unidade;

V. Investigar os incidentes transfusionais e notificar à Gerência de Risco através d Formulários de Notificação e Investigação de Incidentes Transfusionais (FIT);

VI. Criar e monitorar indicadores da eficácia das padronizações propostas;

VII. Analisar estatísticas e gerar relatórios relacionados com o consumo de sangue e hemocomponentes;

VIII. Criar mecanismos de auditoria clínica Transfusional;

§16 – À NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP), COMPETE:

I. Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;

II. Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;

III. Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IV. Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

V. Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

VI. Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;

VII. Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;

VIII. Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;

IX. Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

§17 – À NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR COMPETE:

I. Estudar e propor aos representantes da alta administração e da comunidade da unidade, medidas para prevenção e controle das doenças de notificação compulsória e seus agravos;

II. Assegurar a implantação e manutenção dos processos e fluxos organizacionais estabelecidos e aprovados, inclusive através da viabilização, junto à alta administração;

III. Incentivar estudos e debates com as lideranças, visando o aperfeiçoamento permanente da estrutura e dos processos e fluxos organizacionais, definidos para estes serviços;

IV. Assegurar a implantação das medidas aprovadas;

V. Orientar os processos de trabalho elencados prioritariamente:

a) organizar um sistema de coleta de dados (agravos e doenças) através da busca ativa e passiva nas unidades de internação, pronto-socorro, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), ambulatório, laboratório, e outras unidades de interesse nos hospitais;

b) notificar e investigar as DNC no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

c) enviar as fichas de notificação para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS);

d) analisar e interpretar os dados, monitorando e divulgando o perfil de morbimortalidade hospitalar;

e) participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

§18 – À COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE COMPETE:

I - Cumprir o Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;

III - Realizar a avaliação interna no HUGO;

IV - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

V - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaliação;

VI - Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VII - Encaminhar para o Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM o relatório da avaliação interna em instrumento único disponibilizado pela comissão da qualidade no Hospital.

VIII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

§19 – À COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE COMPETE:

I Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.

VI Reduzir os custos hospitalares.

VII Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.

VIII Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

IX Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.

X Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.

XI Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes, quando solicitado pela equipe multidisciplinar, após a análise da real necessidade de acompanhamento do paciente pelo enfermeiro supervisor do setor ou do médico, e após a avaliação da lesão por esta comissão.

XII Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

XIII Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

XIV Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

§20 – À COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR COMPETE:

I. Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;

II. Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;

III. Criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no estabelecimento de saúde, e que não sejam potenciais doadores de órgãos, a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV. Articular-se com as equipes médicas do estabelecimento de saúde, especialmente as das Unidades de Tratamento Intensivo e Urgência e Emergência, no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

V. Articular-se com as equipes encarregadas da verificação de morte encefálica, visando assegurar que o processo seja ágil e eficiente, dentro de estritos parâmetros éticos;

VI. Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;

VII. Notificar e promover o registro de todos os casos com diagnóstico estabelecido de morte encefálica, mesmo daqueles que não se tratem de possíveis doadores de órgãos e tecidos, ou em que a doação não seja efetivada, com registro dos motivos da não-doação;

VIII. Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;

IX. Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;

X. Articular-se com os respectivos IML e SVO para, nos casos em que se aplique, agilizar o processo de necropsia dos doadores, facilitando, sempre que possível, a realização do

procedimento no próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;

XI. Articular-se com as respectivas Central de Notificação, Captação e Doação de Órgãos (CNCDO), Organização e Procura de Órgãos (OPO) e/ou bancos de tecidos de sua região, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

XII. Arquivar, guardar adequadamente e enviar à CNCDO cópias dos documentos relativos ao doador, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei N 9.434, de 1997;

XIII. Orientar e capacitar o setor responsável, no estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos a doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

XIV. Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades que envolvam doação e transplantes de órgãos, tecidos, células ou partes do corpo;

XV. Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XVI. Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade; e

XVII. Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

§21 – À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

I Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;

II Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;

III Auditar a regulação das consultas, Inter consultas, medicamentos, procedimentos clínicos e cirúrgicos e do SADT seguindo a lógica das necessidades sazonais e epidemiológicas próprias da população atendida da Unidade.

IV Acompanhar a efetividade clínica e, em caso de desequilíbrio entre a demanda e a oferta de vagas, utilizar critério de admissão por risco e demandas reprimidas;

V Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;

VI Participar da criação e implementação de protocolos clínicos baseados no perfil de morbimortalidade hospitalar/ambulatorial, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado integral;

VII Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;

VIII Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;

IX Participar da criação e implementação do Plano de Alta hospitalar/ambulatorial baseado no perfil de morbimortalidade, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência, com foco nas Linhas de Cuidado;

X Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);

XI Integrar o serviço às outras unidades de saúde da rede assistencial local e fora da macrorregião para o remanejamento de pacientes, quando as condições clínicas permitirem, para realização de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico não disponíveis no serviço, com vistas à diminuição das taxas de permanência e aumento das taxas de ocupação hospitalar/ambulatorial e rodiziamento da Instituição.

§22 – À COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB) COMPETE:

I. Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;

II. Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes;

III. Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

IV. Propor sugestões ou estratégias para reduzir os acidentes de trabalho;

V. Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;

VI. Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;

VII. Garantir que os trabalhadores sejam capacitados antes da adoção de qualquer medida de controle e de forma continuada para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;

VIII. Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

IX. Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

X. Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

XI. Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

XII. Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

§23 – À COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA COMPETE:

I. estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, produção, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;

II. elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional d medicamentos prescritos no hospital;

III. estabelecer condutas terapêuticas;

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

V. desenvolver programas de farmacovigilância;

VI. estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;

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

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

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

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

§24 – À COMITÊ DE COMPLIANCE COMPETE:

I. Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

II. Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;

III. Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;

IV. Capacitar os gestores e equipes da Unidade para que conduzam os negócios sempre de maneira ética, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos da Unidade;

V. Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;

VI. Receber e analisar as comunicações feitas pelos canais de denúncia e ocorrências que chegarem ao seu conhecimento, conduzindo investigações, baixando as regras complementares ao Código de Conduta, e decidindo pelas penalidades cabíveis (se for o caso) para mitigar os riscos;

VII. Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;

VIII. Realizar apontamentos ao Comitê de Auditoria e Risco e/ou ao Conselho sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito à lei e/ou Código de Conduta, acompanhando o andamento de tais apontamentos, bem como da aplicação das penalidades que possam vir a ser impostas;

IX. Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

X. Definir os nomes dos profissionais com os quais a unidade celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

§25 – À COMISSÃO DE SUPORTE NUTRICIONAL, ENTERAL E PARENTERAL COMPETE:

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

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

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

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

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

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

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

VIII. elaborar regimento interno da Comissão;

IX. realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

.

§28 – À COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE (CPPS) COMPETE:

Normatizar e implementar no Hospital o processo de padronização dos produtos para saúde e deverão estar vinculadas à Diretoria técnica, em decorrência de sua transversalidade por tratar de questões relacionadas a pesquisa, ensino e assistência.

- Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;
- Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no hospital; IV. Elaborar a revisão padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede; V. Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;
- Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;
- Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;
- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;
- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

- Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pela Gerência de Risco Sanitário Hospitalar;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no hospital;
- Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;
- Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;
- Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no hospital, para os casos excepcionais;
- Divulgar no hospital as atualizações da padronização;
- Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver; emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;
- Recomendar a diretoria técnica, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do hospital;
- Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;
- Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;
- Receber assessoria jurídica do hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;
- Informar ao Serviço de Planejamento de Tecnologias em Saúde sobre as inclusões e exclusões da relação de padronização através do e-mail;
- Assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;
- Assessorar a Diretoria de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;
- Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Abastecimento (ou unidade equivalente) do hospital;
- Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente, acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

- Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;
- Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;
- Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";
- Solicitar a Unidade de Abastecimento a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação d[o] fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;
- Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde no hospital;
- Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades hospitalares, através de análise para melhor assistência ao paciente;
- Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;
- Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

§26 – À COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚ[DE] COMPETE:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos na unidade;

IV Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;

V Elaborar fichas para análise (protocolo de testes) de amostras dos produtos para saúde, considerando suas características técnicas;

VI Definir o quantitativo das amostras, período dos testes, prazo e local de entrega das amostras;

VII Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso da unidade, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

XII Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no Hospital;

XIII Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;

XIV Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;

XV Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados na unidade, para os casos excepcionais;

XVI Divulgar no Hospital as atualizações da padronização;

XVII Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;

XVIII Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;

XIX Recomendar a diretoria técnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial da unidade (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para a unidade);

XX Assegurar que os produtos para saúde a serem adquiridos cumpram a Legislação Sanitária, as Normas técnicas vigentes e estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos por esta Comissão;

XXI Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;

XXII Receber assessoria jurídica da unidade, sempre que necessário, para consultas e orientações;

XXIII Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;

XXIV Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;

XXV Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde da unidade;

XXVI Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;

XXVII Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de Notificação de Vigilância Sanitária) para notificações de desvios de qualidade ou reações adversas aos produtos de saúde utilizados na prática assistencial;

XXVIII Orientar a notificação imediata à ANVISA, quando da suspeita de surtos de infecções e de eventos adversos relacionados aos produtos para saúde;

XXIX Estimular os profissionais a preencherem a "Ficha de Notificação de Desvio de Qualidade Técnica de Produto para Saúde";

XXX Solicitar a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde a convocação de fornecedor para formalizar a queixa e informá-los das providências requeridas que incluirão solicitação de emissão de laudo técnico do fabricante (ou seja, o fornecedor deve levar amostras para avaliação do fabricante) e/ou troca dos lotes e/ou modelos do produto questionado até que a questão se resolva adequadamente;

XXXI Promover a gestão do conhecimento em temas relacionados ao gerenciamento de produtos para saúde na unidade;

XXXII Manter o processo permanente de atualização da padronização de produtos para saúde, necessários à realização dos procedimentos médicos, de enfermagem e de outras atividades da unidade, através de análise para melhor assistência ao paciente;

XXXIII Revisar anualmente a Lista de Produtos para Saúde Padronizados, utilizando método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos para saúde padronizados e/ou a serem padronizados.

XXXV Trabalhar junto a Comissão de Educação Permanente para desenvolver programas educacionais, de modo a atualizar o conhecimento dos profissionais sobre novos produtos padronizados;

XXXVI Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

XXXVII Divulgar cronograma anual para revisão e atualização Lista de Materiais Médico-Hospitalares Padronizados;

§27 – À COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES –CIHDOTT COMPETE:

I. organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos;

II. articular-se com as equipes médicas do hospital no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;

III. articular-se com a Central de Transplantes de Órgãos, sob cuja coordenação está subordinada, possibilitando o adequado fluxo de informações;

IV. apresentar, mensalmente, Relatório de Atividades para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO;

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

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

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

§28 – EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL(EMTN)

COMPETÊNCIA

I.Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

II.Criar mecanismos para o desenvolvimento das etapas de triagem em regime hospitalar, sistematizando uma metodologia capaz de identificar pacientes que necessitam de TN, a serem encaminhados ao serviço da EMSTN.

III.Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando, acompanhando e modificando a TN, quando necessário, em comum acordo com o médico responsável pelo paciente, até que seja atingido os critérios de reabilitação nutricional pré-estabelecidos;

IV.Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

V.Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

SEÇÃO II - DA DIRETORIA TECNICO ASSISTENCIAL

ART. 10 - À DIRETORIA TECNICO ASSISTENCIAL, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Técnico Assistencial será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Médica Assistencial
  - Coordenação Emergência / Urgência
  - Coordenação UTI
  - Coordenação Centro Cirúrgico
    - Central OPME
  - Coordenação Internação/Enfermaria
    - Clinica Médica

- Clinica Cirurgica
- Coordenação Ambulatório
- SADT Tomografia e Radiologia
- Serviço de Endoscopia
- Laboratório
- Agência Transfusional

- Gerência do Ambulatório Integrado
  - Coordenação Ambulatório
  - Coordenação Diagnóstico Imagem
  - Coordenação Laboratório A. Clínicas
  - Coordenação Hospital Dia
  - Coordenação Agência Transfusional
- Gerência de Enfermagem
  - Coordenação Centro Cirúrgico
  - Coordenação CME
  - Coordenação Serviço de Emergência
  - Coordenação Internação/ Enfermarias
  - Coordenação UTI
  - SCIRAS
  - Núcleo Interno Regulação (NIR)
- Gerência Multiprofissional
  - Coordenação Serviço Social
  - Coordenação Fisioterapia
  - Coordenação Nutrição e Dietética
  - Coordenação Fonoaudiologia

- Coordenação Psicologia
- Coordenação Farmácia Ambulatorial
- Coordenação Cirurgia Buco Maxilo Facial

- Gerência Ensino e Pesquisa
  - Supervisão Centro de Estudo e Biblioteca
  - Coreme
  - Coremu
  - NEP

São atribuições do Diretor Técnico-Assistencial:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. despachar com o Diretor Geral;

III. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

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

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

VI. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

VII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

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

IX. comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;

X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 11 - À GERÊNCIA MÉDICA ASSISTENCIAL COMPETE:

Parágrafo único: A Gerência assistencial será subordinada à Diretoria Técnico Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Gerência Médica Assistencial
  - Coordenação do Centro Cirúrgico
    - Central OPME
  - Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva
  - Coordenação do Pronto Socorro
  - Coordenação Internação/Enfermaria
    - Clínica Médica
    - Clinica Cirúrgica
    - Obstetrícia
    - Pediatria
  - Núcleo Interno de Regulação (NIR)

§1 - À COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência;

II. decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para as Unidades;

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

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

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

§2 - À CENTRAL OPME COMPETE:

Parágrafo único: A central de **OPME,** Órteses, Próteses e Materiais Especiais, compete toda a cadeia referente a esses materiais, desde a procura do fornecedor até a aplicação do insumo em uma cirurgia.

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento das necessidades das OPMEs, visando ao melhor nível de assistência;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

IV. preencher e controlar adequadamente as solicitações das OPME, dos pacientes;

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

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

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

§3 – À COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico

principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

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

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

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

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

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

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

§1 ao médico intensivista compete:

XV. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados no Hospital;

XVI. o médico intensivista deve ser exclusivo da UTI;

XVII. conhecer o caso de todos os pacientes sob seus cuidados na UTI e possíveis intercorrências durante o plantão;

XVIII. realizar evolução clínica dos pacientes internados no Hospital;

XIX. prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de plantão;

XX. realizar diariamente a prescrição médica dos pacientes da unidade;

XXI. coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, de acordo com as necessidades dos pacientes internados e conforme as orientações do médico diarista;

XXII. acompanhar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu plantão, junto com o diarista e/ou coordenador da equipe, participando das discussões e decisões tomadas;

XXIII. passar o plantão presencial, idealmente elaborando documento escrito ("handover"), nos turnos específicos;

XXIV. ser pontual;

XXV. zelar pelas condutas e decisões tomadas na visita de leitos (rounds) multiprofissional e no planejamento terapêutico, não realizando alterações sem prévia comunicação e contato, salvo em caso de necessidades urgentes, em acordo com o médico diarista/rotina (e.g., troca de antibióticos, altas não programadas);

XXVI. preencher o prontuário do paciente, registrando todos os procedimentos realizados e as decisões tomadas;

XXVII. realizar durante a visita diária o contato com familiares de pacientes internados;

XXVIII. elaborar relatórios de alta e transferência do paciente de alta da UTI, bem como estabelecer contato médico com médico assistente e/ou outras clínicas;

XXIX. cumprir sua escala de plantão, previamente elaborada e informada pela coordenação da unidade;

XXX. participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocadas;

XXXI. preencher o livro de ocorrência do plantão, sendo obrigatória sua disponibilização no Hospital, e comunicar de forma oficial ao médico diarista/rotina e/ou coordenador da UTI sempre que necessário;

XXXII. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, auxiliar na orientação dos residentes que estão atuando no Hospital, de acordo com sua disponibilidade e em comum acordo com o coordenador e preceptores do programa. Deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente durante seu turno. Poderá atuar na condição de preceptor caso haja interesse e disponibilidade.

§4 - À COORDENAÇÃO DO PRONTO SOCORRO COMPETE:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação Administrativa, Coordenação de Urgência / Emergência (Supervisão de Clínica);

III. prestar assistência de urgência e emergência aos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, incluindo cirurgias de urgência em pacientes internados nas Unidades onde não haja cirurgião compondo seu corpo clínico;

IV. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;

V. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

VI. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VIII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

IX.

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 no hospital;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Coordenador do Serviço de Pronto Socorro deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional, e serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§6 - À COORDENAÇÃO INTERNAÇÃO/ENFERMARIA COMPETE:

I. planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar diariamente a evolução dos pacientes nos diversos setores, discutindo com o médico responsável as características daquele atendimento ou adotando medidas administrativas para o melhor atendimento aos pacientes e ao serviço;

II. orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência intensiva e urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. manter contato com a Coordenação de Urgência e Emergência, objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

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

§1 -O médico diarista/rotina deve:

I. liderar a equipe multiprofissional na assistência ao paciente grave;

II. implantar e discutir, em conjunto com a equipe multiprofissional, o plano e planejamento terapêuticos dos pacientes internados no Hospital;

III. certificar-se da documentação do plano e planejamento terapêutico dos pacientes em evolução própria do médico diarista ou em conjunto com a evolução do plantonista;

IV. implementar e garantir processos de assistência seguros e de qualidade (ex.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos);

V. revisar as prescrições médicas, garantindo a execução do plano e planejamento terapêuticos necessários para a segurança do paciente;

VI. auxiliar procedimentos difíceis e/ou tecnicamente complexos sempre que necessário;

VII. revisar e zelar pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente, assim como de todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;

VIII. realizar visitas beira-leito (rounds) médicas e multidisciplinares com discussão e programação conjunta de condutas e decisões do tratamento;

IX. discutir com o médico coordenador da unidade as condutas e decisões do tratamento, bem como as pendências e dificuldades encontradas na condução dos casos sempre que necessário;

X. cumprir a missão de conduzir os pacientes de forma segura e com qualidade, por meio de assistência presencial, e também orientar e discutir de modo não presencial os casos e suas intercorrências com o médico plantonista ou com a coordenação da unidade e, ainda, em caráter de sobreaviso remunerado (disponibilidade) sempre que necessário, conforme delineado pela coordenação médica, de forma a garantir a supervisão das condutas e a horizontalidade na assistência, evitando descontinuidade na linha de cuidados;

XI. decidir admissão e alta de pacientes, junto com os demais componentes da equipe;

XII. certificar-se da execução de relatórios e pareceres de alta do paciente da UTI, inclusive da realização de contato médico com outras clínicas, necessário à saída do paciente;

XIII. realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita em situações especiais;

XIV. assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do coordenador;

XV. auxiliar o plantonista em suas funções em casos de sobrecarga de atribuições, se necessário;

XVI. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O médico diarista/rotina pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.

§7 - À CLINICA MÉDICA COMPETE:

I. Observar e seguir o presente Regimento e o Regulamento do Corpo Clínico;

participar de Comissões para as quais foram escolhidos;

Zelar pela perfeita ordem e preencher com letra legível os prontuários dos pacientes, bem como os impressos exigidos pela legislação vigente e as normas do Hospital, prescrevendo e assinando pessoalmente, não se admitindo prescrições por telefone;

Seguir a padronização de materiais e medicamentos existente no Hospital;

Respeitar a hierarquia administrativa, a estrutura organizacional, as funções administrativas e as atribuições das chefias fixadas neste Regimento;

Manter atualizado seu registro no conselho de classe;

Fazer cumprir com o código de ética médica.

§8 - À CLÍNICA CIRÚRGICA, COMPETE:

I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos oriundos da Emergência, nas especialidades de cirurgia geral, plástica, vascular, torácica, buco-maxilo-facial e urológica, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica do Serviço de Pronto Socorro;

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

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial e do Serviço de Pronto Socorro do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

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

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

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

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

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

§9 - À NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) COMPETE:

I. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial; fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;

II. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;

III. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;

IV. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;

V. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;

VI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;

VII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;

VIII. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;

IX. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.

X. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da instituição e outros que venham ser determinados;

XI. Executar outras tarefas correlatas à área;

XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;

XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e materi utilizado;

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

§1 - a função de coordenador da Coordenador da NIR hospitalar deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Coordenador NIR hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO II

Art. 53 - À Gerência do Ambulatório Integrado compete:

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações: Coordenação do Ambulatório, Coordenação Diagnóstico Imagem, Coordenação Laboratório Análises. Clínicas, Coordenação Hospital Dia e Coordenação Agência Transfusional

III. 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;

IV. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

V. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação de Odontologia, Coordenação Multidisciplinar, Coordenação de Fisioterapia (Supervisão de Fisioterapia Hospitalar) e Supervisão Administrativa;

VI. proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados para fins de estatística, jurídicos e outros;

VII. desenvolver ações de saúde pública e colaborar com programas de medicina comunitária;

VIII. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

IX. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

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

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIII. manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

Parágrafo único: A Gerência do Ambulatório Integrado será subordinada à Diretoria Técnico - Assistencial e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Coordenação do Ambulatório
- Coordenação Diagnóstico Imagem
- Coordenação Laboratório A. Clínicas
- Coordenação Hospital Dia
- Coordenação Agência Transfusional

§10 - À COORDENADOR DO AMBULATÓRIO COMPETE:

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

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

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

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VII. Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros das clínicas de especialidades ofertadas no Hospital (cardiologia/risco cirúrgico; Ginecologia; Infectologia; Angiologia);

VIII. Solicitar e manter atualizado no CNES os respectivos nomes dos especialistas da unidade hospitalar;

IX. Solicitar e manter atualizados os registros de RT's de especialidades medicas e não medicas sob sua responsabilidade junto aos conselhos de classe;

X. Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

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

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

XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

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

§1 - a função de Diretor da Clínica Médica deverá ser exercida por Medico qualificado com graduação em escola de medicina reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Diretoria da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§11- À COORDENAÇÃO DIAGNÓSTICO IMAGEM COMPETE:

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

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

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

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

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

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

§12 - À COORDENAÇÃO LABORATÓRIO ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

II. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;

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

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

V. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§13 - À COORDENAÇÃO HOSPITAL DIA COMPETE:

I. Estabelecer os seguintes critérios para realização de procedimentos cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos em regime de Hospital Dia:

a. Procedimento cirúrgico, realizado em caráter eletivo com tempo de permanência máxima de 12 horas;

b. Procedimento diagnóstico que requeira período de preparação e/ou observação médica/enfermagem de até 12 horas;

c. Procedimento terapêutico que requeira período de observação de até 12 horas;

II. Obrigatoriamente para todo paciente será aberto prontuário constando de: identificação completa, anamnese, exame físico, ficha de descrição do ato cirúrgico e anestésico, folha de prescrição médica, observação de enfermagem, registro de dados vitais durante todo período pré e pós-operatórios, o qual ficará arquivado no Hospital de Saúde à disposição da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Ministério da Saúde, pelo período que a legislação estabelece.

III. Estabelecer os seguintes critérios para seleção dos pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

a. Paciente hígido com ausência de comprometimento sistêmico;

b. Paciente com distúrbio sistêmico moderado, por doença geral compensada.

IV. Estabelecer os seguintes critérios de alta para pacientes submetidos à procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico em regime de Hospital Dia:

a. Lúcido, orientado no tempo e no espaço, sem grandes queixas de dor;

b. Sinais vitais estáveis há pelo menos 60 (sessenta) minutos antes da alta;

c. Ausência de náuseas e vômitos;

d. Capacidade de ingerir líquidos;

e. Ausência de sangramento;

f. Micção espontânea.

g. Acompanhamento de adulto responsável, devidamente identificado, quando se tratar de criança ou impossibilitado de deambular em virtude do procedimento cirúrgico, diagnóstico ou terapêutico realizado;

h. Orientação verbal e por escrito ao paciente e ou familiares dos cuidados pós-operatórios bem como dos procedimentos de eventuais ocorrências.

Para caracterização dos procedimentos de atendimento em regime de Hospital Dia cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos para cobrança em AIH deverá ser lançado no caráter de internação como segundo dígito o número 1, especificamente para os casos de:

i. Eletivo – Atendimento em regime de Hospital Dia;

j. Hospital de Referência Estadual em Urgência e Emergência – Atendimento em regime de Hospital Dia;

k. Câmara de Compensação de Alta Complexidade – Atendimento em regime de Hospital Dia;

§1 CIRURGIAS-DIA: As cirurgias-dia são procedimentos eletivos e realizados no centro cirúrgico neste mesmo estabelecimento. O paciente tem alta no mesmo dia que realiza o procedimento. São exemplos de cirurgia- -dia: cirurgia geral (hérnia inguinal e umbilical, cisto pilonidal), cirurgia vascular (varizes); ortopedia (dedo em gatilho, túnel do carpo, túnel do tarso, cisto sinovial); proctologia (hemorroida). Outros tratamentos cirúrgicos de baixa complexidade como biópsia de pele, cisto, unha encravada, queloide também são realizados neste estabelecimento.

§2 - RESPONSABILIDADES MÉDICAS

A indicação da cirurgia/procedimento com internação de curta permanência no estabelecimento apontado é de inteira responsabilidade do médico executante.

Toda a investigação pré-operatória/pré -procedimento do paciente (realização de exames laboratoriais, radiológicos, consultas a outros especialistas etc.) para diagnóstico da condição pré-operatória/pré-procedimento do paciente é de responsabilidade do médico e/ou da equipe médica executante.

A avaliação pré-operatória/pré -procedimento dos pacientes a serem selecionados para a cirurgia/procedimento de curta permanência exige no mínimo:

ASA I:história clínica, exame físico e exames complementares;

ASA II: história clínica, exame físico e exames complementares habituais e especiais, que cada caso requeira.

O médico deverá orientar o paciente ou o seu acompanhante, por escrito, quanto aos cuidados pré e pós-operatório/ procedimento necessários e complicações possíveis, bem como a determinação da Unidade para atendimento das eventuais ocorrências.

Após a realização da cirurgia/procedimento, o médico anestesiologista é o responsável pela liberação do paciente da sala de cirurgia e da sala de recuperação pós - anestésica. A alta do serviço será dada por um dos membros da equipe médica responsável. As condições de alta do paciente serão as estabelecidas pelos seguintes parâmetros:

a. Estabilidade dos sinais vitais há pelo menos sessenta minutos; com ausência de náusea e vômitos;

b. de ausência de dificuldade respiratória; e capacidade de ingerir líquidos;

c. capacidade de locomoção como antes, se a cirurgia o permitir;

d. sangramento ausente ou mínimo;

e. ausência de dor importante;

f. sem retenção urinária.

A responsabilidade do acompanhamento do paciente, após a realização da cirurgia/procedimento até a alta definitiva, é do médico e/ou da equipe médica que realizou a cirurgia/procedimento.

§14 - À COORDENAÇÃO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL COMPETE:

I. Promover a conscientização da comunidade no que concerne à doação voluntaria de sangue, de medula óssea e de sangue de cordão umbilical e placentário;

II. Promover a captação, a seleção de doador de sangue total e por aférese, a coleta de sangue total e por aférese, a realização dos exames de triagem, o armazenamento e a distribuição do Hemocomponentes, garantindo o seu abastecimento;

III. Promover a captação, seleção de candidato a doação para transplante de medula óssea e coletas de sangue para a realização dos exames para o REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea;

IV. Promover a captação, seleção de doadoras grávidas, coletas de sangue, realização d exames de triagem, armazenamento e distribuição do sangue de cordão umbilical e placentário no hospital;

V. Atualizar os cadastros do REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, e de sangue de cordão umbilical e placentário;

VI. Manter estoques estratégicos de sangue e hemocomponentes para atender as emergências hospitalares;

VII. Elaborar e fazer cumprir normas técnicas de acordo com os regulamentos nacionais vigentes, aplicáveis às atividades de Hemoterapia;

VIII. Promover integração entre as equipes atuantes na área de hemoterapia da com as outras áreas do hospital

IX. Elaborar protocolos, realizar treinamentos periódicos e conscientizar profissionais de saúde da unidade quanto ao Uso Racional de Hemocomponentes e Hemoderivados;

X. Elaborar protocolos sobre as Hemoglobinopatias Hereditárias e Coagulopatias, Hereditárias e manter atualizados;

XI. Normatizar, quando necessário, e fazer cumprir os regulamentos referentes ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Boas Práticas e Práticas de Biossegurança nos Serviços de Hemoterapia do hospital;

XII. Garantir a realização dos processos acima, dentro dos padrões de qualidade e normas sanitárias vigentes;

XIII. Fomentar a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade no serviço hospitalar;

XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XV. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XVIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIX. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;

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

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

§1 - a função de coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

SUB-SEÇÃO III

ART. 12 - À GERÊNCIA DE ENFERMAGEM COMPETE:

I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Diretoria Técnica-Assistencial do hospital;

II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Internação; UTI's; Unidade de Urgência e Emergência; Unidade Ambulatorial/SADT; Centro Cirúrgico; Agencia Transfusional/banco de sangue; Qualidade e Segurança do Paciente.

III. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;

IV. 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;

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

VI. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;

VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX. Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro/técnico de enfermagem;

X. 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;

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

XII. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;

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

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

XV. Manter contato com a Direção Geral e diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVII. Representar a instituição hospitalar junto aos órgãos competentes sempre que lhe for solicitado pela Diretoria Geral e Diretoria Técnica;

XVIII. Responder aos serviços de comunicação, interna e externa, sempre em questões relativas a assistência da enfermagem do hospital;

XIX. Exercer outras atribuições que lhe forem solicitadas pela SES e/ou gestor do contrato sempre em observância da lei vigente.

Parágrafo Único - a função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§1 - À COORDENAÇÃO DO AMBULATÓRIO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando- lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. atender os pacientes para marcação de consultas e encaminha-los para ao Serviço de Internação e Alta;

V. orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

§1 - da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. compete:

XXIII. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática hospitalar;

XXIII. Estimular a segurança aos usuários através do Gerenciamento de Riscos;

XXIV. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;

XXV. Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinel reclamações, sugestões, elogios e outros);

XXVI. Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;

XXVII. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;

XXVIII. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;

XXIX. Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos;

XXX. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;

XXXI. Gerenciar a auditoria clínica;

XXXII. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas do hospital/unidade e outros que venham ser determinados;

XXXIII. Participar de comissões do hospital/unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição;

XXXIV. Executar outras tarefas correlatas à área.

XXXV. Supervisionar equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem.

XXXVI. Manter os prontuários médicos atualizados.

XXXVII. Atuar no controle e prevenção de infecções hospitalares.

XXXVIII. Preparar os pacientes para a realização de exames.

XXXIX. Preparar instrumentos e auxiliar a equipe técnica em procedimentos como intubação, desfibrilação, aspiração e monitoramento cardíaco.

XL. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área da enfermagem, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

XLI. Fazer registro diário dos serviços prestados;

XLII. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XLIII. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;

XLIV. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;

XLV. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

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

§1 - a função de Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. deverá ser exercida por enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;

V. executar e supervisionar a prescrição médica;

VI. providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;

VII. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VIII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

IX. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

X. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

XI. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XII. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVII. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiênc administrativa dos serviços ambulatoriais;

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

XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

§3 - À COORDENAÇÃO DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas atividades relacionadas a sua área;

II. prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;

III. preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;

IV. proceder ao controle de entrada e saída de material;

V. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XIV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XV. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

XVII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 - À COORDENAÇÃO DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS COMPETE:

I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;

XX. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;

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

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

XXIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

XXVII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXVIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXIX. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XXX. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividade desenvolvidas no Laboratório;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§5 - À COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE PRONTO SOCORRO COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

§6 - À COORDENAÇÃO INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS COMPETE:

I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, Cirúrgica, Urológica, Ginecológica, Médica, otorrinolaringológica e Traumatológica, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prest assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§7 - À COORDENAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA COMPETE:

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

II. prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;

IV. executar e supervisionar a prescrição médica;

V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;

VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;

VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;

XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIV. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

XVI. manter contato com a Gerência de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

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

SUB-SEÇÃO IV

ART. 13 - À GERÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMPETE:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;

II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;

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

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

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

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

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais ... hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XV. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

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

§1 - À COORDENAÇÃO SERVIÇO SOCIAL COMPETE:

I. realizar estudo sobre as demandas do Serviço Social no setor saúde;

II. planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;

V. democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;

VI. atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;

VII. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação e participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;

VIII. trabalhar a situação sócio-econômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;

IX. colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;

X. participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;

XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XIII. promover a participação do paciente na assistência hospitalar;

XIV. promover educação em saúde no hospital;

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

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

XVII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

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

XIX. elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

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

§2 - À COORDENAÇÃO FISIOTERAPIA COMPETE:

Fisioterapia Ambulatorial

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia no Ambulatório Integrado, U.T.I., Unidades de Internação e SPS, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. prestar assistência fisioterápica aos pacientes ambulatoriais e internados;

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

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

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

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;

XI. promover a interação da equipe de fisioterapeutas e destas com os demais profissionais do Hospital;

XII. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia;

XIII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquis

XIV. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XVI. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

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

Fisioterapia Hospitalar compete:

I. planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades técnicas e administrativas da área de fisioterapia na U.T.I., Unidades de Internação e SPS, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

II. prestar assistência fisioterápica aos pacientes internados;

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

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;

X. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área de fisioterapia;

XI. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

XIV. manter contato com a Coordenação de Fisioterapia objetivando a eficiência administrativa do serviço;

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

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

§3 À COORDENAÇÃO NUTRIÇÃO E DIETÉTICA COMPETE:

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da Supervisão de Produção e Supervisão de Dietética;

II. realizar o planejamento administrativo do S.N.D., coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;

III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;

IV. colaborar e participar de programas de ensino e pesquisa no campo da Nutrição;

V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

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

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

§1 - À Supervisão de Produção compete:

I. planejar e supervisionar a execução e a distribuição de cardápios para funcionários e acompanhantes e de dietas para pacientes;

II. providenciar o abastecimento do setor dos insumos necessários à produção das refeições;

III. fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;

IV. supervisionar a higienização das áreas de estocagem e produção de refeições para garantir a qualidade das mesmas;

V. colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;

VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. participar de atividades científicas – elaboração e condução de projetos de pesquisa;

IX. manter contato com a Supervisão de Dietética e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço;

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

§2 - À Supervisão de Dietética compete:

I. definir, planejar, analisar, organizar, supervisionar e avaliar as atividades de assistência nutricional aos pacientes;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. colaborar na formação de profissionais na área de saúde, orientando estágios;

IV. incentivar os pacientes e funcionários para a formação de hábitos alimentares sadios, promovendo educação alimentar aos mesmos;

V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VII. participar de atividades científicas, elaboração e condução de projetos de pesquisa;

VIII. manter contato com a Supervisão de Produção e a Coordenação de Nutrição e Dietética objetivando a eficácia administrativa do serviço.

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

§4 – À COORDENAÇÃOTERAPIA OCUPACIONAL COMPETE:

I. Prestar assistência de terapia ocupacional aos pacientes do hospital;

II. Habilitar ou reabilitar o indivíduo para desempenhar, de forma satisfatória, suas atividades de vida diária.

III. Zelar para que as visitas de terapia ocupacional aos pacientes hospitalizados;

IV. Fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

VII. Revisar, continuamente, os processos de assistência aos pacientes, adequando o treinamento da equipe e os protocolos as novas tecnologias e padrões de assistências.

§5 - À Coordenação Fonoaudiologia Compete:

O Serviço de Fonoaudiologia da Unidade Assistencial de Saúde está subordinado ao Diretor Técnico, e será executado por profissionais habilitados, com qualificações pertinentes e autonomia profissional, e tem Conjunto de normas a serem seguidas pelo psicólogo que são:

O Serviço de Fonoaudiologia tem como propósito realizar prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico nas áreas de comunicação oral e escrita, audição e motricidade oral.

Os serviços realizados pelo setor são:

- a promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação),
- monitoramento e aperfeiçoamento de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular,
- na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema mio funcional orofacial e cervical e na deglutição.
- Cuida de todos os processos de comunicação humana e seu desenvolvimento, desde a sucção do leite materno até deglutição na melhor idade.

I. A função de coordenação, relacionadas às atividades com os funcionários da instituição.

II. A função de auxílio à adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.

III. A função de Inter consulta: Auxiliando outros profissionais a lidarem com o paciente.

IV. A função de enlace, de intervenção, por meio de delineamento e execução de programas com os demais profissionais, para modificar ou instalar comportamentos adequados dos pacientes.

V. Assistência direta: Atua diretamente com o paciente;

VI. A função de gestão de recursos humanos: aprimora os serviços dos profissionais da instituição, o que contribui de forma significativa para a promoção de saúde.

§6 - À COORDENAÇÃO ESPECIALIDADES MÉDICAS COMPETE:

PARAGRAFO 1 - À CARDIOLOGIA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cardiológicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Cardiologia;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

PARAGRAFO 2 - À CLÍNICA MÉDICA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

PARAGRAFO 3 - À CLÍNICA CIRURGICA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

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

PARAGRAFO 5 - À ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes Angiologia e Cirurgia Vascular, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Angiologia e Cirurgia Vascular;
- preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades da Angiologia e Cirurgia Vascular serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

PARAGRAFO 6 - À INFECTOLOGIA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

- preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;
- primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividade desenvolvidas na clínica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

PARAGRAFO 7-GASTROENTEROLOGIA GERAL COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

PARAGRAFO 8-NEUROCIRURGIA COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

PARAGRAFO 9-ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA COMPETE:

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

- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corp. clínico;
- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

PARAGRAFO 10-CUIDADO PALIATIVO - PALIATIVISMO COMPETE:

- coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

- elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica, inclusive os médicos voluntários;
- elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

ART. 14 - À GERÊNCIA ENSINO E PESQUISA COMPETE:

I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do ensino e pesquisa, acompanhar cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência;

II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. organizar e normatizar o atendimento aos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas, preceptores e tutores;

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

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

VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;

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

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;

XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;

XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;

XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;

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

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

SEÇÃO III - DA DIRETORIA ADMINISTRATIVA

ART. 15 - À DIRETORIA ADMINISTRATIVA, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Administrativa será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Administrativa
  - Coordenação Assistência Farmacêutica
  - Coordenação Almoxarifado e Patrimônio
  - Coordenação Tecnologia Informação
  - Coordenação Same
  - Coordenação Faturamento e Prontuário
  - Coordenação Nutrição e Dietética
- Gerência Operacional
  - Coordenação Manutenção Predial
  - Coordenação Engenharia Clínica
  - Coordenação Higienização e Limpeza
  - Coordenação Resíduos de Saúde
  - Segurança Patrimonial e Transporte
  - Necrotério
  - Pastoral da Saúde
  - Hotelaria
    - Portarias
    - Recepção
    - Serviço de proc. de roupas
    - Telefonia

- Gerência de Recursos Humanos
    - Supervisão de Formalização de Pessoal
    - Coordenação Avaliação de Desempenho
    - Serviço de Desenvolvimento e Recursos Humanos
    - Coordenação SESMT
- Gerência Qualidade

São atribuições do Diretor Administrativo:

I. dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;

III. despachar com o Diretor Geral;

IV. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;

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

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

VII. elogiar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos servidores;

VIII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;

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

X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;

XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.

ART. 16 - À GERÊNCIA ADMINISTRATIVA COMPETE

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Assistência Farmacêutica

b. Coordenação Almoxarifado e Patrimônio

c. Coordenação Tecnologia Informação

d. Coordenação Same

e. Coordenação Faturamento e Prontuário

f. Coordenação Nutrição e Dietética

Parágrafo Único – A função de Gerente Administrativo deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - À COORDENAÇÃO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;

II. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;

V. elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a polít administrativa do hospital;

VI. receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;

VII. controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;

VIII. emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;

IX. elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;

X. desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;

XI. manipular e preparar soluções desinfetantes e anti-sépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;

XII. controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;

XIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XVI. promover pesquisa cientifica em seu campo de atuação;

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

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

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

§2 - À COORDENAÇÃO ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;

II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;

III. efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;

IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;

V. fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;

VI. obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;

VII. manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;

VIII. atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;

IX. providenciar o tombamento dos bens patrimoniais do hospital, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;

X. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;

XI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;

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

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XV. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

§3 - À COORDENAÇÃO TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

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

V. manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;

VI. efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;

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

VIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

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

§4 –À COORDENAÇÃO SAME/FATURAMENTO

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;

IV. classificar as contas por médico e por especialidade médica;

V. calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;

VI. calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;

VII. promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;

VIII. enviar documentação de faturamento a SESAPI;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

SUB-SEÇÃO II

ART. 17 - À GERÊNCIA OPERACIONAL COMPETE

I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Manutenção Predial

b. Coordenação Engenharia Clínica

c. Coordenação Higienização e Limpeza

d. Coordenação Resíduos de Saúde

e. Segurança Patrimonial e Transporte

f. Necrotério

g. Pastoral da Saúde

h. Hotelaria

i. Portarias

ii. Recepção

iii. Serviço de proc. de roupas

iv. Telefonia

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

IV. Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

V. Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;

VI. Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;

VII. Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias d profissionais;

VIII. Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;

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

X. Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;

XI. Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;

XII. Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;

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

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

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

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

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

XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XXI. Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

XXII. Analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

XXIII. Elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

XXIV. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XXV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXVI. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XXVIII. Manter contato com a Diretoria Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XXX. As atividades da Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Gerente de Operações deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Gerente de Operações serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Parágrafo Único – A função de Gerente Operacional deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

- oordenação Manutenção Predial
- Coordenação Engenharia Clínica
- Coordenação Higienização e Limpeza
- Coordenação Resíduos de Saúde
- Segurança Patrimonial e Transporte
- Necrotério
- Pastoral da Saúde
- Hotelaria
  - Portarias
  - Recepção
  - Serviço de proc. de roupas
  - Telefonia

§1 - À COORDENAÇÃO MANUTENÇÃO PREDIAL COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;

IV. proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;

V. manter plantão de atendimento de emergência nas 24 (vinte e quatro) horas para os serviços elétricos e hidráulicos;

VI. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;

VII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

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

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

§2 - À COORDENAÇÃO ENGENHARIA CLÍNICA COMPETE

I. Elaborar, em consonância com a unidade, o Plano de Manutenção do Parque Tecnológico do hospital;

II. Subsidiar tecnicamente o processo de aquisição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos;

III. Subsidiar tecnicamente o processo de contratação de serviços de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos; acompanhar o recebimento e distribuição de equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos entregues no hospital, bem com as instalações nas suas unidades;

IV. Acompanhar a execução dos serviços de manutenção preventiva e corretiva em equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos realizados por empresas contratadas pelo hospital;

V. Promover e apoiar programas de capacitação de recursos humanos na operação e manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos, nas unidades do hospital;

VI. Coordenar a política de avaliação e incorporação de novas tecnologias em saúde, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital;

VII. Subsidiar tecnicamente a elaboração dos projetos de arquitetura e engenharia no que se refere à instalação de equipamentos médico hospitalares, laboratoriais e odontológicos no hospital.

VIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

XI. As atividades da Supervisão de Gestão de Pessoas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

XII. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XVI. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

As atividades da Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - a função de Supervisão de Engenharia Clínica deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Supervisão de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. fazer registro diário dos serviços prestados;

III. executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso;

IV. limpar as áreas externas e de circulação do hospital;

V. promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;

VI. controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;

VII. efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;

VIII. realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XI. manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

As atividades da Supervisão de Higienização e Limpeza serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 - À COORDENAÇÃO RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE COMPETE

I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Coordenação de Resíduos de Serviços de Saúde;

II. elaborar, implantar e desenvolver o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos de Saúde (PGRSS), estabelecendo as diretrizes de manejo dos Resíduos Sólidos de Saúde

III. - RSS, a ser submetido à aprovação dos órgãos de meio ambiente dentro de suas respectivas esferas de competência;

IV. gerenciar os RSS, planejando e implementando, a partir de bases científicas e técnicas, normas, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e eficiente, visando a proteção dos

V. trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente;

VI. fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

§5 - À COORDENAÇÃO LAVANDERIA COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

II. coletar nas diversas dependências do Hospital roupas para lavagem, conferindo conforme mapa de distribuição;

III. proceder à lavagem, secagem e passagem da roupa, encaminhando-a, devidamente embalada, ao Serviço de Rouparia;

IV. elaborar mapa de produção diária e encaminhá-lo à Supervisão;

V. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

VII. manter contato com a Coordenação Operacional objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

SUB-SEÇÃO III

ART. 18 - À GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade;

elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;

promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;

cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;

planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Recrutamento e Seleção

b. Coordenação Treinamento e Educação Permanente

c. Coordenação Departamento Pessoal

d. Coordenação Avaliação de Desempenho

programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área do hospital;

desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;

propor e implementar políticas de benefícios sociais;

zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

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

elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Supervisão de Gestão de Pessoas;

estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único – A função de Gerencia de Recursos Humanos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - À COORDENAÇÃO RECRUTAMENTO E SELEÇÃO COMPETE

I. Organizar e executar o processo de RECRUTAMENTO E SELEÇÃO dos perfis mais aderentes às funções;

II. Proporcionar treinamento e desenvolvimento do profissional durante toda a sua permanência na empresa;

III. Realizar avaliações de desempenho;

IV. Organizar o plano de carreira;

V. Realizar e manter atualizada toda COMUNICAÇÃO INTERNA;

VI. Adotar e monitorar medidas para que todos estejam engajados com a CULTURA REALIZAR ORGANIZAR O PROCESSO ORGANIZACIONAL, motivados e, consequentemente, produtivos.

VII. As atividades da Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único: a função de recrutamento e seleção deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Analista de RH serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À COORDENAÇÃO TREINAMENTO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COMPETE

I. Planejar, coordenar e supervisionar o trabalho dos profissionais da unidade que executam atividades de ensino (estagio, internatos residências)

II. Analisar e viabilizar a execução das propostas de ensino no âmbito do hospital; representar o Setor junto à diretoria técnica e RH, ouvindo seus pares;

III. Promover, apoiar e coordenar programas de educação continuada;

IV. Coordenar e apoiar os programas de estágios de nível médio do hospital.

V. Monitorar e avaliar o desempenho das linhas de cuidado;

VI. Participar da elaboração e implantação dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

VII. Avaliar a necessidade e propor a incorporação e/ou renovação de tecnologias afetas às linhas de cuidado;

VIII. Integrar os processos de trabalho das Unidades Assistenciais vinculadas à Divisão;

IX. Implantar a alta responsável do ambiente hospitalar – ambulatorial e de internação – em articulação com os demais pontos de atenção da rede de saúde;

X. Implantar visita ampliada;

XI. Instituir protocolo unificado;

XII. Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde.

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

XIV. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XVI. Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

XVII. Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIX. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

XXI. Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

§1 - a função Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE deverá ser exercida por profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades de Coordenação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão- NEPE serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À COORDENAÇÃO DEPARTAMENTO PESSOAL COMPETE

I. Realizar a admissão;

II. Manter o controle de frequência;

III. Acompanhar e monitorar a inclusão e manutenção dos benefícios oferecidos pela companhia;

IV. Organizar as férias;

V. Planejar e executar a FOLHA DE PAGAMENTO e seus impostos;

VI. Realizar a demissão.

VII. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;

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

IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

Manter contato com a Departamento Pessoal, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

§4 - À COORDENAÇÃO AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Unidade de Recursos Humanos;

II. realizar levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;

III. manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores do hospital;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. controlar a concessão de férias e licenças dos servidores, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;

VI. controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;

VII. informar ao Coordenador ou Supervisor imediato o afastamento do servidor por gala, nojo e serviços obrigatórios por lei;

VIII. receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;

IX. informar regularmente à Diretoria de Gestão de Pessoas da SESAPI notificação de todas as ocorrências da vida funcional dos servidores para fins de elaboração de folha de pagamento e registro na ficha funcional;

X. elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e materi... utilizado;

XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIV. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

ART. 19 - À GERÊNCIA DE QUALIDADE COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Qualidade e Unidade de Recursos Humanos;

II. realizar levantamento das necessidades de qualidade em cada setor do Hospital;

III. manter atualizado o Sistema de Gestão de Qualidade com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos servidores do hospital;

IV. fazer registro diário dos serviços prestados;

V. informar ao Coordenador ou Supervisor sobre notificações, e buscar imediato resposta e solução;

VI. receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;

VII. informar regularmente à Diretoria de Gestão de Administrativa notificação de todas as ocorrências;

VIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

SEÇÃO IV - DA DIRETORIA FINANCEIRA

A Diretoria Financeira será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio ao planejamento, execução financeira e contábil assistencial, e logístico operacional no hospital. Será assessorado por:

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Gerência Financeira

i. Coordenação Prestação de Contas/controle interno

ii. Coordenação Compras/suprimentos

b. Gerência Contábil

i. Coordenação de Auditoria Int / Externa

c. Gerência Planejamento/Orçamento

d. Gerência Custos

III examinar solicitações e sugestões da área administrativa e adotar as providências que julgar necessárias;

IV estudar e propor medidas que visem a melhoria administrativa dos serviços hospitalares;

V proporcionar ao Serviço de Apuração de Custos, através do registro das atividades,

VI condições de coletar dados para fins de estatística e levantamento de custos e de indicadores gerenciais;

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

VIII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

IX colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

X manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

XII Parágrafo Único – a função de Diretor Financeiro deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência.

ART. 20 - À DIRETORIA FINANCEIRA, COMPETE:

Parágrafo único: A Diretoria Financeira será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Gerencias e Coordenações:

- Gerência Financeira
  - Coordenação Prestação de Contas
  - Coordenação Compras e suprimentos
- Gerência Contábil
  - Coordenação de Auditoria Int / Externa
- Gerência Planejamento e Orçamento
- Gerência de Custos

§1 - À COORDENAÇÃO PRESTAÇÃO DE CONTAS/CONTROLE INTERNO COMPETE

O Serviço de Prestação de Contas é um órgão de apoio da Gerência Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de contas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital.

I. prestar assessoria ao Diretor Geral em assuntos relacionados com as atividades de controles internos;

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

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

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

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

VI. apurar os resultados de metas contratuais sobre resultado de produção;

VII. emitir relatório portfólio de indicadores de produção e metas de desempenho, submeter aprovação do Conselho de Administração do Instituto CEM;

VIII. publicar no site SIGOs os arquivos mensais de Portfólio de Indicadores de Produção, Indicadores de Qualidade, Indicadores de Rh, absenteísmos e turnover, Pesquisa de Satisfação, relatório de atividades, relatórios da ouvidoria, Atas e listas de presenças das Reuniões das comissões internas;

IX. produzir os relatórios mensais, trimestrais, quadrimestrais e semestrais para apuração dos resultados

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

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

XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

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

Parágrafo Único – O Serviço da Prestação de Contas é exercido, preferencialmente, por profissional com comprovada experiencia para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas do hospital.

§2 - À COORDENAÇÃO COMPRAS E SUPRIMENTOS COMPETE

I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras;

II. planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;

III. fazer registro diário dos serviços prestados;

IV. buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;

V. manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;

VI. certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;

VII. manter atualizadas as informações cadastrais dos fornecedores;

VIII. catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;

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

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

Art. 102 - À Gerência Contábil compete

XIV. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gerência Contábil;

XV. fazer registro diário dos serviços prestados;

XVI. elaborar a proposta orçamentária do Hospital;

XVII. solicitar a SES, empenho dos recursos recebidos;

XVIII. emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, acordo com a legislação – Sistema Integrado de Contabilidade, mantendo atualizado seu controle;

XIX. elaborar os registros contábeis;

XX. manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIPEF;

XXI. enviar a prestação de conta mensal a SES;

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

XXIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XXIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

manter contato com a Gerência Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

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

§3 – À COORDENAÇÃO AUDITORIA INTERNA E EXTERNA COMPETE

O Serviço de Auditoria é um órgão de apoio da Gerência Contábil com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas organizacionais dos prontuários de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital composta por:

I. Auditoria Externa:

a. auditoria externa é executada empresa de auditoria independente, e não possui nenhum tipo de vínculo com a organização a ser auditada;

b. finalidade o exame das demonstrações contábeis para emissão de um parecer, opinião ou laudo sobre a posição das mesmas.

c. Objetivo: assegurar que as demonstrações reflitam verdadeiramente a posição financeira e patrimonial da organização.

II. Auditoria Interna:

a. O processo de auditoria interna é realizado por profissionais da própria empresa auditada

b. a auditoria interna reporta-se aos gestores e à presidência, sendo tratado como área de assessoramento;

c. A auditoria interna colabora para que a alta gestão da empresa tenha sempre uma visão ampla da eficiência dos seus controles.

d. Cabe também a este setor que avalie continuamente a aderência dos setores e colaboradores, ao seguimento dos controles e o cumprimento das normas e instruções estabelecidas no sistema de controle interno implantado.

e. Objetivo: servir como aliada para a administração da empresa, sendo a base da certificação do cumprimento das normas, regimentos e políticas, provenientes dos controles internos.

f. A auditoria interna pretende medir o nível de segurança dos controles internos existentes na empresa e, na constatação da ineficiência destes sugerir melhorias ou indicar inconformidades

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

Art. 104 - À Gerência Planejamento, Orçamento e Custos compete

III. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

IV. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação de Custos

V. prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;

VI. após um estudo da realidade e exame de perspectiva, sugerir definição de metas e prioridades para o planejamento da política de ação do Hospital;

VII. analisar, permanentemente, os aspectos organizacionais e operacionais do Hospital e sugerir medidas para um adequado funcionamento;

VIII. elaborar planos, programas e projetos de trabalho do Hospital;

IX. avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;

X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

XII. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XIII. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo (Planisa);

XIV. controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento d atividades; e a tomada de decisões.

XV. avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

XVI. emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

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

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

Art. 105 – À Gerência de Custos compete:

XIX. estabelecer procedimentos que permitam a determinação, controle e análise dos custos hospitalares;

XX. acompanhar e avaliar o desempenho do Sistema de Custo Hospitalar, desenvolvido e implantado pelo Serviço de Apuração de Custo;

controlar e avaliar a produção dos indicadores gerenciais no sentido de fornecer informações aos diversos níveis hierárquicos do hospital, que servem para:

a. determinar a rentabilidade e o desempenho dos diversos serviços do hospital;

b. auxiliar no planejamento, controle e administração do desenvolvimento das atividades; e a tomada de decisões.

avaliar, sistematicamente, o desempenho dos serviços do hospital, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;

emitir, sistematicamente, relatórios das avaliações realizadas sobre os indicadores gerenciais e hospitalares;

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.

CAPÍTULO IV -DAS ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL

ART. 21 - À GERÊNCIA FINANCEIRA COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação Prestação de Contas

b. Coordenação Compras e suprimentos

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência Financeira deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 22 - À GERÊNCIA CONTÁBIL COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

a. Coordenação de Auditoria Int / Externa

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência Contábil deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

ART. 23 - À GERÊNCIA DE CUSTOS COMPETE

I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;

II planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

III planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;

IV executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;

V fazer registro diário dos serviços prestados;

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

VII estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VIII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

IX manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

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

Parágrafo Único – A função de Gerência de Custos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

CAPÍTULO IV -DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DO PESSOAL

Art. 24 – O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos e consoante composição e regime jurídico determinado pelo Poder Executivo.

Art. 25 – Os funcionários do Hospital estarão submetidos ao Regimento de Recursos Humanos do Instituto Cem.

Art. 26 – O afastamento, as disposições e requisições de servidores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), para serventia em outros órgãos, somente poderão ser atendidos sem ônus para o Hospital, exceto para o exercício de funções de confiança, respeitada a necessidade do Serviço e após previa anuência da Direção Geral do Hospital.

SEÇÃO II DO HORÁRIO

Art. 27 – O horário de trabalho em todo o Hospital é fixado pela Direção Geral do Hospital, respeitada a legislação vigente, com funcionamento do hospital sendo 24 horas, 07 dias da

semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

Art. 28 – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Geral do Hospital, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 29 – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 30 – O Diretor Geral do Hospital, será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico Assistencial.

Art. 31 – Os titulares das Diretorias e Gerência serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por Supervisor indicado pelo Diretor Geral do hospital;

Art. 32 – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor Geral do hospital.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 33 – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Gerência de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação do Diretor Geral do Hospital.

Art. 34 – É obrigatório o registro de "ponto" de todo o pessoal do Hospital.

§ 1º – São dispensados do "ponto" os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores do Hospital, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;

§ 2º – O registro de "ponto" do pessoal de nível superior será feito por meio de ponto eletrônico..

Art. 35 – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do hospital mediante autorização expressa do Diretor Técnico -Assistencial.

Art. 36 – Caberá ao Diretor Geral do Hospital estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços do hospital, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 37 – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do hospital só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do Diretor Geral.

Art. 38 – O Diretor Geral do Hospital, tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 39 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção do hospital, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 40 – Este Regimento, aprovado pelo Diretor Geral, entrará em vigor na data de sua publicação.

4.3 Proposta para Regimento Serviço Multiprofissional

O presente Regimento traz, aspectos diretivos, estruturais do Serviço da Equipe Multiprofissional do HUGO e institui as normas gerais de funcionamento do serviço aplicável a todos profissionais lotados nestes serviços.

Art. 1º – DOS OBJETIVOS

São objetivos das especialidades multiprofissionais o cuidado em Saúde por meio das linhas de cuidado prioritárias estabelecidas pela SES-GO de forma humanizada, integrada, interdisciplinar e com ênfase nas ações educativas, estímulo ao autocuidado e projeto terapêutico singular, por meio de uma abordagem biopsicossocial, com atenção centrada no paciente.

Art. 2º – DA COMPOSIÇÃO

A equipe multiprofissional será constituída de acordo com a necessidade da carteira de serviço atual do Hugo, desta forma segue a seguinte composição:

- Coordenador Multidisciplinar
- Assistente Social
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Fisioterapeuta

- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Psicólogo
- Terapia Ocupacional

Art. 3º – DAS COMPETÊNCIAS

I. Compete ao Coordenador Multidisciplinar

a) Coordenar, dirigir, controlar e monitorar os assuntos relativos à equipe multidisciplinar;

b) Gerenciar os recursos humanos, materiais, insumos, equipamentos, medicamentos, no âmbito da sua competência e garantir a sua utilização de forma eficiente.

c) Desenvolver trabalho integrado com todos os setores da unidade, apoiar a equipe de qualidade na supervisão e identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;

d) Garantir a utilização de diretrizes clínicas baseada em evidências e boas práticas em saúde;

e) Agir de forma integrada com o RT Médico nas questões técnicas assistenciais, e com os demais responsáveis técnicos da unidade para assuntos relacionados a cada área, buscando otimizar os processos operacionais;

f) Promover e manter o desenvolvimento da equipe, estimular e garantir a interdisciplinaridade da equipe;

g) Convocar, coordenar e elaborar pautas das reuniões da Equipe Multidisciplinar;

h) Conhecer os serviços ofertados em toda a rede assistencial da região e avaliar as opções e serviços disponíveis;

i) Consolidar informações, avaliações e documentos do usuário, orientar o usuário quanto aos encaminhamentos, e condutas propostas no projeto terapêutico;

j) Implementar e monitorar a realização do projeto terapêutico singular, estabelecer, junto à equipe, estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

k) Reforçar, junto à equipe, a importância do compartilhamento do cuidado;

l) Promover a articulação entre os pontos e entre os níveis de Atenção;

m) Comunicar às equipes sobre o Projeto Terapêutico Singular desenvolvido e as condutas sugeridas, quando o usuário for encaminhado a outros serviços de saúde;

n) Participar da avaliação global e do gerenciamento do cuidado dos pacientes, com o apoio da equipe e monitorar os resultados obtidos.

o) Participar de atividades de Educação Permanente;

p) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

II. Compete ao Assistente Social

a) Acolher, escutar e realizar avaliação social dos pacientes encaminhados para as linhas de cuidado prioritárias (cardiometabólica, pré natal de alto risco, pediatria de alto risco e doente crônico renal);

b) Fazer articulação com serviços de assistência social e saúde do território de residência do paciente (informações sobre encaminhamentos, contrarreferência, buscas ativas);

c) Orientar sobre direitos, programas sociais e outras políticas assistenciais;

d) Estabelecer junto à equipe estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

e) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

f) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

g) Participar de atividades de Educação Permanente;

h) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

III. Compete ao Enfermeiro Assistencial

a) Acolher o paciente e realizar avaliação global do paciente com outros profissionais da equipe;

b) Realizar consulta de enfermagem;

c)Orientar o autocuidado e monitorar o tratamento;

d)Realizar reuniões de equipe para divulgação e discussão do PTS e levantar as necessidades de reavaliações multiprofissionais.

e) Orientar o paciente a levar o PTS para sua APS de referência para conhecimento e manutenção de condutas;

f) Auxiliar a equipe de qualidade na identificação de referências inadequadas ao perfil do serviço;

g) Reforçar junto a equipe a necessidade de contrarreferência de todos os pacientes atendidos;

h) Estabelecer junto às equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

i) Realizar o gerenciamento do cuidado das gestantes e puérperas no ambulatório e monitorar a consonância dos atendimentos com as diretrizes clínicas adotadas;

j) Atualizar a estratificação de risco gestacional;

k) Realizar o exame de cardiotocografia basal;

l) Orientar questões relacionadas ao parto e aleitamento materno, planejamento familiar e preencher a Caderneta da Gestante.

m) Participar de atividades de Educação Permanente;

n) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

IV. Compete ao Farmacêutico

a) Prevenir, identificar, avaliar, monitorar e intervir nos incidentes relacionados aos medicamentos e a outros problemas relacionados à farmacoterapia e demais produtos utilizados na assistência ao paciente;

b) Conhecer as condições fisiopatológicas do paciente;

c) Fazer a anamnese farmacêutica, incluindo a história da doença atual, comorbidades, hábitos de vida, alergias conhecidas, uso prévio de medicamentos, entre outros;

d) Participar da avaliação global;

e) Verificar se o paciente faz uso contínuo de outros medicamentos não contemplados no CEAF e avaliar se existem possíveis interações medicamentosas entre os mesmos, para que seja realizado o ajuste do plano terapêutico;

f) Orientar sobre as possíveis reações adversas esperadas com o uso da medicação;

g) Avaliar a farmacoterapia quanto à indicação, doses, frequência, horários, vias de administração, formas farmacêuticas, diluição, duração do tratamento, com o objetivo de atender às necessidades individuais do paciente;

h) Monitorar a necessidade de ajuste de dose de acordo com as características do fármaco, função renal e sistema de diálise.

i) Registrar os eventos adversos relacionados ao tratamento, caso ocorram;

j) Orientar sobre a possibilidade de mudanças na apresentação e/ou formato dos medicamentos ao longo do tratamento, nos casos de mudança de fabricantes;

k) 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;

l) Controlar o estoque otimizando a utilização do mesmo, evitando faltas de medicamentos, vencimentos ou subestoques na unidade;

m) Planejar, organizar e controlar as atividades do setor;

n) Ser responsável pelo reabastecimento e pela validade dos medicamentos utilizados para os casos de emergência;

o) Monitorar registro de consumo, perda e extravio de medicamentos;

p) Receber as requisições das prescrições e dispensar as medicações;

q) Participar de atividades de Educação Permanente;

r) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

V. Compete ao Fisioterapeuta

a) Realizar atendimento fisioterapêutico individual ou grupal para atenção especializada e orientações;

b) Estabelecer junto a equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

c)Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

d) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

e) Realizar atendimento fisioterapêutico para gestantes e puérperas;

f) Realizar avaliação fisioterapêutica específica considerando as comorbidades, idade e queixas do usuário;

g) Diagnosticar disfunções e elaborar projetos terapêuticos;

h) Realizar orientação para as principais disfunções musculoesqueléticas dos pacientes das linhas de cuidado.

i)Intervir no tratamento e prevenção de disfunções ginecológicas e urológicas, antes e após parto;

j) Realizar preparação para o parto, com exercícios respiratórios, relaxamentos, orientações posturais, alongamento, fortalecimento do assoalho pélvico e abdominal e drenagem linfática;

k) Realizar orientação sobre as situações da gravidez com restrição de atividades físicas;

l) Participar de atividades de Educação Permanente;

m) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VI. Compete ao Fonoaudiólogo

a) Acolher o paciente e realizar a avaliação global juntamente com outros membros da equipe;

b) Avaliar e orientar sobre a postura/pega correta para o aleitamento materno;

c) Orientar sobre cuidados com as mamas durante o período de lactação e incentivar o aleitamento materno;

d) Orientar sobre a manutenção da produção láctea caso o bebê necessite de internação em UTIN/UCIN;

e) Orientar sobre a importância da realização das triagens (teste da orelhinha e da linguinha) após o nascimento do bebê.

f) Realizar atendimento fonoaudiológico individual para avaliação, atenção especializada e orientações;

g) Avaliar possíveis distúrbios da deglutição, em paciente com Doença Renal Crônica;

h) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

i) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem;

j) Participar de atividades de Educação Permanente.

k) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VII. Compete ao Nutricionista

a) Prestar assistência nutricional integral aos pacientes das linhas de cuidado, por meio de avaliação e acompanhamento nutricional, consultas individuais, em grupos e/ou em conjunto com a equipe multidisciplinares baseadas em protocolos preestabelecidos;

b) Desenvolver grupos de orientação sobre educação alimentar;

c) Estabelecer junto às equipes estratégias para favorecer a adesão ao tratamento;

d) Participar de reuniões de equipe para elaboração do PTS e avaliações multiprofissionais necessárias;

e) Elaboração e entrega ao paciente de contrarreferência ao serviço de origem.

f) Aplicar o inquérito alimentar junto ao paciente e acompanhante;

g) Elaborar proposta de plano de melhoria alimentar individualizado, considerando as preferências do paciente, comorbidades diagnosticadas, contexto socioeconômico e cultural, disponibilidade de alimentos, sazonalidade, capacidade de autocuidado, letramento em saúde, suporte familiar e social;

h) Realizar monitoramento nutricional do paciente doente renal crônico, gestantes com sobrepeso, obesidade, diabetes, síndromes hipertensivas e outras morbidades diagnosticadas;

i) Orientar sobre a influência da alimentação materna no desenvolvimento do feto e incentivar o aleitamento materno;

j) Supervisionar o alimento fornecido durante as sessões de diálise, se o mesmo está nutricionalmente adequadas e seguro para pacientes dialíticos;

k) Garantir o armazenamento seguro dos alimentos que serão fornecidos aos dialíticos

l) Elaborar e ministrar palestras educativas para pacientes, familiares e colaboradores;

m) Realizar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a de acordo com a avaliação nutricional do paciente;

n) Acompanhar a evolução do paciente e orientar paciente, família e/ou responsável legal, quanto à dieta a ser seguida;

p) Implementar protocolos desenvolvidos pela Unidade e pela equipe multiprofissional em pacientes de acordo com o perfil clínico e a evolução dos pacientes que necessitam de cuidados nutricionais;

q) Garantir o registro claro e preciso, em prontuário eletrônico, de todas as informaçõe relacionadas à evolução nutricional do paciente;

r) Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

s) Participar de atividades de Educação Permanente.

t) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

VIII. Compete ao Psicólogo

a) Acolher, escutar e assistir e apoiar psicologicamente a pacientes e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/programas multiprofissionais tanto individual como em grupo;

b) 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;

c)Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

d) Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

f) Elaborar PTS facilitando a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

g) Elaborar e ministrar palestras educativas para colaboradores, pacientes e familiares;

h) Proporcionar por meio de atividades de recreação adequadas à faixa etária e possibilidades dos pacientes, aumentando a atividade produtiva, diminuindo a ansiedade e proporcionando maior socialização dos pacientes;

i) Participar de atividades de Educação Permanente;

j) Elaborar POP's (Procedimento Operacional Padrão) e protocolos das áreas de sua responsabilidade.

IX. Compete ao Terapeuta Ocupacional

O terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil.

Constituem-se deveres fundamentais do terapeuta ocupacional, segundo sua área e atribuição específica:

I – assumir responsabilidade técnica por serviço de Terapia Ocupacional, em caráter de urgência, quando designado ou quando for o único profissional do setor, atendendo à Resolução específica;

II – exercer sua atividade com zelo, probidade e decoro e obedecer aos preceitos da ética profissional, da moral, do civismo e das leis em vigor, preservando a honra, o prestígio e as tradições de sua profissão;

III – utilizar todos os conhecimentos técnico-científicos a seu alcance e aprimorá-los contínua e permanentemente, para promover a saúde e o bem estar, favorecer a participação e inclusão social, resguardar os valores culturais e prevenir condições sócio-ambientais que impliquem em perda da qualidade de vida do cliente/paciente/usuário/família/grupo/comunidade;

IV – manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional e exigir o mesmo comportamento do pessoal sob sua direção, salvo em situações previstas em lei;

V – colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em caso de guerra, catástrofe, epidemia ou crise social, sem pleitear vantagem pessoal incompatível com o princípio de bioética de justiça;

VI – oferecer ou divulgar seus serviços profissionais de forma compatível com a dignidade da profissão e a leal concorrência;

VII – assumir seu papel na determinação de padrões desejáveis do ensino e do exercício da Terapia Ocupacional;

VIII – contribuir para promover a universalização dos direitos sociais, o respeito e a promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, oportunizando no âmbito de sua atividade profissional, o acesso e o exercício dos mesmos;

IX – contribuir, com seu trabalho, para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, preenchendo e encaminhando formulários oficiais de notificação compulsória ou quaisquer dessas ocorrências às autoridades competentes ou outros quando constatadas;

X – cumprir os Parâmetros Assistenciais e o Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO;

XI – cumprir e fazer cumprir os preceitos contidos neste Código, independente da função ou cargo que ocupar, e levar ao conhecimento do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional o ato atentatório a qualquer de seus dispositivos, salvo as situações previstas em legislação específica.

Art. 4º – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

O horário de trabalho da equipe multidisciplinar é conforme a determinação do conselho de cada profissional dentro do horário de atendimento ambulatorial do HUGO de segunda sexta-feira das 07:00 às 19:00 horas e enfermarias 24 horas por dia por 7 dias da semana

Todos os profissionais da equipe técnica do HUGO devem ser treinados periodicamente para prestar os atendimentos de urgência e emergência, e todos os colaboradores da unidade devem conhecer os fluxos, protocolos e procedimentos a serem realizados nos casos de intercorrência.

4.4 Proposta para Regimento Serviço de Enfermagem

Este regimento é o reflexo da estrutura diretiva do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e retrata, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e políticos da Enfermagem e institui as normas gerais do funcionamento do Serviço.

CAPÍTULO I - DA FINALIDADE E OBJETIVO

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

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

- Prestar atendimento de enfermagem, utilizando-se de método assistencial.
- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão, em cooperação com as unidades de ensino e saúde com as quais o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) for conveniado;
- Buscar a valorização do trabalho e do trabalhador, através de estratégias e programas voltados à pesquisa, a formação continuada e a organização profissional.
- Desenvolver o seu processo de trabalho de forma participativa e interdependente.
- Assistir o paciente, integralmente, visando o ser humano como um todo, a fim de reintegrá-lo à sociedade, o mais rápido possível.
- Promover e colaborar em programas de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem.
- Trabalhar de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

CAPÍTULO II - DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

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

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

- Ambulatório Geral, Diagnóstico e Hemodinâmica
- Pronto Socorro
- Bloco Cirúrgico e CME
- UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal
- Internação e Enfermaria
- Lavanderia e Higienização
- Central de Material e Esterilização – CME
- Controle de Infecção Hospitalar- CCIH

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

- Gerência de Enfermagem
- Coordenação de Procedimento Cirúrgico e CME
- Coordenação de Enfermagem - Urgência e Emergência
- Coordenação de Enfermagem - Ambulatório, Diagnóstico e Hemodinâmica, Oncologia
- Supervisão de Enfermagem - UTI
- Coordenação de Enfermagem - Assistência à Internação/Enfermarias
- Coordenador de Setor
- Enfermeiros Assistenciais
- Técnicos de Enfermagem
- Estagiários de Enfermagem

Art. 6º - A Gerência de Enfermagem será a instância máxima administrativa na organização da Enfermagem, possui caráter executivo, sendo responsável ainda, pelo planejamento, coordenação e avaliação da assistência de enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13º - A Gerência de Enfermagem compete:

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

Art. 14º - Compete à Central de Materiais e Esterilização - CME:

- Receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir material esterilizado, roupas cirúrgicas e instrumentais utilizados em todos os setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .
- Fazer o controle quantitativo e qualitativo de todos os materiais encaminhados aos setores.
- Realizar testes de segurança de esterilização.
- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na unidade.
- Cumprir e fazer cumprir as recomendações e orientações da Comissão de Ética de Enfermagem.
- Preparar as caixas de instrumental para as cirurgias de acordo com as listas atualizadas, seguindo as orientações do enfermeiro supervisor

Art. 15º - Compete ao Setor de Higienização:

- Preparar o ambiente para suas atividades.
- Manter a ordem do ambiente.
- Conservar equipamentos e instalações.
- Assegurar recursos humanos e materiais necessários a higienização do ambiente.
- Interagir com a equipe multidisciplinar, de forma a melhor atender o paciente.
- Colaborar com a CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) e com o SCIH (Serviço de - Controle de Infecção Hospitalar) para que sejam cumpridos os protocolos vigentes na Unidade.
- Monitorar a revisão dos equipamentos pelos técnicos responsáveis para mantê-los em condição de uso, junto ao setor de manutenção.
- Prever, prover e controlar os materiais e saneantes necessários ao seu funcionamento.
- Oferecer segurança e condições ambientais que facilitem e agilizem a recuperação do paciente.

Art. 16º - Compete à Ambulatorial Geral

- Assistir ao paciente atendendo-o nas necessidades básicas e específicas de acordo com a sua patologia.
- Colaborar com equipe multiprofissional, registrando fatos e prestando informações que facilitem o tratamento do paciente
- Manter o estoque de material, e os medicamentos de seu turno organizados, para bom funcionamento da unidade

Art. 17º - Ao serviço de Controle e Infecção Hospitalar, compete:

- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos.
- Participar da equipe de padronização de medicamentos

Art. 18º - Compete à Comissão de Ética de Enfermagem:

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

CAPÍTULO IV - DO PESSOAL E SEUS REQUISITOS

Art. 19º - Classificação das categorias profissionais:

- Enfermeiro RT /Gerente de Enfermagem
- Enfermeiros Coordenadores de Setor
- Enfermeiros Assistenciais

- Técnico de Enfermagem
- Estagiários de enfermagem

Art. 20º - Requisitos necessários aos cargos discriminados acima.

- Enfermeiro RT / Gerente do Serviço de Enfermagem: Registro profissional no CORENGO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Possuir Certidão negativa; Enfermeiro do quadro permanente com Experiência profissional comprovada em gerenciamento e liderança em enfermagem.
- Enfermeiro Coordenador de Setor: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe; Conhecimento específico comprovado para liderança do Setor.
- Enfermeiros Assistenciais: Possuir registro profissional no COREN-GO como enfermeiro; estar em dia com o Órgão de Classe, Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.
- Técnico de Enfermagem: Registro profissional no COREN-GO como técnico de enfermagem; estar regularizado com o Órgão de Classe; Certidão Negativa e Perfil para trabalhar em equipe.
- Estagiário de Enfermagem
- Nível Médio: Comprovação de aprovação na disciplina Introdução à Enfermagem ou Fundamentos de Enfermagem. Declaração da Escola Técnica constando a previsão de conclusão do curso.
- Nível Superior: Comprovação de conclusão do 6º semestre do curso de graduação em Enfermagem. Declaração da Universidade constando a previsão de conclusão do curso.

CAPÍTULO V - DO PESSOAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 21º – São atribuições do pessoal:

Enfermeiro RT/ Gerente do Serviço de Enfermagem:

- Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da instituição, em perfeita conformidade com o regulamento do exercício da Enfermagem.

- Estruturar, organizar e dirigir os serviços sob a sua responsabilidade, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade.
- Organizar, dirigir e supervisionar os serviços executados pela equipe de Enfermagem, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes nas vinte e quatro horas.
- Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da unidade.
- 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, a saber:
    a. Ambulatório
    b. Central de Material e Esterilização - CME
    c. Higienização
    d. Acompanhar problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção e outros).
    e. Autorizar trocas de plantões na área de sua responsabilidade que exceda uma carga horária normatizada.
    f. Aprovar e/ou elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) das áreas de sua responsabilidade.
    g. Dar sugestão das alterações em Protocolos e Instruções de Trabalho que possibilitem a melhoria contínua.
    h. Prever com os Enfermeiros Coordenadores de Setor materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas áreas sob sua responsabilidade.
    i. Realizar controle mensal de: custo com medicamentos, custo com material médica hospitalar; desempenho em relação aos registros de enfermagem; percentual de profissionais que participaram do programa de treinamento; percentual de funcionários novos treinados.
    j. Propor medidas de redução / eliminação de custos e ampliação de receitas.

k. Realizar com os Enfermeiros Coordenadores a programação anual da capacitação para a equipe de enfermagem.

l. Colaborar na execução do treinamento da área de sua responsabilidade.

m. Colaborar com o Comitê Técnico de Gerenciamento de Resíduos (GTRSS) e com o serviço de Recursos Humanos na capacitação de profissionais da unidade.

n. Analisar a avaliação de desempenho semestral.

o. Analisar e avaliar qualitativa e quantitativamente os serviços realizados pela equipe das áreas sob sua responsabilidade.

p. Participar das reuniões da CCIH e do CTGRSS.

q. Zelar pelo patrimônio e imagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

r. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais.

s. Elaborar com a coordenação responsável a necessidade de materiais e equipamentos para uso na assistência de sua responsabilidade.

t. Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com as áreas de sua responsabilidade.

u. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, seus familiares e da própria equipe de trabalho das áreas sob a sua responsabilidade.

v. Motivar a equipe para uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada.

w. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe.

x. Convocar e presidir reuniões com as enfermeiras coordenadoras;

y. Manter uma integração com os demais serviços para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente.

Enfermeiro Coordenador de Setor:

1. Conduzir a passagem de plantão na unidade de internação, no período da manhã, com a participação do Enfermeiro Assistencial e Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Observar:

- Evolução clínica dos pacientes
- Medicações pendentes (observar as justificativas)
- Materiais em falta
- Problemas administrativos diversos (falta de pessoal, manutenção, problemas com acompanhantes e outros)
- Supervisionar o horário da passagem do CME
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme necessidades.
- Observar o livro de ocorrências da Enfermeira e dos Técnicos (Assinar e registrar o número do COREN).
- Observar as solicitações de exames e encaminhá-las.
- Solicitar diariamente os materiais e medicações necessárias.
- Realizar uma ronda na unidade, avaliando a dinâmica do trabalho.
- Com o Enfermeiro Assistente, avaliar a assistência de Enfermagem prestada aos pacientes, identificando as necessidades e dando as orientações necessárias.
- Supervisionar a realização da evolução dos pacientes, pela (o) enfermeira (o) assistencial.
- Verificar os equipamentos da unidade: funcionamento, os que estão em uso, os emprestados, a limpeza e conservação dos mesmos.
- Verificar a validade do material em estoque do CME.
- Observar as necessidades de ajustes na escala mensal: solicitações de trocas, atestado médico, atestado de comparecimento, folgas, justificativas de faltas.
- Elaborar distribuição dos técnicos no período da tarde.
- Viabilizar exames: marcação, cobrar resultados, observar preparo.
- Orientar os pacientes sobre o preparo dos exames.

- Conduzir a passagem de plantão (manhã para a tarde).
- Observar os funcionários presentes, conferindo com a escala diária e ajustando conforme a necessidade.
- Controlar entorpecentes e carro de emergência.
- Observar os encaminhamentos de: exames, cirurgias, retornos.
- Realizar reposição dos impressos.
- Dirigir-se a sala do (a) Gerente de Enfermagem:
- Passar o plantão
- Registrar as ocorrências em livro reservado para este fim
- Realizar treinamento em serviço.
- Elaborar a escala mensal dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem e encaminhá-las para conferência do (a) Gerente Operacional de Enfermagem e posterior aprovação.

PARÁGRAFO ÚNICO: São atribuições do enfermeiro Coordenador do Setor de Lavanderia / Higienização:

- Distribuir diariamente as tarefas a serem realizadas.
- Observar problemas administrativos diversos.
- Autorizar trocas de plantões no serviço de higienização.
- Realizar rondas nos diversos setores da unidade.
- Realizar auditoria do serviço de higienização, utilizando para este fim impresso apropriado.
- Planejar e programar atividades diárias, semanais, quinzenais e mensais do serviço.
- Programar, providenciar e controlar os materiais, equipamentos e saneantes utilizados no serviço.
- Provisionar, controlar e orientar sobre o uso dos EPI's.
- Dimensionar recursos humanos necessários para o serviço.

- Dimensionar área física do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e enxoval.
- Dimensionar equipamentos e materiais utilizados no serviço de higienização e na lavanderia.
- Elaborar os POP's (Procedimento Operacional Padrão) do serviço de higienização.
- Enviar relatórios administrativos mensalmente à liderança de enfermagem contendo: atividades realizadas, movimentação de pessoal, sugestões de compra de materiais e equipamentos, áreas que devem ser reparadas, e número atualizado de funcionários do serviço.
- Realizar programação anual da capacitação para as equipes da higienização.
- Realizar treinamento da equipe de higienização.
- Colaborar com o CGRSS e com o serviço de Recursos humanos na capacitação de profissionais da unidade no que diz respeito a higienização.
- Realizar controle mensal de: custo com material de limpeza por m^2, média mensal de bombonas de resíduos infectantes geradas, índice de acertos, percentual de colaboradores que participou do programa de treinamento, volume de roupa processada, custo por o quilo de roupa processada.
- Lançar no Sistema os indicadores citados no item 17.
- Participar diretamente do processo seletivo dos futuros funcionários do serviço de higienização realizando curso de atualização e aplicando prova de seleção.
- Realizar avaliação de desempenho semestral.
- Participar das reuniões da CCIH quando o assunto pertinente for higienização.
- Participar das reuniões do CGRSS.
- Participar do processo de padronização dos saneantes.
- Realizar reuniões trimestrais com a equipe, a fim de comunicar mudanças de rotinas, ouvir críticas e sugestões.

Enfermeiro Assistencial:

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.

- Realizar diagnóstico de enfermagem dos pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Evoluir os pacientes pertencentes ao setor sob sua responsabilidade.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes sob sua responsabilidade.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes mais graves.
- Identificar e tomar condutas rápidas diante das situações fora da rotina da unidade.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Realizar visita aos pacientes, conferindo a permanência dos mesmos, com o cens eletrônico impresso pela enfermeira do SN.
- Passar para o próximo enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- No início do período, iniciar o relatório de enfermagem.
- Realizar curativos de grande extensão.
- No final do período, fechar o relatório e realizar o registro das ocorrências.
- No final do período, participar da passagem de plantão;
- Emitir novo censo da unidade.

Técnico de Enfermagem:

- Tomar conhecimento da evolução e estado dos pacientes pela passagem de plantã
- Executar o plano de assistência elaborado pela enfermeira.
- Prestar assistência de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.
- Fazer o registro das anotações de enfermagem e das atividades executadas.

Estagiário de Enfermagem - Nível Superior

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível superior deverão desempenhar suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro da unidade que o estudante estiver lotado, significando que os registros do graduando de enfermagem no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro do CORENGO de um Enfermeiro.

- Realizar histórico de enfermagem durante a admissão do paciente.
- Fazer diagnóstico de enfermagem.
- Fazer as prescrições de enfermagem dos pacientes.
- Evoluir os pacientes.
- Prestar assistência de enfermagem direta aos pacientes acompanhados por um Enfermeiro.
- Participar da passagem de plantão no início do turno.
- Passar para o Enfermeiro as necessidades relacionadas aos pacientes.
- Conferir com a ajuda do auxiliar/técnico de enfermagem ou auxiliar administrativo as medicações liberadas pela farmácia.
- No final do período participar da passagem de plantão.

Estagiário de Enfermagem - Nível Médio

PARÁGRAFO ÚNICO – Os estagiários de enfermagem de nível médio deverão desempenhar as suas atividades sob a orientação direta e supervisão do Enfermeiro Principal da unidade que estiver lotado, significando que os registros do estudante no prontuário do paciente e outros impressos deverão conter a assinatura e registro no COREN-GO de um Enfermeiro.

- Orientar os pacientes na unidade.
- Executar os cuidados de enfermagem planejados.
- Proporcionar conforto ao paciente por meio dos cuidados de higiene.
- Preparar os pacientes para exames complementares.
- Comunicar à enfermeira as alterações observadas no estado geral dos pacientes.
- Fazer registro, anotação de enfermagem, das atividades executadas.

CAPÍTULO VI - Do Horário de trabalho

Art.22º - O Serviço de Enfermagem da instituição manterá plantão durante 12 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes e serviço de 8 horas por dia:,

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Na elaboração da escala mensal de serviço as folgas consecutivas não deverão ultrapassar a 04 (quatro), sem autorização escrita do Gerente de Enfermagem.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As escalas de serviço, do próximo mês, deverão ser encaminhadas para o Recursos Humanos (RH) até o dia 10 (dez) do mês em curso.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As trocas na escala de serviço durante o mês deverão ser realizadas com 48 horas de antecedência, salvo por necessidade do serviço.

PARÁGRAFO QUARTO - Só serão permitidas 04 (quatro) trocas mensais. Uma quinta troca implicará na autorização por escrito do Coordenador Geral de Enfermagem.

PARÁGRAFO QUINTO - As faltas representam um comprometimento no planejamento da assistência e na avaliação do funcionário faltoso, passível de medidas disciplinares.

PARÁGRAFO SEXTO - As faltas nos feriados sem justificativa comprovada, significam "falta grave", uma vez que a escala de serviço foi elaborada em condições que oferecem segurança e continuidade da assistência prestada aos pacientes e o funcionário estará sujeito à suspensão de suas atividades por 01 (um) dia de trabalho.

PARÁGRAFO SÉTIMO: O ambulatório tem suas atividades de segunda a sexta, sendo 12 horas por dia.

CAPÍTULO VII - Das Disposições Gerais

Art.20º - Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do COREN-GO.

Art.21º - Anualmente os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem devem apresentar, ao Setor de Recursos Humanos (RH), comprovante de quitação da anuidade do COREN-GO.

Art.22º - Os profissionais do Serviço de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art.23º – Este Regimento passa a vigorar a partir da data de assinatura, que deverá ser lavrada, pela Direção Técnica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e pelo Gerente de Enfermagem.

4.5 Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário

4.5.1 Modelo De Gestão Da Informação

O INSTITUTO CEM implementará um conjunto de Sistemas de Tecnologia da Informação que executará a gestão das informações geradas em todos os setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) de forma integrada e que atendam aos seguintes princípios:

- Sistema de Gestão da Qualidade.
- Sistema de Gestão Hospitalar.
- Sistema de Prontuários Eletrônicos (PEP).
- Portal da Transparência - Gestão Transparente e Integrada do ponto de vista administrativo-financeiro da Instituição junto à comunidade e entes públicos.
- Gestão integrada de Pessoas, Processos e Prazos
- Gestão Integrada dos protocolos das áreas técnicas (equipe médica e multidisciplinar).

4.5.2 Projeto De Tecnologia Da Informação

A Tecnologia, definida como um conjunto ordenado de conhecimentos científicos, técnicos, empíricos e intuitivos, empregados no desenvolvimento, na produção, na comercialização e na utilização de bens ou serviços, normalmente inseridos numa rede de apoio de relações físicas, informacionais e organizacionais, já foi observada no fim da década de 90 pelo consagrado físico e matemático Freeman Dyson, como apenas uma das forças que impulsionam a humanidade, juntamente com as forças políticas, econômicas e a religião.

A princípio, diante dos grandes avanços tecnológicos, pode-se deduzir que tanto as pessoas quanto as organizações da área da Saúde desfrutam de uma grande evolução e transformação. A realidade, no entanto, poderá se mostrar contrária a esta dedução. A evolução e transformação esperadas estão vindo para as organizações que tiverem a capacidade de gerenciar com competência e eficiência suas tecnologias e o ciclo de vida, externos e internos das mesmas, garantindo desta forma, vantagem competitiva e conquista de mercado.

O fato é que os avanços tecnológicos em especial na Tecnologia da Informação, nos mais diversos setores, exigem um alto grau de investimento, têm um custo operacional e de manutenção altos e tornam-se obsoletos rapidamente, além de em sua grande parte causar impacto operacional no momento da implantação negativo, mesmo que a posteriori os próprios usuários entendam que o processo veio para modernizar e melhorar o fluxo laboral. É por isso que uma gestão competente, que compreenda a dinâmica deste cenário e que tome decisões assertivas alinhadas às estratégias de curto e longo prazo da organização, que saiba entender e compreender e alinhar a visão técnica com a de usuários, é fundamental.

Neste cenário a gestão da Tecnologia da Informação nas organizações, inclusive hospitalares, tem papel determinante, uma vez que a TI é hoje o foco das maiores inovações, permeia toda a organização e vai além, estabelecendo uma nova dinâmica de relacionamento com todos os participantes deste mercado.

Juntamente com sua importância a Gestão da Tecnologia da Informação no ambiente hospitalar traz também suas dificuldades e complexidades. A boa notícia é que outros setores que já vivenciaram estas dificuldades compartilham com outros mercados os resultados de seus estudos, esforços, implantações e modelagens através de guias de melhores práticas. Algumas destas melhores práticas para a Gestão de TI são mostradas a seguir:

4.5.2.1 Governança de TI

A Governança de TI é um grande arcabouço de metodologias que se prezam a auxiliar na gestão das Tecnologias de Informação.

"A governança de TI é um sistema pelo qual TI é dirigida e controlada na instituição. A estrutura de governança de TI especifica a distribuição de direitos e responsabilidades entre os diferentes participantes da instituição como, por exemplo, a diretoria, os supervisores de negócio e de TI e dita as regras e procedimentos para a tomada de decisão nesta área. Desta forma a governança de TI fornece a estrutura necessária para estabelecer os objetivos de TI e os meios para manter estes objetivos e o monitoramento do desempenho." (Organization of Economic Cooperation and Development)

Através da governança de TI asseguramos que TI está adequadamente alinhada aos processos do negócio e é organizada e controlada corretamente. Ela fornece a estrutura que liga os processos, as informações e recursos de TI às estratégias e objetivos da Instituição.

Ela integra e institucionaliza as melhores práticas de planejamento, organização, aquisição, implementação, entrega, suporte, monitoramento e avaliação de desempenho de TI, para garantir que as informações da instituição e tecnologias associadas suportam os objetivos do negócio.

A governança de TI possibilita que a instituição aproveite todas as vantagens que a informação pode prover, maximiza os benefícios e capitaliza as oportunidades e assim alavanca a vantagem competitiva.

A governança de TI pode ser definida como conjunto de práticas e objetivos que visam o gerenciamento, o controle e a qualidade dos processos e atividades da tecnologia da informação na organização, tendo como foco, a adição de valor ao negócio.

Com sua utilização é possível formular estratégias e metas que irão gerar vantagens competitivas, fazendo com que a organização seja produtiva e proativa, sempre monitorando e antecipando as possíveis futuras falhas e problemas, para fornecer sempre um serviço 100% disponível e confiável.

CICLO DE VIDA DA TI

Identificar quais são as forças que promovem as alterações e evoluções no ambiente de TI da organização é fundamental para que as ações oriundas do BSC sejam conduzidas de forma adequada.

Sob a ótica do ciclo de vida pode-se realizar a perfeita fusão entre os conceitos e metodologias de Governança de TI e os objetivos estratégicos das organizações.

Segundo a ISO/IEC N21846, as fases básicas de TI normalmente são:

- Requisitos;
- Projeto;
- Construção;
- Distribuição;
- Operação e manutenção;
- Melhoria
- Descontinuidade.

Para cada uma destas fases pode-se adotar uma fonte de Governança de TI diferente para gestão.

IMPLANTAÇÃO DE ITIL

Information Technology Infrastructure Library (ITIL) é um conjunto de boas práticas a serem aplicadas na infraestrutura, operação e manutenção de serviços de tecnologia da informação (TI). Foi desenvolvido no final dos anos 1980 pela CCTA (*Central Computer and Telecommunications Agency*) e atualmente está sob custódia da OGC (*Office for Government Commerce*) da Inglaterra.

A ITIL busca promover a gestão com foco no cliente e na qualidade dos serviços de tecnologia da informação (TI).

A ITIL lida com estruturas de processos para a gestão de uma organização de TI apresentando um conjunto abrangente de processos e procedimentos gerenciais, organizados em disciplinas, com os quais uma organização pode fazer sua gestão tática e operacional em vista de alcançar o alinhamento estratégico com os negócios.

ITIL dá uma descrição detalhada sobre importantes práticas de IT com checklists, tarefas e procedimentos que uma organização de Tecnologia da Informação pode customizar para suas necessidades.

Para implementação na unidade serão capacitados todos os profissionais da área de Tecnologia da Informação e áreas correlatadas na última versão do ITIL.

SERVIÇOS

Serviço é uma forma de entregar valor ao cliente facilitando o resultado almejado por eles sem a necessidade de arcar com custos específicos e riscos. O valor do serviço é medido pela sua utilidade e garantia. Utilidade é servir um propósito, melhorando o desempenho médio. Garantia é servir para uso, reduzindo variações de desempenho. Juntos, utilidade e garantia, representam o valor do serviço. O ITIL – Information Technology Infrastructure Libray – é reconhecido mundialmente como um padrão para gerenciamento de serviço e tem como foco principal a operação e a gestão do conjunto de melhores práticas para gerenciamento de processos de TI. A utilização dos processos da ITIL para a implementação da Governança de TI é adotada após o estabelecimento de uma visão conjunta das áreas demandantes com a TI que descreva o objetivo de implementar um Programa de Melhoria Contínua de Serviços e que a organização possua uma resposta clara do que ocorrerá se nada mudar. Os processos do ITIL podem ser subdivididos em: Gerenciamento de

Aplicações, Gerenciamento de Serviços e Gerenciamento de Infraestrutura de TI. De modo sucinto o Gerenciamento de Serviço por ser o que contém a maior parte dos processos do ITIL. O principal objetivo do Gerenciamento de Serviços é certificar-se que os serviços de TI estão alinhados com as necessidades do negócio da empresa e seus processos estão subdivididos em dois grupos:

Entrega de Serviço (Gerenciamento de Níveis de Serviço, Gerenciamento de Capacidade, Gerenciamento de Finanças, Gerenciamento de Disponibilidade e Continuidade do Serviço);

Suporte de Serviços. (*Service Desk*, Gerenciamento de Incidentes, Gerenciamento de Problemas, Gerenciamento de Configuração, Gerenciamento de Mudanças e Gerenciamento de Versões);

Em razão de sua flexibilidade, a adoção do ITIL traz grandes benefícios, uma vez que não define os processos a serem implementados, mas sim demonstra as melhores práticas que podem ser utilizadas. De forma objetiva, podemos apontar alguns resultados decorrentes de sua implementação, tais como: definição dos ciclos de vida dos processos, análise e classificação dos erros, aumenta o grau de segurança do usuário, organiza métodos de trabalho, gera melhorias contínuas e referências para novos usuários, contribui como facilitador e integrador entre as áreas de trabalho, disponibiliza recursos tecnológicos em tempo integral, restaura a operação normal do serviço (incidentes), avaliação de impactos de mudança, obtenção e uso de indicadores, entre outros.

4.5.2.2 Ferramentas de Gestão a serem implantadas

Toda organização que possui um modelo de gestão, zela por suas ações de curto e longo prazo e se utilizam de mecanismos sistemáticos e estratégicos para o controle e a evolução da organização. Nestas organizações ferramentas como Plano de Ação – "PA" e Balance Score Cards – "BSC" são adotadas por todos os setores e garantem um alinhamento estratégico das ações. São estas ferramentas que norteiam as ações de TI na organização.

Para isso este INSTITUTO CEM propõe a implantação de um Sistema de Gerenciamento de Saúde, distribuído em duas direções conforme expostas abaixo, que podem ou não sofrer alterações no momento de sua implantação, após o levantamento inicial da realidade do Hospital.

Para essa implantação se fará necessária toda a estruturação da rede de computadores do Hospital, inclusive com a aquisição de servidores para implementação de Active Directory,

Servidor de Arquivos, Firewall e Proxy e também para o sistema a ser implantado, bem como desktops para trabalho.

4.5.2.3 Segurança da Informação

Segurança de informação está relacionada com métodos de proteção aplicados sobre um conjunto de dados no sentido de preservar o valor que possui para um indivíduo ou uma organização. São características básicas da segurança da informação os aspectos de confidencialidade, integridade e disponibilidade, não estando restritos somente a sistemas computacionais, informações eletrônicas ou sistemas de armazenamento. O conceito aplica-se a todos os aspectos de proteção de informações e dados.

Todas as informações possuem valores e usos que são diferenciados, por isso precisam ser classificados e recebem diferentes graus de proteção. Classificar a informação é muito importante para evitar o desperdício de investimento na proteção das informações.

INSTITUTO CEM é detentor das diretrizes que definem formalmente as regras e os direitos dos colaboradores e prestadores de serviços, visando à proteção adequada dos ativos da informação.

Desta forma o INTITUTO CEM usa metodologia de classificação da informação é o processo de identificar e definir níveis e critérios adequados de proteção das informações que garantam a sua confidencialidade, integridade e disponibilidade de acordo com a importância para a organização.

A informação deve ser classificada para indicar a importância, a prioridade e o nível de proteção. A informação possui vários níveis de sensibilidade e criticidade. Alguns ite. podem necessitar um nível adicional de proteção ou tratamento especial. Um sistema de classificação da informação deve ser usado para definir um conjunto apropriado de níveis de proteção e determinar a necessidade de medidas especiais de tratamento.

Somente através da implantação de política de segurança da informação é possível implantar o contexto de classificação das informações no processo da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

O INTITUTO CEM realiza programa de governança de dados efetivando avaliação de conformidade com os requisitos impostos pela LGPD, sempre observando questões de processos internos; tecnologia e segurança da informação; jurídicas e relacionadas ao cumprimento de determinações expressas da lei e os controles internos implementados sobre privacidade e proteção de dados com cálculo de maturidade de governança de dados.

4.5.2.4 Organização da Gestão Administrativa – Financeira e Geral

MÓDULO: FATURAMENTO SUS

O módulo de Faturamento SUS foi idealizado para substituir os sistemas fornecidos pelo DATASUS, facilitando e agilizando o processo de faturamento. Totalmente integrado com os outros módulos do sistema e sempre atualizado com as últimas novidades do DATASUS, permite faturamento sem perdas e glosas ajudando o aumento da receita hospitalar.

MÓDULO: ESTOQUE, FARMÁCIA E NUTRIÇÃO

O módulo de Estoque permite o controle total do estoque, iniciando com o cadastramento dos itens de forma estruturada (grupo/sub grupo farmacológico, princípio ativo, nome comercial e fração) e registrando todas as movimentações do estoque com total rastreabilidade de lotes/validades através da utilização de código de barras.

MÓDULO: COMPRAS

O módulo de compras funciona integrado com o Módulo de Estoque/Farmácia, recebendo a requisição gerada por ele e permitindo a montagem de planilhas de cotação, geração de ficha para cotação do fornecedor (via fax ou e-mail) ou a digitação direta pelo fornecedor (em site de internet), geração da ordem de compra e acompanhamento das entregas. Serve tanto para instituições privadas como públicas, já quem também conta com todo o processo licitatório de acordo com as leis atuais.

MÓDULO: GERENCIAL / BI / PORTAL

O módulo Gerencial foi concebido visando a informação imediata e integrada de diversas informações alimentadas em todo sistema.

A ideia é proporcionar consultas, relatórios e gráficos com "um clique" para rápida tomada de decisão dos gestores.

A sua implantação é sempre acompanhada de uma parametrização para adequar as informações às necessidades administrativas de cada instituição e permitir a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) acessar via Internet (WEB) o mesmo.

MÓDULO: FINANCEIRO

O módulo Financeiro foi desenvolvido totalmente integrado com os demais módulos. A partir dele é possível controlar, além do tradicional contas a pagar e receber, fluxo de caixa e contas correntes, os recebimentos de glosas e recursos do faturamento, os atrasos de

entrega de NF dos estoques, previsão orçamentária, custos e demais itens inerentes à uma gestão financeira.

MÓDULO: CUSTOS

O módulo de Custos permite a avaliação dos custos por centro de custo, permitindo análise de rentabilidade de cada um deles e gerando informações para visualização dos custos por paciente, procedimento, médico, especialidade, etc.

Toda a parametrização é feita pelo usuário que têm liberdade de utilizar os critérios de acordo com as decisões da administração.

MÓDULO: MANUTENÇÃO

O módulo de Manutenção permite controlar as ações realizadas pelo Departamento de Manutenção Hospitalar, seja através de alertas sobre manutenções preventivas (integrado com o módulo de Patrimônio) seja pelo acompanhamento das ordens de serviço (internas e externas) da manutenção.

MÓDULO: PATRIMÔNIO

O módulo de Patrimônio auxilia no controle de cadastramento, localização, inventário e depreciação patrimonial. Além disso, integrado com o módulo de Manutenção, permite o controle dos gastos, manutenções preventivas e corretivas realizadas no bem.

4.5.2.5 Organização dos Serviços Assistenciais

MÓDULO: ATENDIMENTO

O módulo de Pronto Socorro permite registro rápido dos pacientes que utilizam este setor gerando fichas de internação e a conta hospitalar para o faturamento de taxas, procedimentos e materiais/medicamentos em tempo real. Engloba ainda a parte relativa aos totens de emissão e chamamento de senha, Controle de Salas, Gestão do Fluxo de Atendimentos, Classificação de Riscos, Pronto Socorro, Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamentos, Ambulatório e Internação.

MÓDULO: CENTRO CIRÚRGICO

O módulo de Centro Cirúrgico auxilia em todo o gerenciamento do setor, desde o agendamento da cirurgia, geração do mapa cirúrgico, controle de horários, kits de cirurgias até o encerramento com controle de RPA, relatório cirúrgico, folha de gastos e faturamento integrado.

MÓDULO: PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PEP

O módulo de prescrição eletrônica e prontuário eletrônico do paciente foi desenvolvido com o objetivo de agilizar o atendimento médico e diminuir a utilização de papel. Com ele é possível fazer todos os pedidos de procedimentos e prescrição, registrar as evoluções dos pacientes, visualizar laudos, e várias outras atividades necessárias para melhorar a qualidade no atendimento ao paciente.

As interfaces foram desenvolvidas a partir de diversas experiências de implantações bem sucedidas em diversas instituições, levando em conta as diferenças culturais existentes mas também provendo uma padronização de conceitos que além de agilizar o registro médico, permite maior clareza nas informações, redução de glosas e rapidez na tramitação de documentos o que gera diminuição do tempo de resposta dos setores de apoio.

MÓDULO: DIAGNÓSTICO E TERAPIA

O módulo de Laboratório permite gerenciamento total do setor, desde o registro do pedido até a entrega do laudo, passando por coleta, digitação dos laudos e controle de impressão. Além disso, com o interfaceamento dos equipamentos para obtenção dos resultados (que são transferidos diretamente para os laudos), ajuda a reduzir o tempo de resposta dos exames sensivelmente. Outra vantagem é que os exames confirmados são automaticamente lançados na conta do paciente.

MÓDULO: PROGRAMAS AUXILIARES E DE APOIO

- Higienização e Limpeza
- SAME
- Lavanderia e Rouparia
- Central de Material Esterilizado
- Sistema de Atenção ao Cliente
- Nutrição e Dietética
- Movimentação de Documentos
- Banco de Sangue
- Serviço Social

4.5.2.6 Gerenciamento Eletrônico De Prontuários E Sua Relação Com Sia/Sus E Sih/Sus

No tocante ao gerenciamento e alimentação das informações para o SIH –Sistema de Informações Hospitalares e SIA – Sistema de Informações, do Ministério da Saúde, estas serão geradas eletronicamente pelos softwares que se pretende adotar para a unidade, com todas as informações necessárias para faturamento, com a apresentação de atendimentos de forma eletrônica, as quais serão apresentadas mensalmente de acordo com o calendário proposto pelo Gestor Estadual.

GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE PRONTUÁRIOS

O uso de tecnologias está cada vez mais fazendo parte da vida das pessoas e instituições, gerando assim transformações nos processos de comunicação, armazenamento, organização e disseminação de informações. Assim, diversos são os setores que vivenciam este processo acelerado de desenvolvimento e inclusão tecnológica, que prometem trazer "soluções" para a vida das pessoas e das empresas, promovendo uma verdadeira enxurrada de aparatos tecnológicos inundando a chamada "sociedade da informação". Dentre os diversos setores que mais têm sido afetados pelos avanços tecnológicos destacam-se aqueles cuja ênfase recai sobre a criação, processamento e disseminação da informação.

Na área da saúde não é diferente, pois ao inserir equipamentos tecnológicos e tecnologias, procuramos dentre outros objetivos, suprir nossas necessidades de administração do grande número de informações médicas.

Contudo, apesar de algumas instituições brasileiras vivenciarem experiências com o PEP ainda são muitas as pessoas que encontram resistência frente ao uso e implantação desta ferramenta, seja no sentido de não dominarem tais aparatos tecnológicos, seja por não confiarem no armazenamento destas informações. Por outro, lado tais resistências acabam por suscitarem iniciativas por parte das instituições, cujo objetivo é tornar mais prático o gerenciamento das informações.

A quantidade exagerada de prontuários médicos, e a escassez de espaços físicos, bem como a falta de um acondicionamento adequado, configura-se hoje em intensos problemas que precisam de análises e ações urgentes.

Ao serem implantadas tecnologias de informação em unidades de saúde, os profissionais envolvidos nesta área em parceria com Bibliotecários tendem a desenvolver modelos de sistemas que promovam a guarda e o armazenamento desses documentos, como também

possibilitar a comunicação entre diversos sistemas articulando assim à área administrativa com a assistência médica.

DEFINIÇÕES E RECOMENDAÇÕES

O prontuário tradicional vem sendo utilizado ao longo do tempo pelas unidades de saúde, no sentido de fazer o registro das informações sobre o estado de saúde do paciente. De acordo com Roger e Gaunt (1994, p.194), apud Pinto (2006, p. 36), "o prontuário do paciente individual e coletiva, é uma memória escrita das informações clínicas, biológicas, diagnósticos e terapêuticas de uma pessoa, ás vezes individual e coletiva, constantemente atualizado":

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do Hospital e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliações, ensino, pesquisa, auditoria, estatística médico-hospitalar, sindicâncias, prova de que o doente foi ou está sendo tratado convenientemente, investigação epidemiológica, processos éticos e legais, comunicação entre os profissionais de assistência ao paciente, defesa e acusação. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL, p.11, 2006)

O Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Legislação Arquivística Brasileira, no uso de suas atribuições criaram resoluções que definem o prontuário médico e normaliza a criação do prontuário eletrônico. Neste âmbito o CFM, define o prontuário do paciente como sendo um:

Documento único constituído por 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, utilizados para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. (BRASIL, CFM, 2002).

Neste sentido fica claro que a responsabilidade pelo prontuário do paciente inclui o envolvimento e a participação de uma variedade de profissionais: médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas e outros. Por ser um tipo de documento corrente, estes profissionais compartilham de informações diferentes, dentro de suas respectivas áreas e é por essa multidisciplinaridade de profissionais que surge uma variedade de informações. É neste cenário que o Bibliotecário atua no sentido de organizar as informações, realizando processos de recuperação com o uso de metadados, atuar nos processos de classificação e indexação dos termos utilizados nos POP´S.

Vale ressaltar que o conceito de prontuário médico permanece, a novidade é que passa a ser visto não somente como documento em papel, passando, porém a ser registrado também em suporte eletrônico. Neste sentido, com a proliferação das Tecnologias de informação e comunicação (TICs) no âmbito da saúde, observa-se que o prontuário tradicional passa por transformações no que tange ao formato, tratamento, organização e gerenciamento das informações.

Diante destas definições compreende-se que Prontuário eletrônico é um meio físico de repositório das informações de saúde, clínicas e administrativas, ao longo da vida de um indivíduo. Observa-se também que o mesmo pela sua característica, traz consigo inúmeros benefícios obtidos deste formato de armazenamento. Dentre os quais podem s destacados: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequente melhoria do processo de tomada de decisão e de acordo com Gremy (1987) apud Pinto (2006, p. 38), funciona como fonte de informação para pesquisas clínicas, epidemiológicas; fonte de informação para identificar grupos de pacientes específicos, além de funcionar como mecanismo para a preservação documental.

No entanto algumas considerações devem ser feitas, pois ao mesmo tempo em que o PEP apresenta algumas vantagens em relação ao prontuário em papel, encontra-se de acordo com estudos feito por Sabatini (1999), Van Ginneken; Moorman (1997), algumas desvantagens, dais quais pode-se destacar: a necessidade de grande investimento em hardware, software e treinamento; resistência a mudanças; demora na sua implantação e falha na tecnologia.

Diante desta problemática das vantagens e desvantagens da implantação e uso do PEP, observa-se de acordo com estudos recentes sobre prontuários eletrônicos as instituições de saúde, principalmente quando olhada para organizações particulares estão investindo nesta nova ferramenta de armazenamento de informações, visto que esta funciona como ferramenta que facilita a qualidade, no que tange á recuperação das informações em pouco tempo.

4.5.2.7 A Aplicação do PEP no HOSPITAL:

As Recomendações do CFM

Até aqui nosso olhar voltou-se para a discussão do PEP, no qual fizemos um levantamento de literatura quanto às definições da referida ferramenta. Nesta seção abordaremos os requisitos necessários para o uso de sistemas informatizados em unidades de saúde.

Tomemos como base a resolução CFM nº 1.639/ 2002, revogada pela Resolução CFM n. 1821/ 2007, que aprova as "*Normas Técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário médico*", dispondo sobre tempo de guarda dos prontuários e estabelecendo critérios para certificação dos sistemas de informação.

Os modernos sistemas de gerenciamento e armazenamento de informações em saúde devem ser elaborados de forma que apoiem o processo local de atendimento, fornecendo, portanto, comunicação dentro e fora da instituição, tendo uma estrutura comum.

Com os avanços da tecnologia da informação, que vem oferecendo novos métodos de armazenamento e de transformações de dados, as instituições de saúde vêm paulatinamente inserindo estes "equipamentos" em seu ambiente de trabalho. É, pois, através da introdução das TIC'S que o CFM em parceria com a Legislação arquivista brasileira, atendendo as necessidades destas instituições estabelece normas para a criação do PEP, com o objetivo de uniformizar a estrutura, acesso e confiabilidade.

Obedecendo a resolução do conselho federal de Medicina nº 1.639/2002, onde dispõe sobre "*normas técnicas para o uso de sistemas informatizados para a guarda e manuseio do prontuário Médico*"; e da legislação arquivista brasileira (a Resolução CONARQ nº 7/97, a NBR nº 10.519/88, da ABNT e o decreto nº 4.073/2002, que regulamenta a lei de arquivos nº 8.159/91), a criação de um prontuário eletrônico deve-se acima de tudo manter a integridade das informações; bem como a privacidade e confidencialidade. Neste sentido o sistema de informação o fará tais controles, através de métodos fortes de autenticação, do controle de acesso e métodos de processamento dos sistemas operacionais conforme consta na norma ISO/IEC 15.408, para segurança dos processos de sistema.

Com a criação de um prontuário eletrônico, as informações médicas têm a garantia de se manter permanente a guarda destas informações; por meios magnéticos ou ópticos e microfilmados e no caso da digitalização dos prontuários, o CFM e a Sociedade de Informática em Saúde (SBIS), autoriza a eliminação do suporte de papel dos mesmos, desde que a forma de armazenamento dos documentos digitalizados obedeça a norma específica de digitalização contida no anexo da resolução proposta pelo CFM e após ser analisados pela comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar geradora do arquivo.

Neste sentido com o uso suporte das tecnologias da informação e com a implantação de sistemas informatizados na área da saúde, ocorrerá a inserção de profissionais da saúde que ainda se sentem parcialmente ou totalmente excluídos dessas tecnologias, vindo então

possibilitar agilidade e qualidade no atendimento ao paciente. Os profissionais da informação não ficam fora deste contexto, uma vez que podem exercer atividades relacionadas com o uso e disponibilidade de informações, dentre as quais pode-se citar a organização, sintetização, representação e disseminação da informação. Segundo Davidoff, apud Leite e Galvão (p. 02).

[.] podem também ter um papel crucial na recuperação da informação, na criação de sistemas de recuperação da informação, avaliando quais informações são importantes tanto para clínicos, como para pacientes e suas famílias, selecionando a informação adequada a cada um deles.

Para o desenvolvimento de sistemas para a implantação do PEP, o mesmo deverá manter a integridade das informações através do controle de vulnerabilidades, controle de acesso e métodos fortes de autenticação; bem como utilizar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, processos de back-up, sistemas de auditoria, compartilhamento dos dados, criação de senhas individuais e digitalização dos prontuários. Quanto a certificação dos sistemas informatizados, o mesmo será reconhecido pelo AC (autoridade certificadora) credenciada pelo ITI (Instituto Nacional de Tecnologia da Informação) que é responsável pela AC, afim de garantir a identidade do sistema. Após a identificação do software o CFM e a SBIS emitiram um selo digital de qualidade que poderá ser incorporado na tela de abertura do sistema.

Deve-se ressaltar que além da criação de um arquivamento eletrônico, o prontuário tradicional deverá permanecer no prazo mínimo de 20 anos, a partir do último registro.

É, pois, a partir das recomendações supracitadas que as entidades criadoras podem distribuir os sistemas para as unidades de saúde, qualquer falta de um desses processos o sistema não poderá ser utilizado. Neste sentido as organizações de saúde devem verificar se os mesmos estão de acordo com as normas do CFM/ e certificado pela SBIS.

O PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO PEP:

Habilidades e Competências

Muito se têm discutido sobre as competências e habilidades dos profissionais da informação e suas áreas de atuação. A presente seção retoma a estas questões, porém buscando compreender o perfil deste profissional na área da saúde. A princípio, partimos da hipótese de que a área da saúde possui particularidades necessitando, porém de profissionais com formação específica, para que possa atuar na organização, representação e disseminação

da informação. Neste contexto vale destacar o enumerado de situações no qual o bibliotecário precisa gerenciar segundo Leite e Galvão (2006) em seu artigo *"Os profissionais da informação em saúde: perfis e campos de atuação"*:

- Número crescente de informações geradas diariamente e alta probabilidade de dispersão;
- Abrangência e características das tipologias de informação requeridas pelos diferentes profissionais que atuam no campo da saúde;
- Precisão, relevância e confiabilidade das informações a serem usadas no campo da saúde;
- Tempo limitado para acesso, leitura e compreensão das informações, seja por parte do profissional da informação, seja por parte dos usuários da informação no campo da saúde. *(LEITE, GALVÃO, 2006, p. 02)*

A partir dessas colocações, faz-se necessário pensar em um profissional que além da sua formação, tenha habilidade diante das tecnologias. O processo acelerado da inclusão digital cria a necessidade de adaptações dessas tecnologias para atender as demandas de cada área específica. A área de saúde entra nessa nova globalização, procurando suprir suas necessidades de administração do crescente número de informações médicas.

A literatura da área biblioteconômica resgata trabalhos como os de Silva (2005) que discute o bibliotecário médico, um profissional que trabalha diretamente com os profissionais da área de saúde para a realização de pesquisas. *"A sua parceria com outros profissionais qualifica o atendimento aos pacientes e agrega muito valor na obtenção de resultados mais eficazes para os atendimentos clínicos, estudos acadêmicos e desenvolvimento científico"*.

O bibliotecário que atua junto à organização do PEP, não se difere muito desse perfil, já que cabe a ele também a organização das informações, em muito relevantes para a pesquisa científica e manutenção do histórico de saúde dos pacientes. Neste sentido, a Ciência da Informação possui uma visão ampla das questões e problemas relacionados ao fluxo de informação e gerenciamento desses sistemas, que pode contribuir consideravelmente para o bom andamento das atividades na área médica. A parceria do profissional médico com o profissional da informação tende a desenvolver modelos de sistemas de informação que otimizem a demanda, a guarda e o armazenamento desses documentos, onde prevaleçam os critérios médico-científicos, históricos e sociais de relevância para o estudo, pesquisa e prática médica.

Muitas bases de dados na área de saúde são desenvolvidas a partir de avançados sistemas de informação. Com a implantação de prontuários eletrônicos inicialmente por sistemas internos e futuramente interligados em rede, ocorrera a inclusão de uma notável parcela de profissionais de saúde que ainda se sente excluídos dessas novas tecnologias, possibilitando assim, qualidade e agilidade no atendimento ao paciente.

A criação desse ecossistema de informação permitirá avanços em escala para a cidadania, a gestão pública e governabilidade estatal, com ganhos sociais para todos. Principalmente para os profissionais de saúde que terão a possibilidade de ampliar o número de ferramentas de trabalho e recursos disponíveis, em uma rede de cooperação que desonera o fluxo de informação, permitindo assim que o profissional se atenha ao processo de tomadas de decisão e avaliação atendendo as demandas de suas práticas diárias. Para isso a informação deve ser colocada em um ambiente colaborativo de comunicação, seguro, em rede integrada, aberta e modular, que atenda as condições de veracidade, confiabilidade e usabilidade. (MOTA; BABÊTTO, 2004, p. 5).

Nesse ínterim, é possível identificar que o profissional deve estar preparado para gerenciar eletronicamente as informações implantadas; avaliar as informações acompanhando os procedimentos; participar diretamente na implantação do programa garantindo qualidade no arquivamento, eficiência e agilidade na organização e recuperação das informações, além de obedecer à legislação vigente e criar mecanismos de acesso restrito e limitado a cada perfil de usuário, de acordo com sua função no processo assistencial.

O SISTEMA DE PEP

Conforme descrito nesta Proposta de Trabalho, no Módulo: Prontuário Eletrônico, o sistema a ser instalado no Hospital deverá seguir as recomendações de arquivamento, segurança e aplicabilidade do Conselho Federal de Medicina.

Seguirá ainda as boas práticas de Segurança da Informação (Confidencialidade, Integridade e Disponibilidade) praticando para isso a redundância de Bases de Dados e distribuição de Sistemas na unidade de saúde. Backups e replicação de dados deverão fazer parte integrante de todo o sistema, e não apenas do PEP, de forma a garantir que em casos de catástrofe tecnológica o tempo de paralisação seja o menor possível para os usuários de sistema.

Ainda seguindo as recomendações do Conselho Federal de Medicina, apesar de não mandatório, após implantação poderá ser estudado a viabilidade de uma possível certificação para a estrutura e sistemas instalados.

4.5.3 Soul Mv– Sistema De Gestão Hospitalar

Sistema de gestão hospitalar com ferramentas que gerenciam informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas em uma única plataforma.

Sistema para o trabalho dos profissionais da saúde com processos automatizados e aumente a produtividade em larga escala com segurança, acessibilidade e mais satisfação.

Global Health

Plataforma de inovação com foco na administração de informações da saúde pública e privada, colaborando com avanços no cuidado individual e hábitos saudáveis.

Otimize processos e obtenha melhores resultados

Contribua para a melhoria de performance de todos os departamentos com soluções que permitem a integração plena dos processos intersetoriais, motivando toda a equipe.

4.5.3.1 PEP

O prontuário eletrônico é o primeiro passo para se tornar um hospital digital.

Assistencialidade

Assegura as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e garante a qualidade n assistência ao paciente.

Integração

Integra todos os setores do hospital, garantindo padronização e eficiência dos processos.

Satisfação

Colabora com a satisfação dos pacientes por meio da agilidade no ate

Além do registro de dados

Reúna as informações clínicas e assistenciais de todo o histórico do paciente, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia a dia de todos os profissionais.

Governança clínica

Integrado com sistemas de apoio à decisão clínica, e-learning e BI clínico.

Validação de prescrição

Possibilita o controle de interações medicamentosas e traz mais segurança na administração de medicamentos.

Certificação digital

Possui certificação CFM/SBIS.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Aplicativo móvel

Disponível em diferentes dispositivos, resultando num fluxo de checagem mais eficiente.

Armazenamento digital

Viabiliza a substituição do SAME por um processo 100% digital, maximizando a segurança das informações.

SAE automatizado

Reúne todos os processos NANDA-I, NIC e NOC dentro do prontuário eletrônico.

Personalização

Possui configurações e formulários customizáveis de acordo com as necessidades da instituição.

Protocolos assistenciais automatizados

Garante suporte a decisões clínicas baseadas em evidências e bases de conhecimento farmacêutico.

Gestão à vista

Viabiliza a gestão de indicadores assistenciais, administrativos e financeiros, para acompanhamento e controle dos resultados da instituição.

Excelência e acreditação

Facilita a conquista da acreditação e certificação da instituição.

Padronização de processos

Simplifica o acompanhamento da produtividade em tempo real e possibilita um controle maior dos processos.

Prontuário eletrônico do paciente

Reúne todas as informações e histórico do paciente em um prontuário eletrônico único, eleito o Melhor da América Latina.

Controle de glosas

Possibilita a auditoria de contas hospitalares com o controle de glosas.

Personalização

Permite configurações e customização dos formulários de acordo com as necessidades da instituição.

Alertas inteligentes

Mantém o usuário advertido sobre possíveis intercorrências que interfiram no tratamento do paciente.

Integração

Integra todos os setores do hospital, facilitando o fluxo de trabalho dos profissionais.

Segurança

Maximiza a segurança das informações e mantém protocolos de confidencialidade.

4.5.4 Trello -Aplicativo De Gerenciamento De Projetos

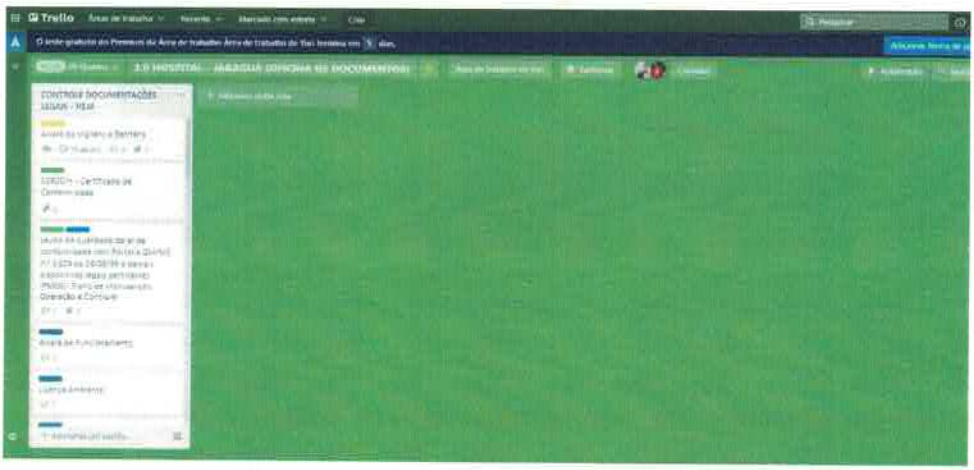
O Trello é uma ferramenta de gerenciamento de projetos. Disponível para desktop e também para celulares Android e iPhone (iOS), se apresenta como uma ferramenta extremamente versátil que pode ser usada para organizar projetos que envolvem equipes numerosas como em grandes hospitais por exemplo.

O Trello organiza projetos em quadros (boards), em que são inseridas listas de tarefas a serem seguidas individualmente ou em equipe. Cada lista recebe cartões (cards) com descrições, prazos determinados e objetivos a serem concluídos.

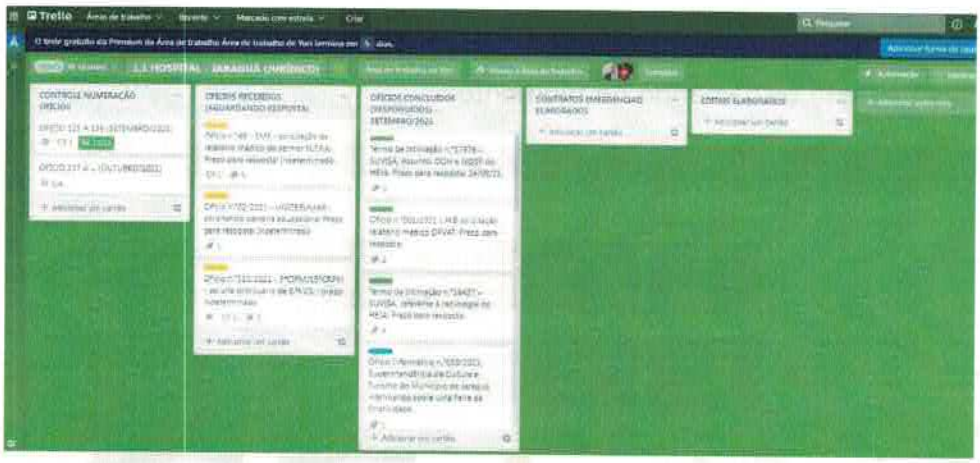
Os boards podem ser compartilhados com qualquer pessoa com cadastro no Trello, e é possível adicionar múltiplos usuários aos cartões. Marcar alguém em um card não só significa determinar que aquele membro da equipe esteja responsável pela tarefa em

questão, como também faz com que todas as demais pessoas do quadro estejam cientes do que cada um está trabalhando no momento.

Com uma interface intuitiva e recursos como checklists, upload de arquivos multimídia e etiquetas coloridas, o Trello pode ser um aliado útil no planejamento de gerenciamento de cada unidade se saúde hospitalar, bem como na confecção dos mais variados tipos de documentos.



A titulo de ilustração, a seguir destacamos como funciona o Trello e utilizamos a ferramenta para melhorar a produtividade do gerenciamento das unidades de saúde gerenciadas pelo Instituto CEM especificamente em um quadro denominado de JURÍDICO, onde é feito o controle de recebimento, envio e numeração de oficios, bem como o controle de editais e contratos com prestadores de serviços.



Utilizamos também um quadro para gerenciamento e operação das ações com relação a implantação da Hemodiálise, onde é feito todo o controle de autorizações, aquisições e conclusão das tarefas relacionadas a sua implantação.

4.5.5 Sistema De Gerenciamento De Processos Doccem.

O gerenciamento eletrônico de documentos fornece soluções práticas para o controle documental da unidade hospitalar e os departamentos de BackOffice. A forma mais comum de utilização deste sistema é através do acesso à internet ou por intranet, de forma a acessar versões digitais de documentos relevantes ao fluxo de processo administrativo.

A principal vantagem na utilização de sistemas baseados no gerenciamento eletrônico de documentos é a otimização do tempo na busca dos mesmos, além de economia em espaço físico destinado ao arquivamento e acesso, bem como a sequência de tarefas e workflow das mesmas.

Os documentos eletrônicos são armazenados e recuperados a qualquer tempo, fácil e rapidamente, para visualização ou edição.

O **DOCCEM** é uma solução tecnológica criada pelo INSTITUTO CEM, que desenvolve e proporciona aos seus colaboradores soluções tecnológicas que visam simplificar a gestão documental e processual, agilizando o fluxo de trabalho e, dessa forma, aumentando a produtividade das unidades hospitalares que delas se beneficiam.

O DOCCEM controla as rotas de documentos referente:

I. AQUISIÇÃO BENS MOVEIS E EQUIPAMENTOS (INVESTIMENTO)

II. RESSUPRIMENTOS

III. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS EMERGENCIAIS

IV. CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

V. RESPONDER OFÍCIOS

VI. PAGAMENTO MAT/MED

VII. PAGAMENTO DE SERVIÇOS

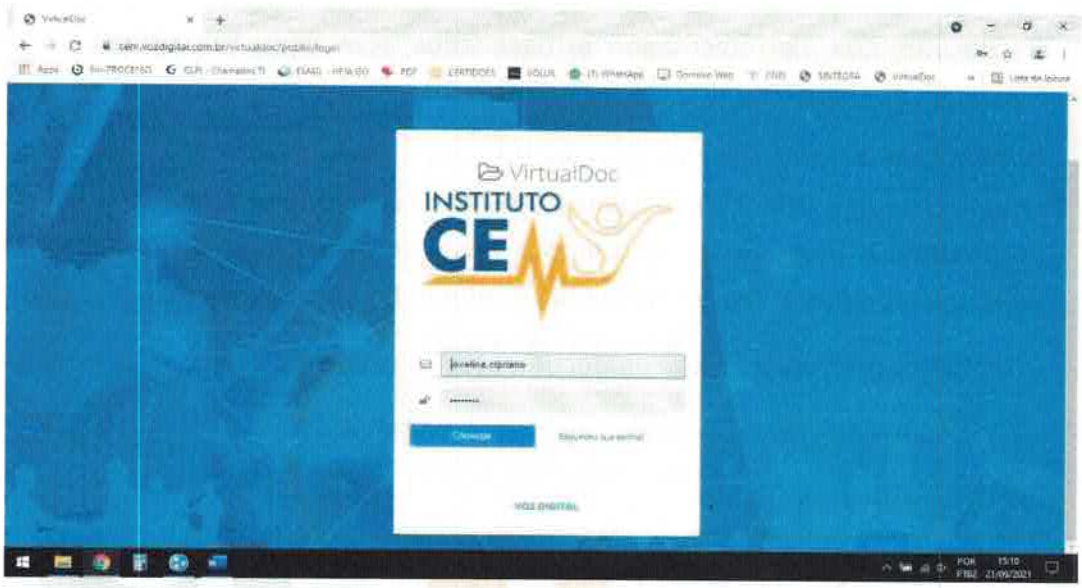
VIII. PAGAMENTO DE GUIAS, IMPOSTOS E TAXAS

IX. PAGAMENTO DIVERSOS

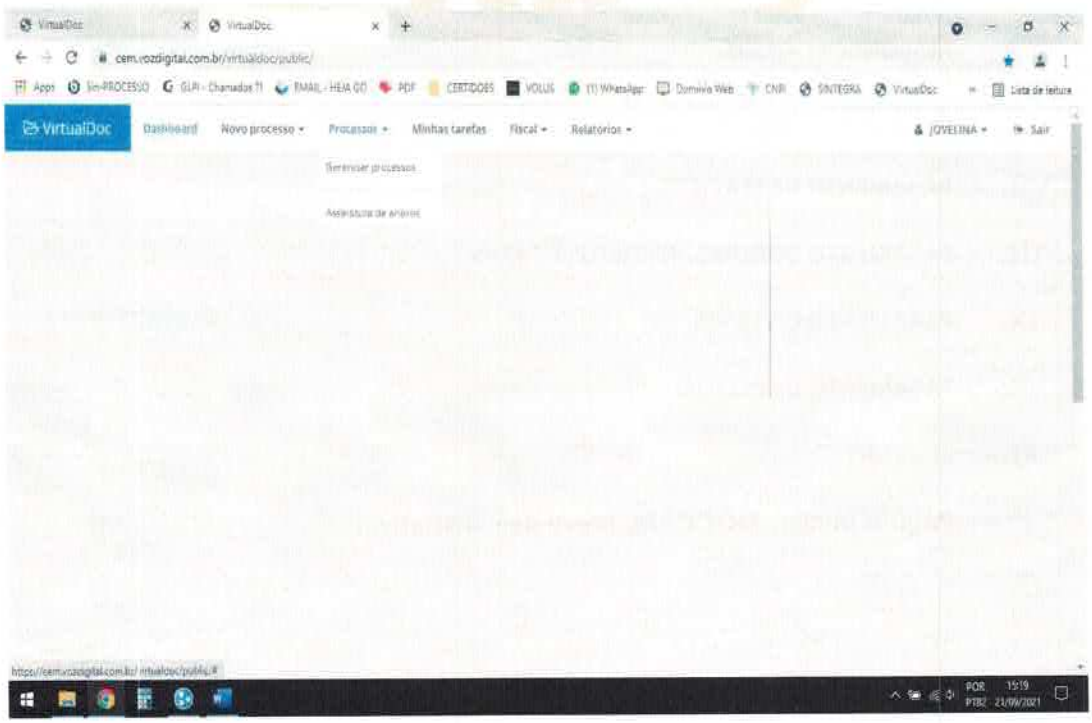
X. PAGAMENTO DE PESSOAL

XI. RESCISÃO

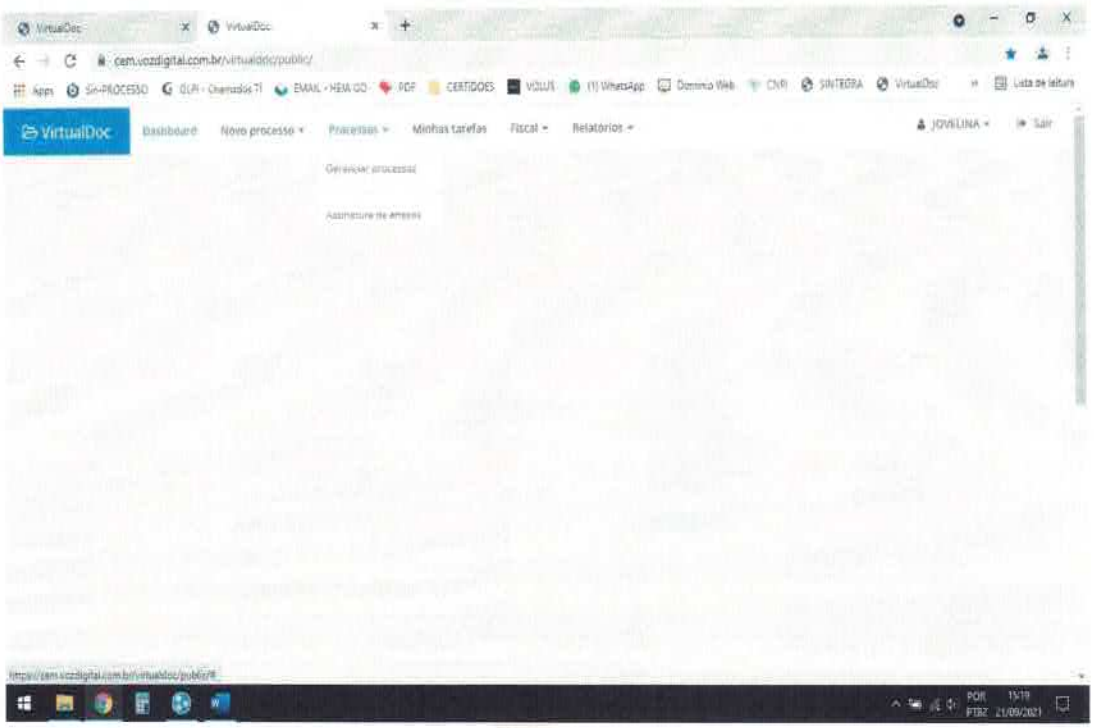
- Página inicial, **DOCCEM,** breve demonstrativo:



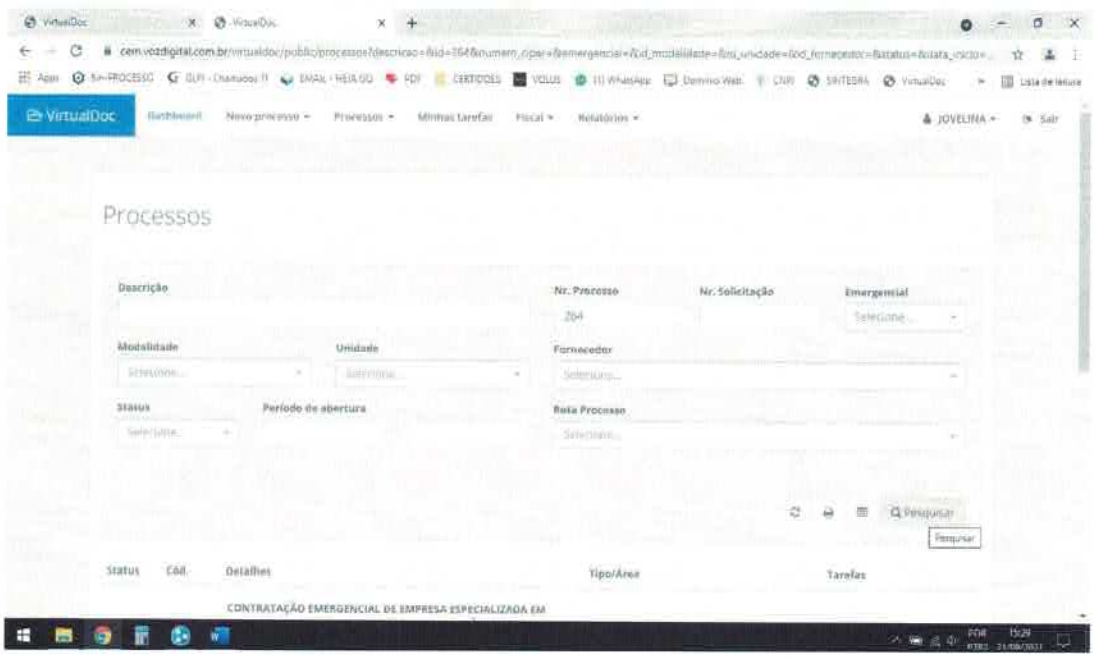
- Clicar em processos



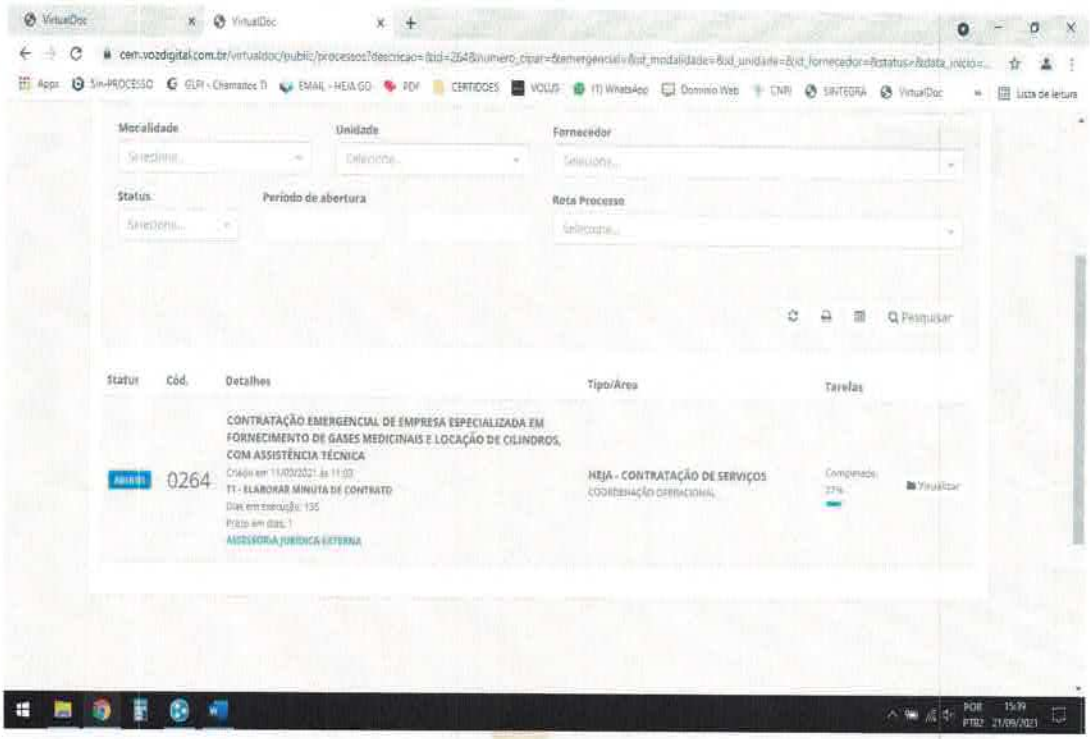
- Gerenciar processos.



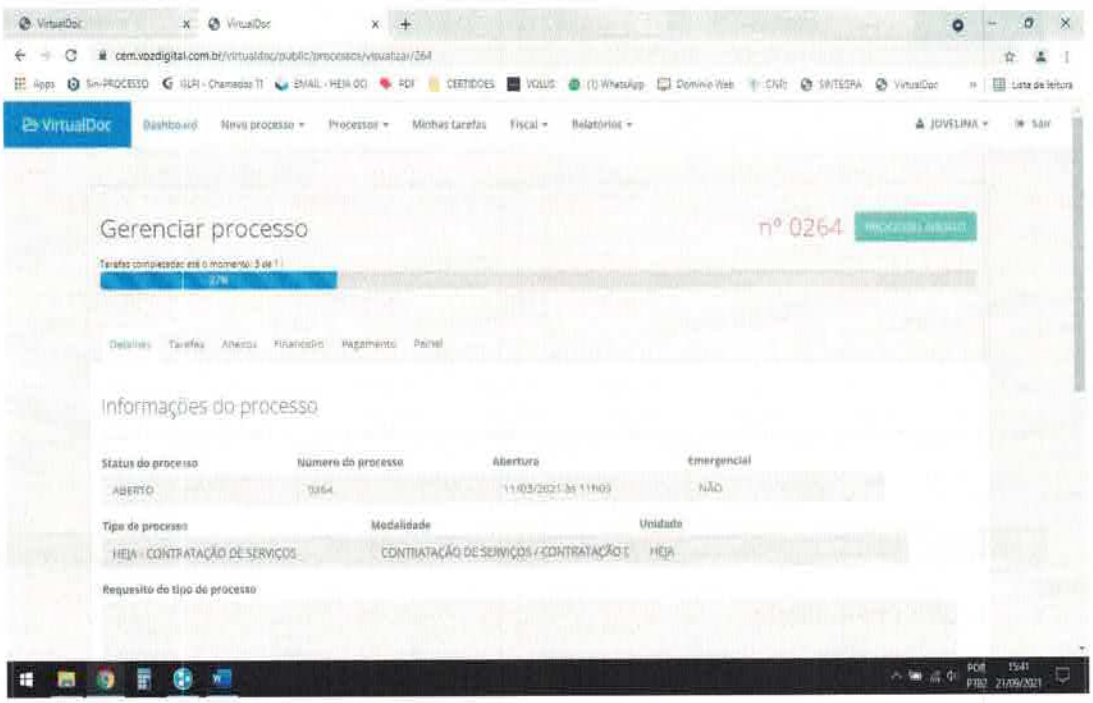
- Número do processo Ex: 264 - pesquisar



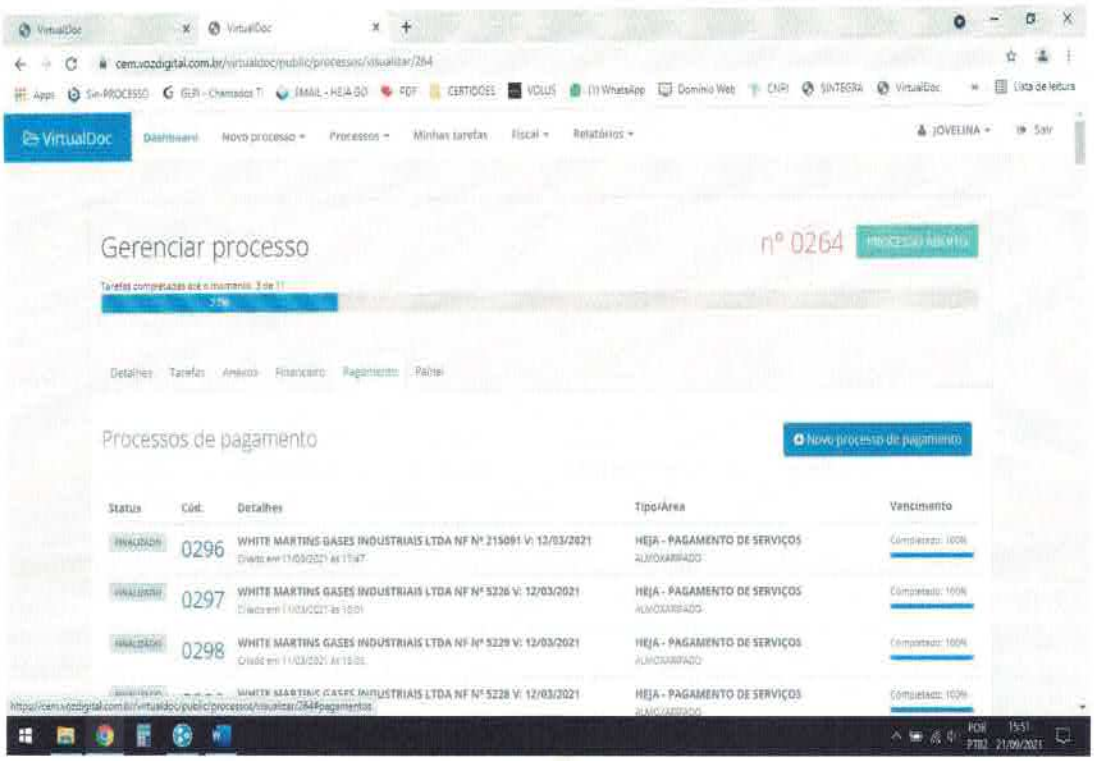
- opção pesquisada



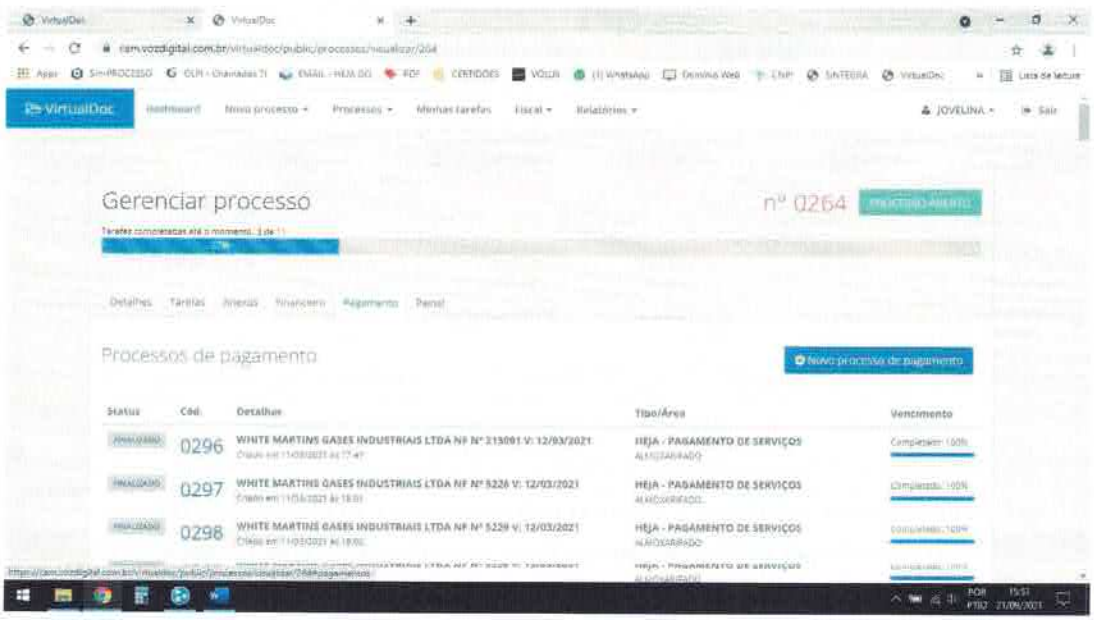
- Visualizar
- Visualizar



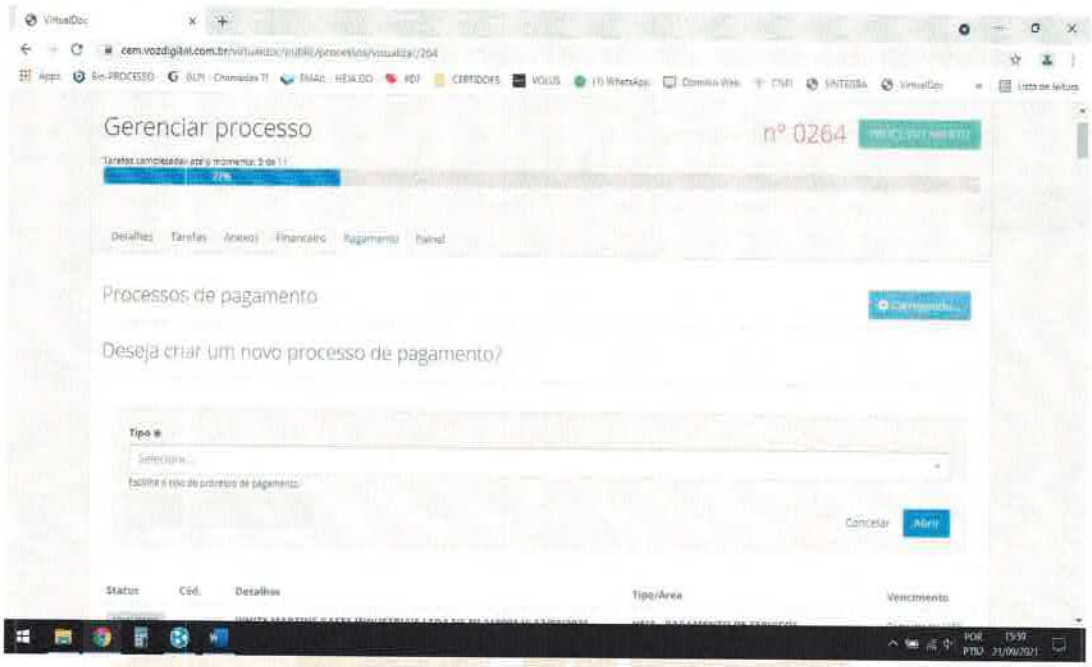
- Pagamento



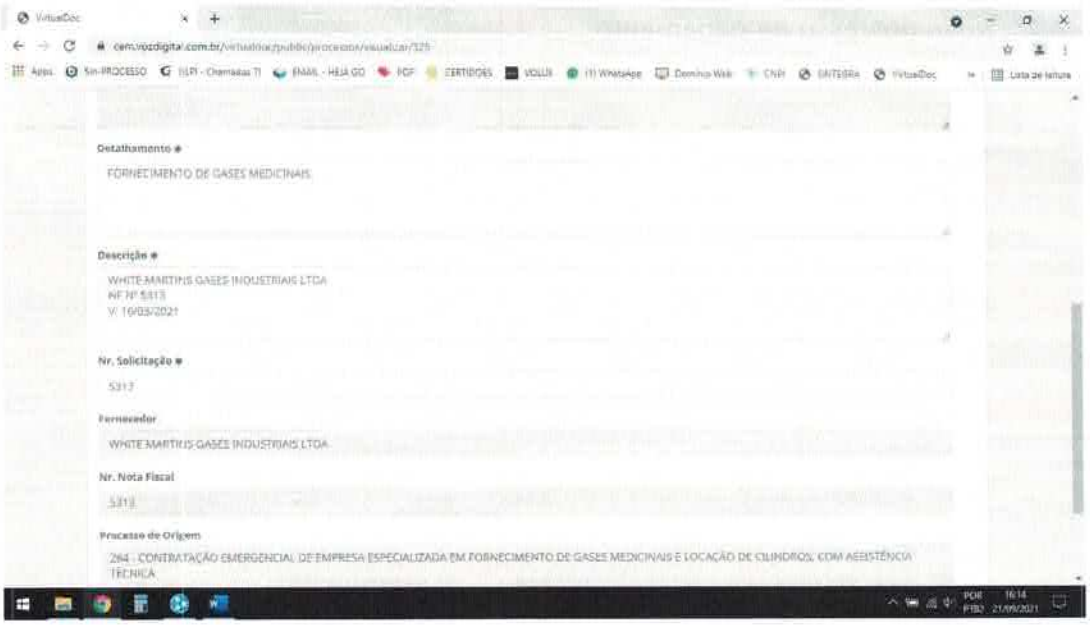
- Novo processo de pagamento



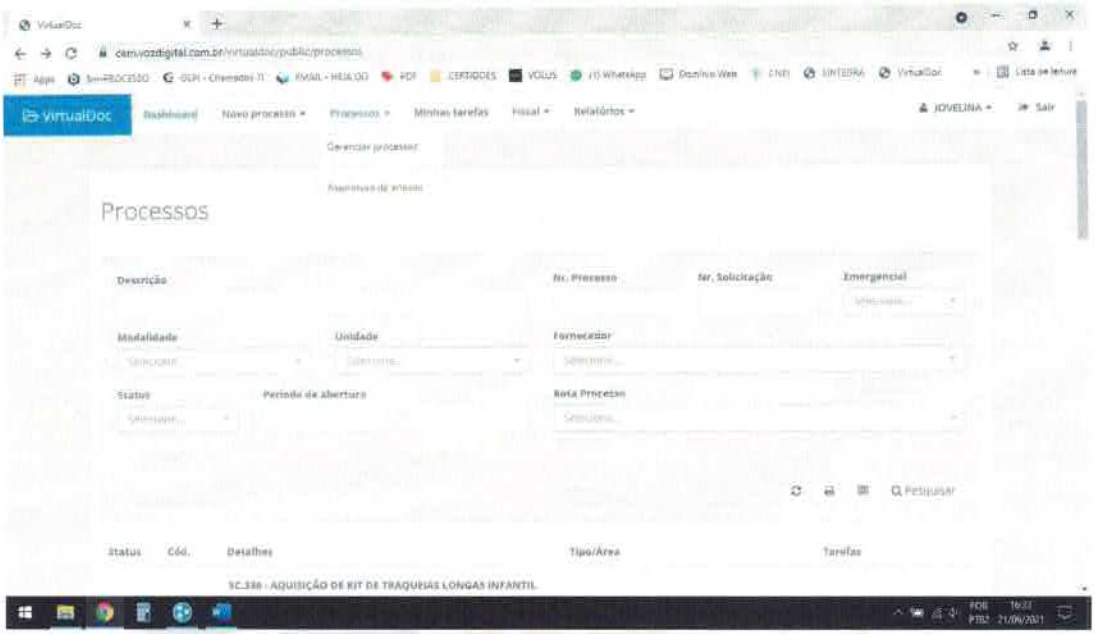
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



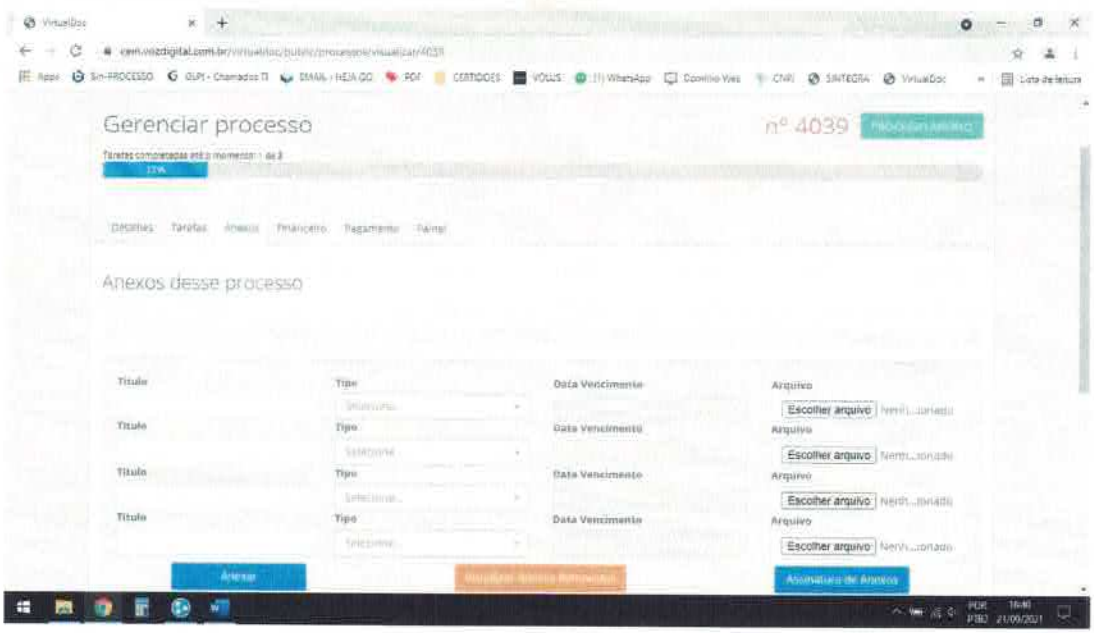
- Preencher->descrição da empresa-> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



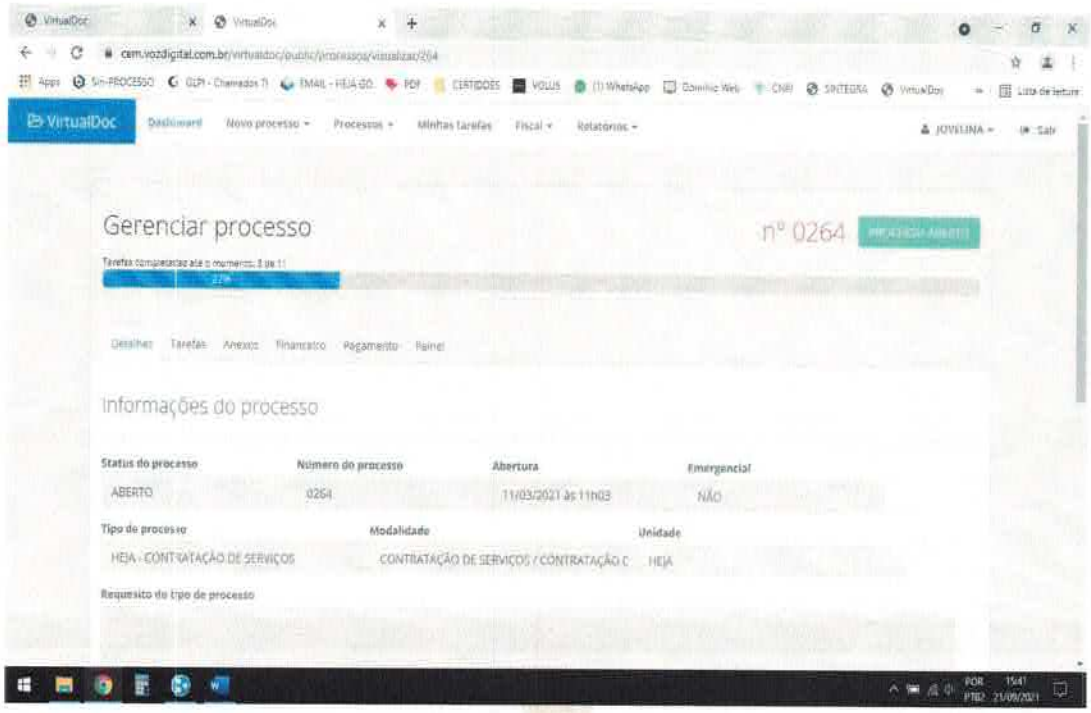
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



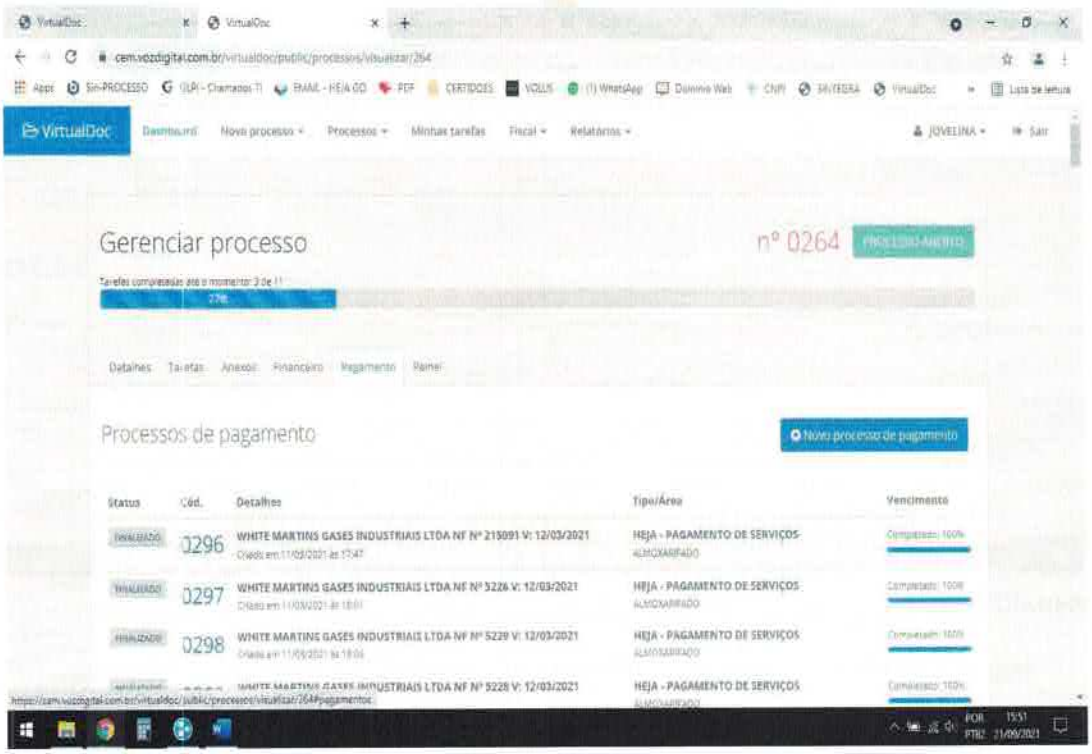
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



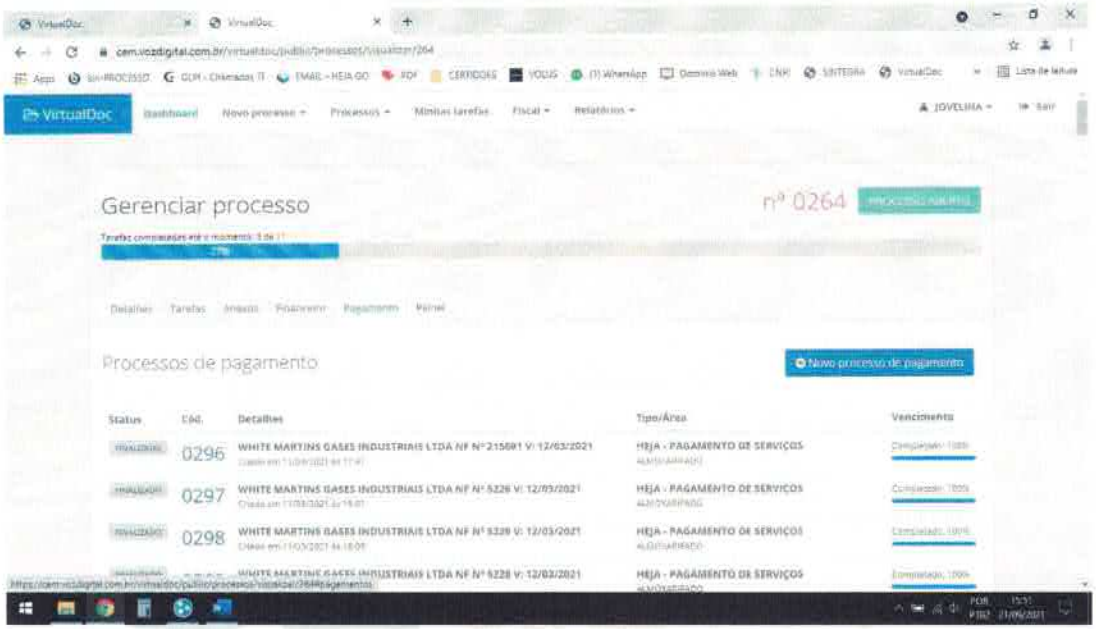
Visualizar



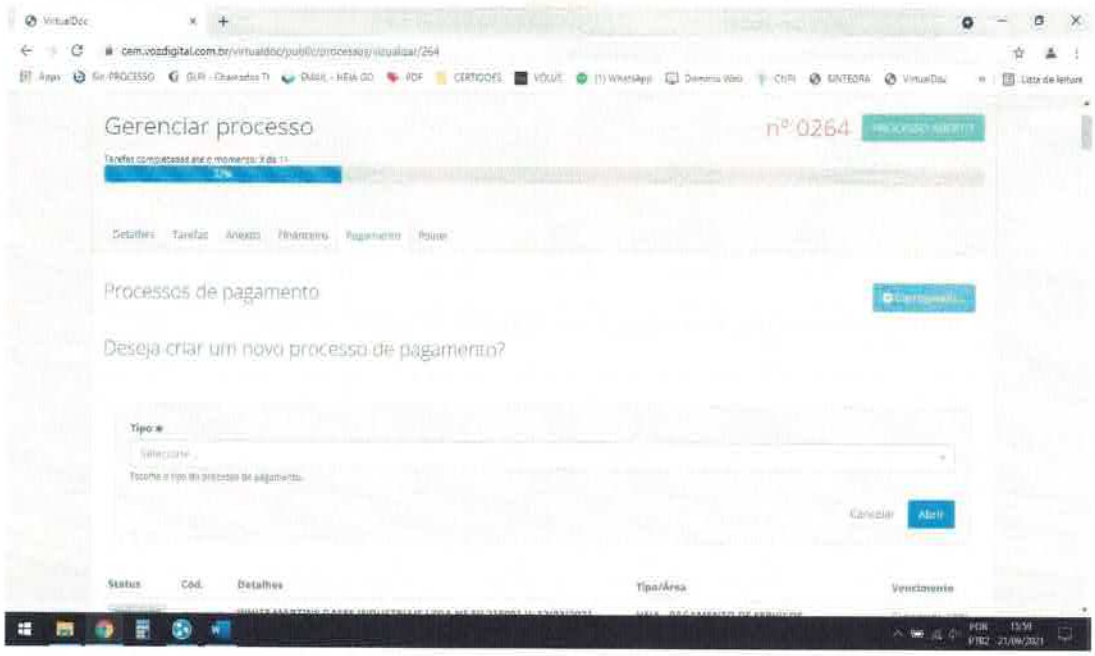
- Pagamento



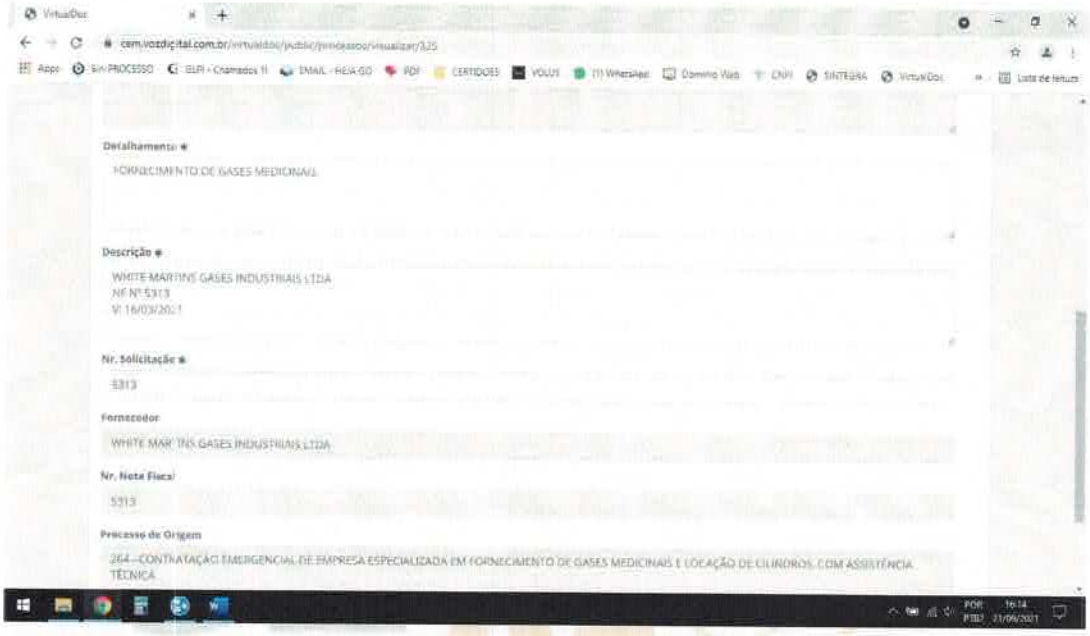
- Novo processo de pagamento



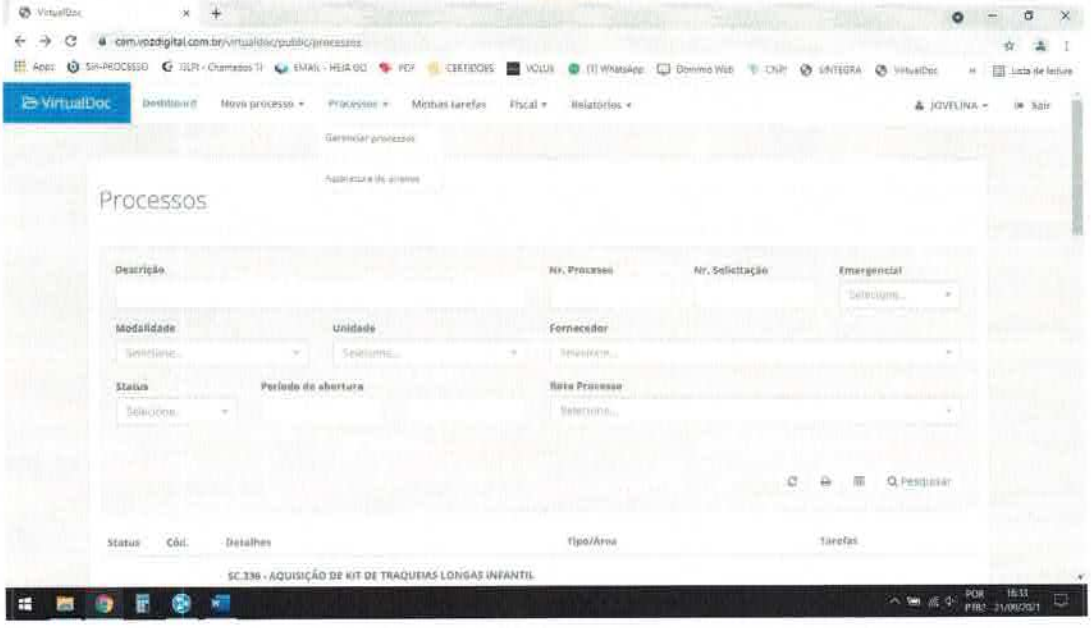
- Tipo de processo –> pagamento de serviços –> abrir



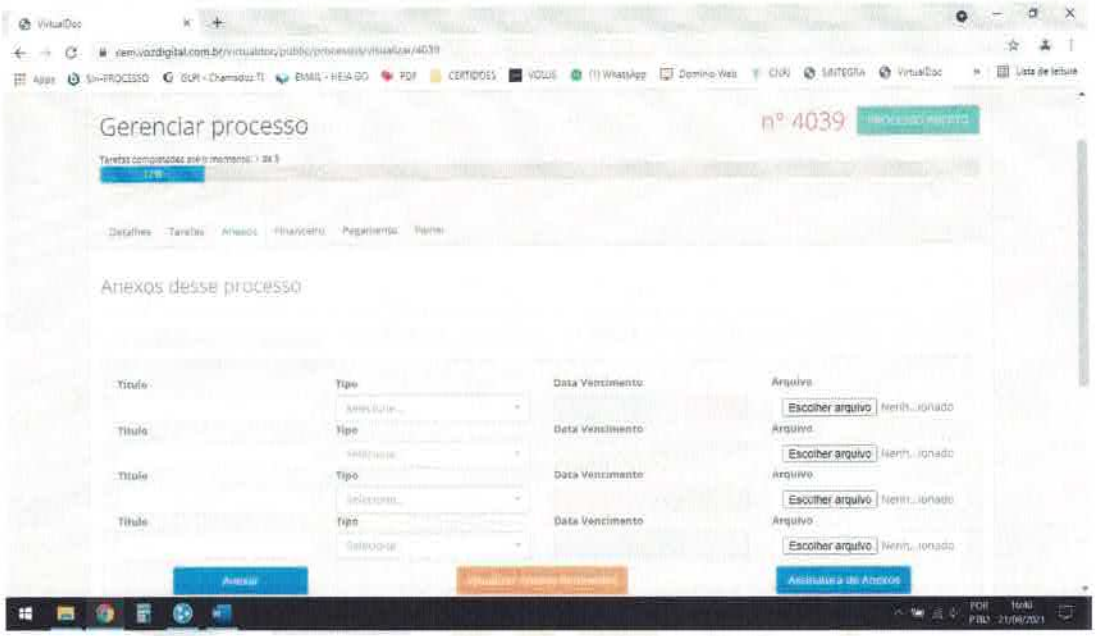
- Preencher->descrição da empresa–> número da nf-> data de vencimento-solicitação-> número nf- nome do fornecedor->número da nf-> salvar dados do processo



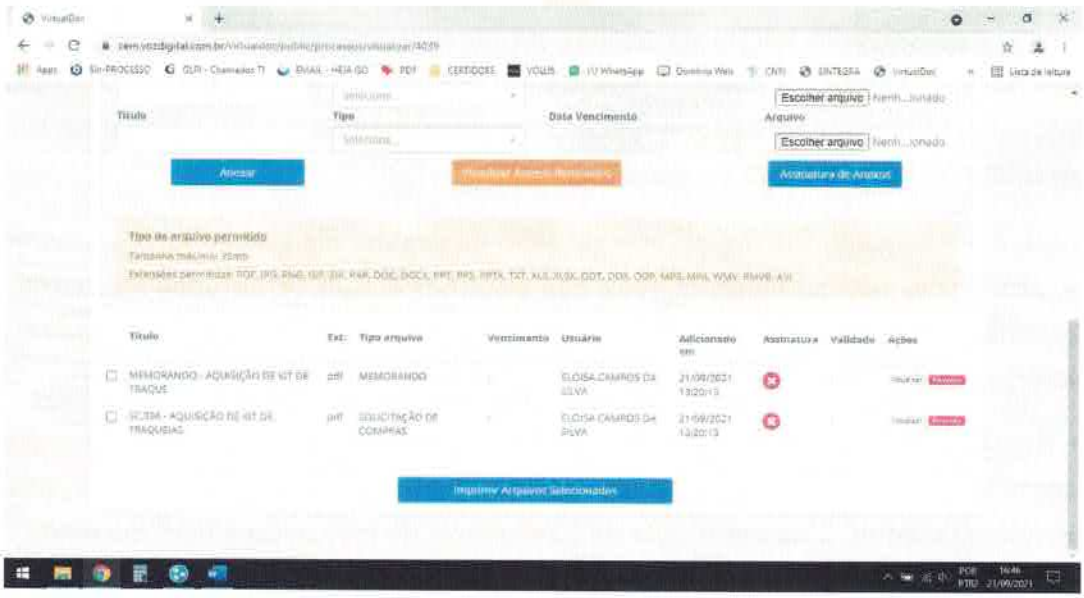
- Clicar em processos->gerenciar processos->visualizar número de processo



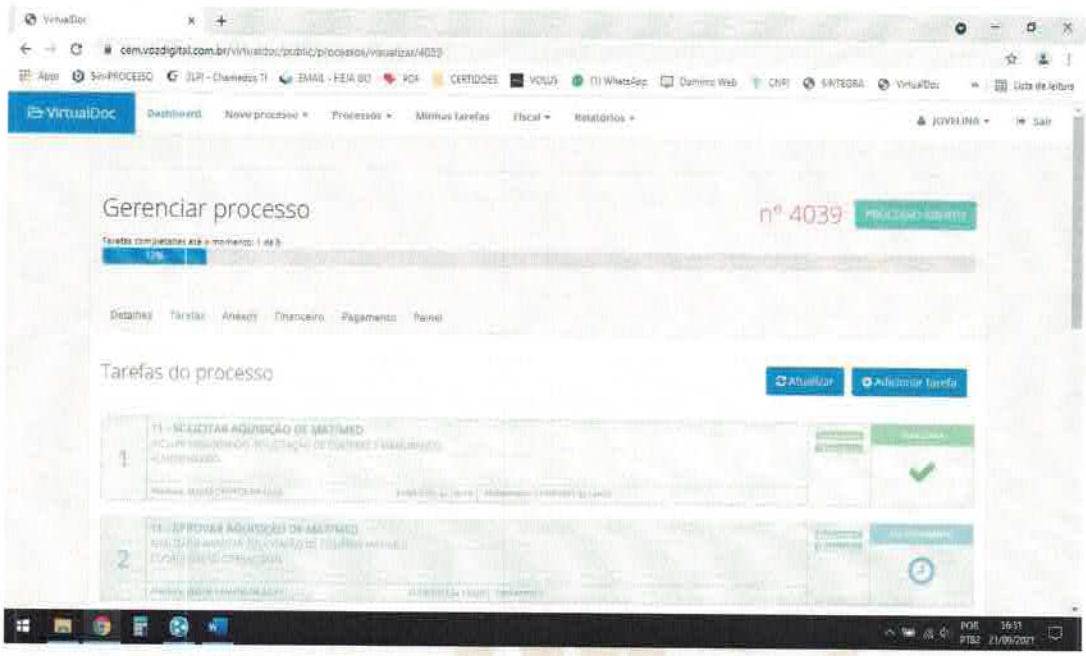
- Clicar em anexo-> arquivo->escolher arquivo->anexar nota fiscal-boleto-certidões



. Clicar em Anexar->assinaturas de anexo->assinar - Conferido-assinado tudo correto prosseguir.



- Clicar em tarefas->iniciar execução->finalizar execução – processo concluído.



4.5.6 Gerenciamento De Dados Business Intelligence.

A Inteligência de Negócios, ou Business Intellingence, é um termo criado pela Gartner Group. Este conceito surgiu na década de 80 e descreve as habilidades das corporações para acessar dados e explorar informações, analisando-as e desenvolvendo percepções e entendimentos a seu respeito, o que as permitem incrementarem e tornarem mais pautada em informações a tomada de decisões.

O B.I. é um conceito "up dated" que vai além da gestão. Ele visa integrar os fluxos de gestão de processos, normalmente ligados aos sistemas E.R.P. (Enterprise Resource Planning Sistemas Integrados de Gestão) de informações normalmente suportados por dados históricos gerenciados por ferramentas de extrações de informações.

O INSTITUTO CEM montou uma estratégia de B.I. baseado em suas metas contratuais referente a todos os contratos de gestão, justamente este o primeiro passo para a implementação de uma estratégia de inteligência de indicadores bem-sucedida.

Tendo resposta de como está cada área da empresa em tempo real, avaliação de impactos causados por fornecedores, custos e situação de momento financeiro.

Exemplo o Data Warehouse do Fluxo de Documentos no DOCEM:

DocCEM

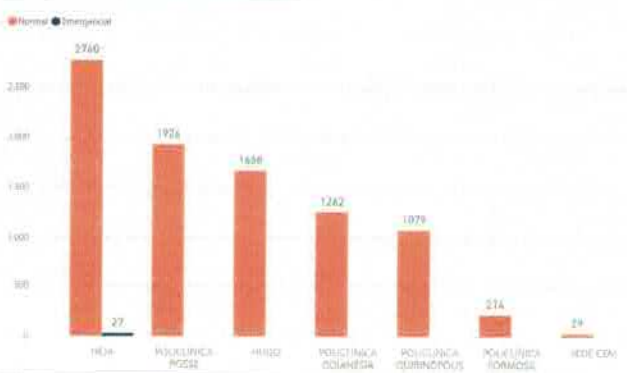
03/03/2022 09:39:17

Última atualização

PROCESSOS EMERGENCIAIS E NÃO EMERGENCIAIS

8965	8938	27
Total de processos	Normal	Emergencial

Unidade	Emergencial	Normal
HEJA	27	2760
POLICLÍNICA POSSE		1926
HUGO		1668
POLICLÍNICA GOIANÉSIA		1262
POLICLÍNICA QUIRINÓPOLIS		1079
POLICLÍNICA FORMOSA		214
SEDE CEM		29
Total	**27**	**8938**

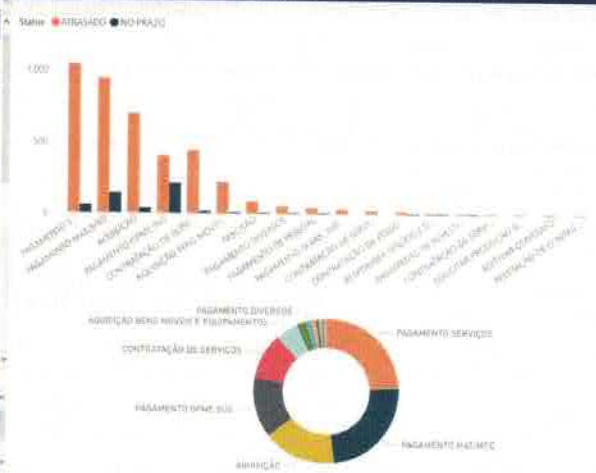


DocCEM

MODALIDADE/PRAZO PROCESSO EM ABERTO

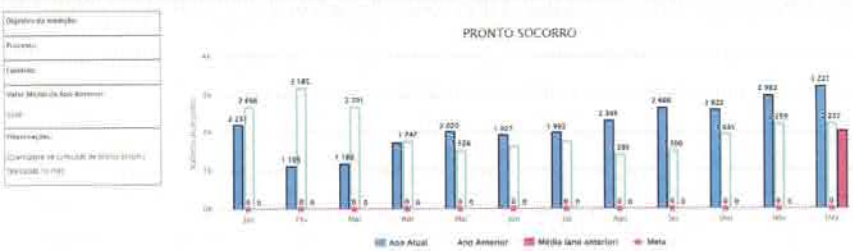
Modalidade	Status	Total
RESPONDER OFÍCIOS E DOCUMENTOS OFICIAIS	NO PRAZO	1
ADITIVAR CONTRATO	ATRASADO	2
PAGAMENTO DIVERSOS	NO PRAZO	2
PRESTAÇÃO DE CONTAS CONTÁBIL	ATRASADO	2
CONTRATAÇÃO DE PESSOAL CLT	NO PRAZO	3
SOLICITAR PRODUÇÃO DE OFÍCIO	ATRASADO	3
PAGAMENTO DE INVESTIMENTO	NO PRAZO	4
PAGAMENTO DE PESSOAL	NO PRAZO	4
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS*	ATRASADO	5
PAGAMENTO DE INVESTIMENTO	ATRASADO	5
RESCISÃO	NO PRAZO	7
AQUISIÇÃO BENS MOVEIS E EQUIPAMENTOS	NO PRAZO	8
RESPONDER OFÍCIOS E DOCUMENTOS OFICIAIS	ATRASADO	10
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS	NO PRAZO	16
Total		**4549**

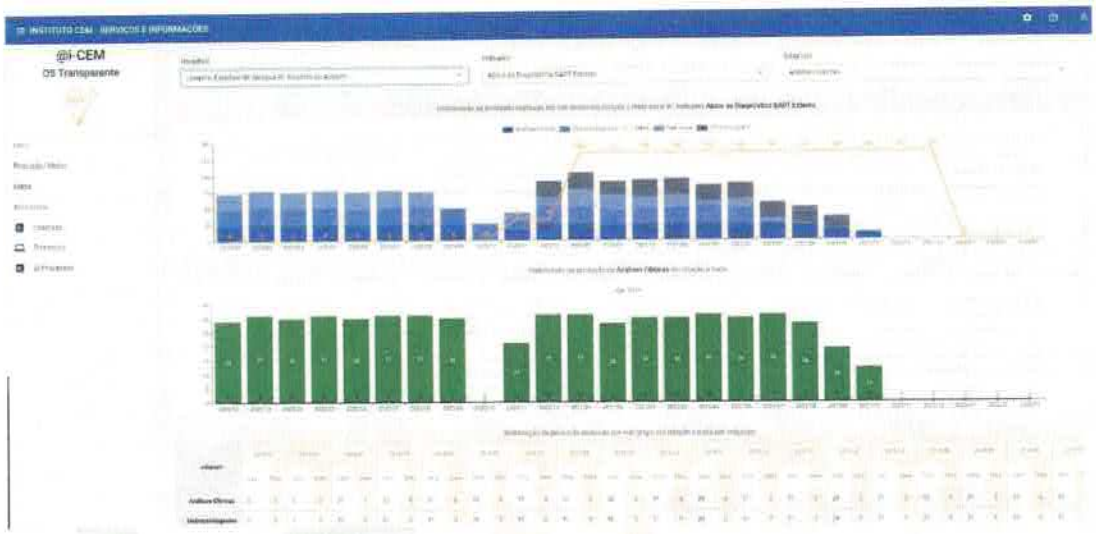
Status	Total
ATRASADO	405
Total	**454**



DocCEM

Resultados	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Média Anual
RESULTADO ANO ATUAL	2.232	1.195	1.199	1.747	2.020	1.927	1.992	2.349	2.486	2.822	2.982	3.221	
META	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
RESULTADO ANO ANTERIOR	2.498	2.145	2.291	1.747	1.826	1.927	1.992	2.349	2.486	2.822	2.982	3.221	2.248





4.5.7 Política De Segurança Da Informação

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POLÍTICA DE SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO		
	PRO.STI.001	Revisão:00	Vigência: 29/11/2024

1. OBJETIVO

A Política de Segurança da Informação tem por objetivo prover as diretrizes no âmbito do Hospital de Urgências de Goiás, dos ativos formados por dados, informações e materiais sigilosos, bem como dos sistemas computacionais e das áreas e instalações onde são produzidos, armazenados ou trafegam, além da preservação da inviolabilidade e da intimidade da vida privada, da honra e imagem das pessoas e da instituição.

As ações de segurança da informação e das comunicações a serem elaboradas no âmbito institucional do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO, deverão observar sempre a garantia da disponibilidade, integridade, confidencialidade e autenticidade das informações, lembrando sempre que as informações classificadas em qualquer grau de sigilo devem estar disponíveis estritamente a quem estiver autorizado.

2. DEFINIÇÕES

As definições constantes deste item se aplicam de forma a auxiliar a interpretação da Política de Segurança da Informação e das Comunicações no âmbito institucional e também no estabelecimento de futuras normas complementares.

3.SIGLAS

HUGO: Hospital de Urgências de Goiás;

4.PÚBLICO – ALVO

5.APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e Departamento de Tecnologia da Informação

6.DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

O setor de tecnologia da Informação é responsável pelo Gerenciamento da rede de dados da unidade, Gerenciamento das Políticas de acesso as informações, Gerenciamento do Sistema Hospitalar, Manutenção das estações de trabalho (computadores), assim como seus servidores, Manutenção dos Arquivos produzidos pela unidade, Manutenção da rede de dados Física (exceto a de terceiros), Distribuição, Instalação e Remanejo dos computadores da Unidade e Suporte ao Usuário.

6.1 Descrição

A segurança é direcionada contra ameaças – naturais, acidentais ou intencionais - de destruição, modificação ou divulgação indevida das informações e para o impedimento de fraudes;

A informação deve ser tratada como um patrimônio a ser protegida no acesso, tráfego, uso e armazenamento, de acordo com sua classificação em graus de sigilo e criticidade;

A política de segurança deve ser conhecida e seguida por todos os usuários da instituição;

O Departamento de Tecnologia da Informação é responsável pela gestão da segurança de toda informação produzida e deve promover e disseminar a importância da segurança da informação, por meio de programas de sensibilização e conscientização dos seus usuários;

Registros e informações sigilosas devem ser protegidos contra perda, destruição e falsificação, sendo mantidos de forma segura para atender requisitos legais e regulamentares;

Os sistemas e equipamentos de informação estão sujeitos a monitoramento remoto e eventual inspeção local, a fim de prestar suporte e coibir a utilização indevida dos mesmos e danos resultantes desta utilização;

O resultado de qualquer monitoramento é considerado sigiloso e deverá tramitar como tal dentro da instituição;

Devem ser mantidos planos de contingência e recuperação de desastres, formais e periodicamente testados, para garantir a continuidade das atividades críticas e o retorno à situação de normalidade, de acordo com os critérios definidos pelo Departamento de Tecnologia da Informação;

O usuário deve ter acesso autorizado apenas às informações, instalações e recursos necessários e indispensáveis ao seu trabalho, de acordo com perfis do setor e departamentos definidos formalmente e:

a. Com o objetivo de resguardar a rede (internet/Intranet) serão bloqueados o uso de jogos, redes sociais, receitas, site de vídeos e músicas ou qualquer outro site que não seja compatível com as atribuições do setor;

b. É obrigatório o uso de conta e-mail funcional para o exercício das atividades; e

c. A autorização de acesso dos itens "a" deverá ser justificada e encaminha ao Departamento de Tecnologia previamente assinados por Gestor da área solicitante ou Coordenador da Unidade através do e-mail Institucional ou Memorando interno.

O acesso a informações e sistemas de que trata o item 6.11 será concedido, ao usuário que tenha a necessidade de conhecer, mediante identificador pessoal (**login**) e senha, pessoal e intransferível e com validade estabelecida, que permita de maneira clara o seu reconhecimento;

O usuário que tem acesso a informações confidenciais ou reservadas somente poderá fazer uso destas para os fins aprovados pelo respectivo gestor das informações, respeitando as regras de proteção estabelecidas;

Os usuários devem estar cientes das normas de segurança das informações vigentes, bem como, dos procedimentos de segurança vigentes.

Deve ser disciplinado o uso correto da informação e de recursos computacionais de forma a minimizar possíveis riscos à segurança;

O acesso às informações que não sejam classificadas como públicas, dependerá da autorização do gestor da informação e deverá respeitar o grau de sigilo necessário, utilizando-a no estrito interesse da Administração em razão das suas atividades funcionais;

Quando do afastamento ou desligamento do usuário das suas atribuições faz-se necessário o cancelamento imediato dos direitos de acesso e uso da informação, além do preenchimento de termo de desligamento;

Os incidentes de segurança, tais como: indícios de fraude, sabotagem ou falha na segurança em processos, sistemas, instalações ou equipamentos devem ser prontamente notificados à chefia imediata e ao responsável pela gestão de segurança da informação;

As condições e termos de licenciamento de software e os direitos de propriedade intelectual devem ser respeitados, estando vedada a instalação de programas de computador não homologados e licenciados.

Os recursos do parque tecnológico e suas vinculações não podem ser utilizados para constranger, assediar, ofender, caluniar, ameaçar ou causar prejuízos a qualquer pessoa física ou jurídica, nem veicular opiniões político-partidárias;

A entrada ou saída de equipamento computacional (patrimônio) das instalações da instituição deve ser informada pelo detentor do equipamento (responsável pelo bem patrimonial), sendo o trânsito permitido mediante a autorização da unidade competente;

6.2 Organização e composição do setor de tecnologia da informação

O setor de tecnologia da informação do hospital de urgências de Goiás e composto por um coordenador e uma equipe de 09 (Nove) pessoas dividias nas áreas de Administração, Desenvolvimento, Redes, Suporte e Manutenção, com seu funcionamento de 24 horas por sete dias na semana.

6.3 Softwares e Hardwares

O setor de Tecnologia da Informação – HUGO Trabalha com a política de Respeitar os direitos de propriedade intelectual, de acordo com a regulamentação pertinente, em particular a lei de direitos autorais de software, com os softwares licenciados que esta empresa possui, o setor de TI homologa a instalação dos seguintes softwares:

- Libreoffice, OpenOffice, Mozila ThunderBird, SOUL MV, BMA SISTEMAS, SIPEF Navegadores de Internet (Chrome, Mozila e Internet Explorer), sistemas desenvolvidos pela TI e ou contratados pela gestão do Hospital.
- Havendo necessidade de instalação de um determinado software que não esteja na lista de softwares permitidos e que o mesmo seja explicitamente para fins de trabalho, deverá ser encaminhado um memorando para a TI solicitando autorização para a instalação do devido software e seu licenciamento.
- Não é permitido sincronizar, plugar ou carregar a bateria de qualquer tipo de equipamento não autorizado pela TI nos equipamentos de informática (CPU, Monitor, Estabilizador, Régua, Switch e etc.), e em suas respectivas portas USB.
- O uso de Pendrive, Hds Externos e Cartões Sds estão bloqueados para o uso para fins de segurança contra possíveis Vírus que possam ser propagados por tais.

6.4 Servidores de Arquivos

Possuímos um servidor exclusivo para o arquivamento de documentos dos setores, cada qual com o nome do setor e com as permissões de acesso para apenas para os funcionários lotados nos mesmos ou autorizados pela chefia do setor, onde o gerenciamento é de respondibilidade do setor (Inserção e retira de arquivos) onde nenhum arquivo é apagado pelo setor de T.I que é diferente da pasta de transferência em que todos os colaboradores têm acesso independente do seu setor, temos uma rotina diária de backup dos arquivos, sendo possível a recuperação de arquivos apagados ou alterados acidentalmente. Salientamos que as pastas de rede compartilhadas no HUGO têm o objetivo de servir o compartilhamento de arquivos relacionados aos trabalhos desenvolvidos pelos departamentos e não possuem cunho particular. A boa prática de utilização dessas pastas não contempla transferência de arquivos particulares, tais como músicas, fotos, vídeos, pois ocupam muito espaço nos servidores de dados, concorrendo com o espaço dedicado aos arquivos de trabalho. Além disso, há possibilidade de contaminação por vírus, pois esses arquivos particulares geralmente são transferidos de computadores pessoais desprotegidos.

6.5 Backups de Arquivos

Os backup's realizados na unidade são gerenciados pelo setor de TI HUGO, onde são alocados em diversos servidores. No servidor 'Hydmedia/Torax/Timo/Externo' Hydmedia ficam os backup das pastas compartilhadas dos setores e backup do sistema de Prestação de contas (SIPEF/BMA).Torax, ficam os Bacukps do ano anteiror e uma cópia do Bacukp do

Hydmedia do ano Atual Os backups são feitos através da aplicação Cobian, onde são cadastradas as pastas para serem realizados os backups. No servidor 'Timo' também e feito um backup do sistema BMA. No servidor Radio fica uma Cópia da pasta de Transferência, também temos Bacukp do servidor de Arquivos em HD externo, e em serviço externo.

Os backups são realizados uma vez ao dia, os horários de realização dos backups acontecem em horários alternados. Os backups feitos no servidor tórax, pastas compartilhadas são realizadas a partir das 14 horas. Os backups feitos no servidor timo a partir das 02 horas. Os backups feitos no servidor crânio são realizados as 23 horas.

6.6 Cadastro de usuário no Active Directory (AD)/SOULMV

O cadastro de usuários para acesso à rede de dados (computadores/SOULMV) é feito através da solicitação da chefia do setor, onde encaminha um pedido via memorando ou e-mail, para o setor de TI – HUGO, onde é solicitado o login para o colaborador e suas permissões de acesso (internet, pastas compartilhas e impressoras). O login é criado no servidor "Metacarpo" na aplicação Active Directory, onde as permissões de acesso são atribuídas para cada usuário de forma individual ou por grupos de acesso. O Login para o sistema hospitalar SOULMV após a verificação das informações do colaborador e encaminhado para SES-GO, que confecciona o login de acordo com o perfil do prestador.

6.7 Monitoramento

O Hospital de Urgência de Goiás reafirma que o uso da tecnologia e da Internet é uma ferramenta valiosa para o desempenho das atividades. Dessa forma, o mau uso desses recursos pode ter impacto negativo sobre a produtividade dos colaboradores e resultados. Portanto, a empresa pode aplicar restrições de navegação e monitorar o uso da internet na rede corporativa, de forma individual, aplicado a cada equipamento e colaborador. Através do serviço de Firewall e Proxy, são aplicadas regras de navegação definidas de acordo com a política de uso da internet do Hospital, com o objetivo de garantir maior foco e produtividade dos colaboradores. Da mesma forma é registrado todo e qualquer tipo de acesso à internet realizada por equipamento conectado à rede vinculado ao usuário (Login e Senha).

6.8 Significado

Ativo: Todo recurso utilizado para produção, tratamento, tráfego e armazenamento de dados;

Confidencial: Informações que devam ser de conhecimento restrito e cuja revelação não-autorizada possa frustrar seus objetivos.

Confidencialidade: Garantia de acesso à informação somente por pessoas autorizadas;

Incidente: Ato ocorrido identificado com grande probabilidade de comprometer as operações e ameaçar a segurança da informação;

Informação: Resultante do processamento, manipulação e organização de dados.

Integridade: Exatidão da informação e dos métodos de processamento;

Login: Identificador de usuário em um programa ou rede de computadores;

Malware: Código / software malicioso para causar danos ou apropriar de informações indevidas;

Públicas: Todas as informações que não possuem grau de sigilo atribuído.

Reservado: Aqueles cuja revelação não-autorizada possa comprometer planos, operações ou objetivos neles previstos ou referidos

Segurança: Percepção de se estar protegido de riscos, perigos ou perdas.

Spam: qualquer mensagem, independentemente de seu conteúdo, enviada para vários destinatários, sem que os mesmos a tenham solicitado.

Usuário: Pessoa física autorizada a acessar o ambiente e as informações e de suas estações;

URL: endereço utilizado para trafegar dados, seja a internet, intranet ou rede privada de computadores.

7. AÇÕES CORRETIVAS

Não se aplica

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica

9. ANEXOS

Não se aplica

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Julia Barros Neves Supervisora de Tecnologia da Informação	31/08/2022	
Revisão	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	29/11/2022	
	Murilo Alves Luiz Pereira Coordenador de Tecnologia da Informação	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	29/11/2022	
Aprovação:	Jonatha Junio da Rocha Gerente de Tecnologia da Informação	29/11/2022	

4.5.8 Política Do Sistema De Gestão Hospitalar Soulmv

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	POLÍTICA DO SISTEMA DE GESTÃO HOSPITALAR SOULMV		
	POP.STI.017	Revisão 00	Vigência: 29/11/2024

1.OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a obrigatoriedade de uso acesso e Política do Sistema de Gestão Hospitalar SOULMV.

1.1 ERP Hospitalar SOULMV

SOUL é o sistema hospitalar da unidade que tem sua base unificada em todos os hospitais da rede gerida de Secretaria Estadual de Saúde SES-GO, conforme Portaria 1046/2019 que compreende diversos módulos que atendem vários setores da área assistencial e da área administrativa. O acesso para o sistema é liberado através do setor de TI Hugo, onde cada usuário tem seu login individual com a permissão definida por perfil de cargo ou função.

1.1.2 Cadastro e permissão de Usuário.

O cadastro inicial dos colaboradores e feito com a admissão do colaborar pelo setor de departamento pessoal, (celetista) prestador terceiro (via gerencia médica) onde é cadastrado todas informações do colaborador (dados pessoais, cargo e setor), feito isto o setor de origem solicita através de e-mail ou via Helpdesk a criação do login para o colaborador de acordo com o seu perfil. Após a verificação das informações do colaborador e feito o cadastro do prestador e encaminhado (via e-mail) para SES-GO, que confecciona o login de acordo com o perfil do prestador. (segue em anexo Política de Proteção de dados LGPD utilizada pela MV e Informações necessária para o cadastro de prestadores) .

2.0 Módulos

Sistema SoulMV é um ERP hospitalar que reúne vários módulos que se integram e geram um conjunto de fluxos e informações que atendem todos os processos da unidade hospitalar, otimizando todos os processos relacionado a assistência e a parte de BackOffice.

2.1 Módulos SOULMV

- Gestão de Contratos Operacionais
- Serviço de Apoio
- Clínica Assistencial
- Diagnostico e Terapia
- Portaria

- Gestor de Fluxo
- SACR
- Painel de Senha
- Faturamento
- Controladoria (Financeiro, Contabilidade)
- Materiais e Logística
- Apoio a T.I
- Outros
- Integração
- Plano de Saúde.

Todas as operacionalizações dos diversos módulos seguem as boas práticas hospitalares, sempre com Treinamento por parte do Setor de T.I com, orientação e definição das políticas preconizadas pela SES-GO, junto a fornecedora do Software (NOXTEC**). (Segue em anexo evidências de treinamento).**

2.1.2 Modulo MV PEP

Sistema MV PEP é o prontuário eletrônico onde e reunida e gerenciada todas as informações do paciente relacionada a assistência que também se integram aos módulos do Sistema SOULMV.

MVPEP, tem sua operacionalização de acordo com as boas práticas hospitalares como prescrições médicas, evoluções, protocolos, diagnósticos compreendendo toda a equipe multiprofissional da Unidade. Sua operacionalização seguem com treinamento feito pela equipe de T.I com, orientação e definição das políticas e configuração preconizadas pela SES-GO, junto a fornecedora do Software (NOXTEC). **(Segue me anexo evidências de treinamento).**

3.0 Solicitações de chamado Para suporte

Toda Solicitação de Suporte referente ao Sistema de Gestão Hospitalar SOULMV de ser feita através do HELPDESK (http://intranet.hugo-go.net/web/index.php/help-desk) disponível em todas estações de trabalho da Unidade, por e-mail :ti@hugo.org.br ou por telefone

623201-4425/3201-4423, onde todas solicitações de suporte, orientação ou treinamento será atendida pelo setor de T.I, onde dependendo da solicitação(parâmetros ,correções ou inserção de novos documentos) será encaminhada para MV ou para SES-GO e acompanhado pelo setor de T.I -HUGO.

3.1 Acesso ao Sistema MV

O Link para acesso ai sistema MV está disponível em todas as estações de trabalho da Unidade identificado por SOUL e MVPEP através dos seguintes LINKS:

SOULMV:http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/login?service=http%3A%2F%2Fmvprd.saude.go.gov.br%3A80%2Fsoul-mv%2Fcas
MVPEP:**http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/login?service=http%3A%2F%2Fmvpepprd.saude.go.gov.br%3A80%2Fmvpep%2F**

2. DEFINIÇÕES

Os sistemas acima descritos são de uso obrigatório, considerando padronização e uniformidade dos dados. Todos com Usuário Único e Senha Criptografada.

3. SIGLAS

HUGO: Hospital de Urgências de Goiás;

TI: Tecnologia da Informação;

RH: Recursos Humanos;

MV: Sistema Soul MV;

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;

SES: Secretaria Estadual de Saúde;

HELPDESK – Sistema de Gestão de chamados, Incidentes e Requisições em TI.

4. APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e TI.

5. MATERIAIS

Manuais, Notebooks, Desktops e Impressoras.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Solicitações de cadastro de usuário e perfil.	Gestor de Setor de Origem/RH
2	Abrir chamado e atender pedidos de cadastro de usuários e perfis.	Gestor do Setor de Origem/TI
3	Atender chamado e analisar problemas. Caso o problema persista acionar Fornecedores.	TI
4	Treinar colaborador e devolver dados de cadastro básico.	TI

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Sistema Inoperante	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

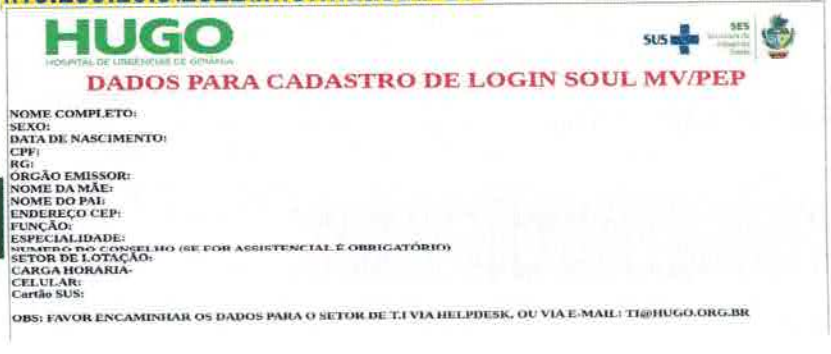
Não aplicável.

9. ANEXOS:

\\10.239.20.8\2022\Informatica\TREINAMENTOS

\\10.239.20.8\2022\Informatica\POP ONA\LGPD MV

\\10.239.20.8\2022\Informatica\POP



HUGO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

SUS SES

DADOS PARA CADASTRO DE LOGIN SOUL MV/PEP

NOME COMPLETO:
SEXO:
DATA DE NASCIMENTO:
CPF:
RG:
ORGÃO EMISSOR:
NOME DA MÃE:
NOME DO PAI:
ENDEREÇO CEP:
FUNÇÃO:
ESPECIALIDADE:
NUMERO DO CONSELHO (SE FOR ASSISTENCIAL É OBRIGATÓRIO)
SETOR DE LOTAÇÃO:
CARGA HORARIA-
CELULAR:
Cartão SUS:

OBS: FAVOR ENCAMINHAR OS DADOS PARA O SETOR DE T.I VIA HELPDESK, OU VIA E-MAIL: TI@HUGO.ORG.BR

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Julia Barros Neves Supervisora de Tecnologia da Informação	23/11/2022	
Revisão:	Murilo Alves Luiz Pereira Coordenador de Tecnologia da Informação	26/11/2022	
	Jonatha Junio da Rocha Gerente de Tecnologia da Informação	29/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	29/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	29/11/2022	

4.5.9 Plano De Contingência Paraparalisação Do Sistema Mv/Servidores/Internet

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	PLANO DE CONTINGÊNCIA PARAPARALISAÇÃO DO SISTEMA MV/SERVIDORES/INTERNET		
	POP.STI.013	Revisão 00	Vigência: 29/11/2024

1. OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a condução do plano de contingência.

2. DEFINIÇÕES

O plano de contingência para paralisação do sistema MV/Servidores/Internet visa garantir o fluxo correto enquanto o acesso ao sistema esteja comprometido até a sua normalização.

3. SIGLAS

HUGO: Hospital de Urgências de Goiás;

TI: Tecnologia da Informação;

DTI: Departamento de Tecnologia da Informação;

MV: Sistema Soul MV;

PEP: Prontuário Eletrônico do Paciente;

SES: Secretaria Estadual de Saúde.

4. APLICAÇÃO

Unidades Setoriais e DTI.

5. MATERIAIS

Formulários;

Caneta;

Carimbo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
Sistema MV		
1	Identificar parada programada (Atualizações, Manutenção do Sistema, enviado para Gestores com antecedência) do sistema MV. Informar os colaboradores o início do plano de contingência, sendo assim, o início da utilização dos formulários manuais.	Gestor do setor
2	Orientar todos os colaborados sobre o preenchimento correto, assinaturas e carimbos nos formulários.(MV)	Gestor do setor
3	Lançar as informações retroativamente no sistema após normalização do sistema.	Gestor do Setor/ Colaboradores
4	Identificar parada não programada ou falha massiva, caso problema persista, reiniciar computador. Caso o problema persista abrir chamado na TI, via Help Desk (http://intranet.hugo-go.net/web/index.php/help-desk), e-mail(ti@hugo.org.br) ou telefone: 62 3201-4425/3201-4423.	Gestor do Setor/ Colaboradores
5	Atender chamado e analisar problema. Caso o problema persista acima de 15 minutos, abrir chamado no Portal MV e encaminhar chamado para SES_GO Prontuário Integrado.	TI
6	Solicitar o setor que inicie o plano de contingência.	TI/Gestores
7	Informar os setores a normalização do sistema.	TI/Gestores do Setor

Servidores		
8	Identificar parada programada (Atualizações, Manutenção em servidores de arquivos/aplicações) (enviada para Gestores com antecedência). Informar os colaboradores o início do plano de contingência.	TI/Gestores do Setor
9	Iniciar Restauração de Backup, em caso de servidor de Aquivos (fêmur) acionar servidor de Backup, (Haydmedia/Externo) em caso de aplicações (Sipef,BMA,DOCEM) acionar fornecedor.	TI
10	Informar Setores prazo pra restauração de backup, Normalização do acesso. Em caso de aplicação (Sipef, BMA, DOCCEM, PrintMaster) informa prazo.	TI/Gestores do Setor
Link Internet		
9	Identificar parada programada (Manutenção LINK de Internet antecedência) informar os colaboradores o início do plano de contingência: Unidade conta 02 Link de Internet em caso de queda do link principal, o secundário é automaticamente acionado, conforme em anexo.	TI/Gestores do Setor
10	Orientar todos os colaborados sobre o preenchimento correto, assinaturas e carimbos nos formulários.	Gestores do Setor
11	Abrir chamado junto a Operadora, e acompanhar prazo de resolução.	TI
12	Informar Prazo pra Resolução, Para Diretoria/Gestores.	TI/Gestores
13	Acompanhar junto a Operadora a resolução para normalização dos sistemas.	TI

14	Informar os setores a normalização dos Link.	TI/Gestores do Setor
Serviço de Telefonia		
15	Identificar queda no serviço de telefonia.	T.I /Gestores do Setor
16	Abrir chamado via Helpdesk, ou e-mail (ti@hugo.org.br)	Gestores do setor

7. AÇÕES CORRETIVAS

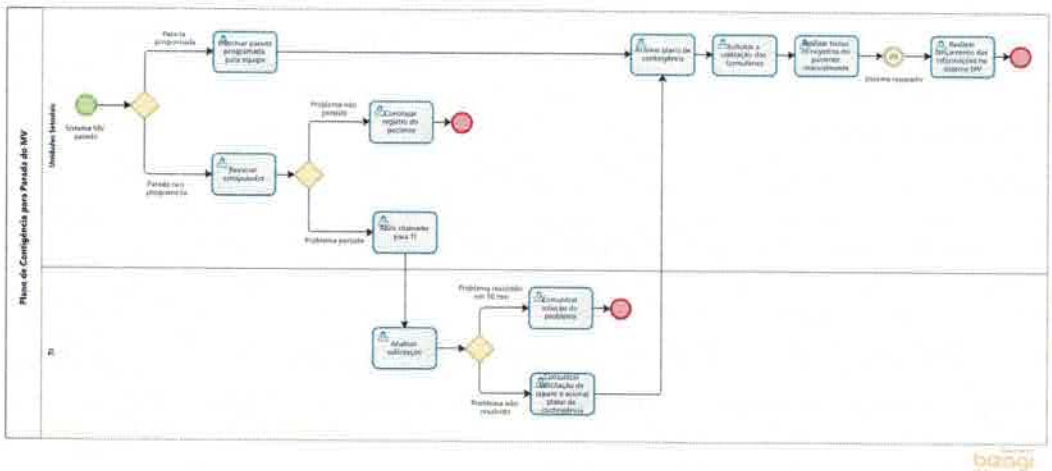
Falha/risco	Ação corretiva
Parada do sistema MV	Comunicar a MV através de Chamado, proceder com acompanhamento do chamado e encaminhar para SES-GO.
Parada Servidores	Iniciar Ação de Correção junto com Analistas.
Parada de serviços terceirizados	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema.
Parada Link de Internet	Abrir chamado junto ao Provedor do Link e acompanhar tempo de reparo.
Parada de Serviço de telefonia	Abrir Chamado junto a Operadora e Acompanhar tempo de reparo

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

9. ANEXOS

Anexo 1.



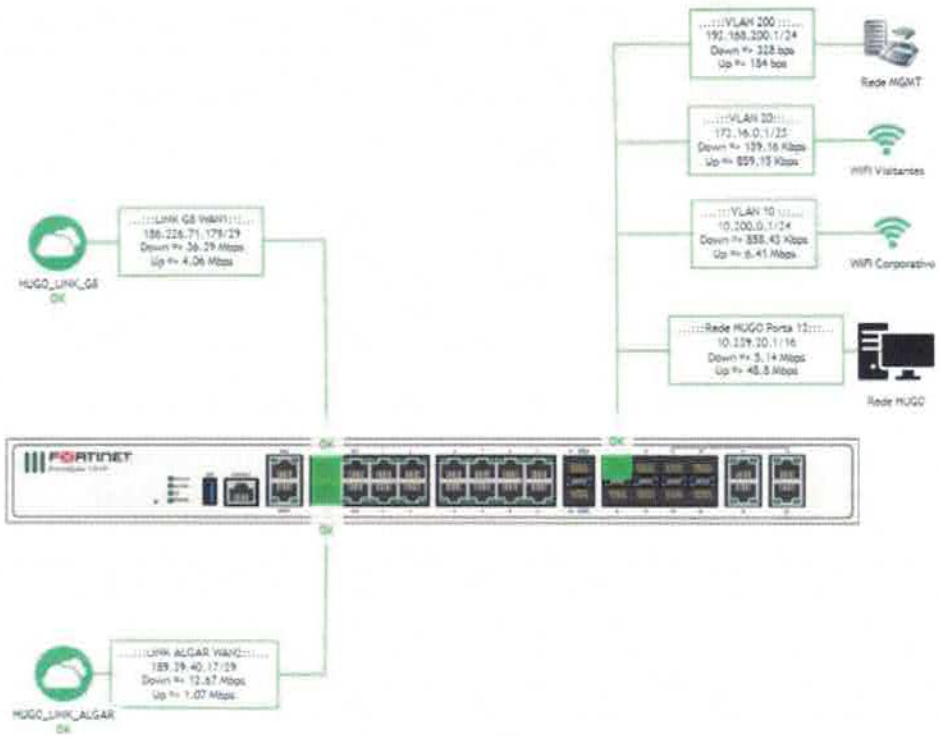
Anexo 2.

1. FIREWALL - INTERFACES

A administração do firewall é através da porta Web: 20443
Segue abaixo tabela com as configurações de interface no Firewall

Interface fisica	End. IP	Descrição
Port 1-13	10.239.20.1/16 Range DHCP: 10.239.24.1 – 10.239.27.200	REDE_LAN
VLAN_MGMT	192.168.200.1/24 Range DHCP: 192.168.200.10 – 192.168.200.60	VLAN ID 200
VLAN_CORP	10.200.0.1/24 Range DHCP: 10.200.0.10 – 10.200.0.254	VLAN ID 10
VLAN_VISITANTES	172.16.0.1/23 Range DHCP: 172.16.0.10 – 172.16.1.254	VLAN ID 20
WAN1	186.226.71.179/29	LINK_G8
WAN2	189.39.40.17/29	LINK_ALGAR

Anexo 3.



10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Julia Barros Neves Supervisora de Tecnologia da Informação	23/11/2022	
Revisão:	Murilo Alves Luiz Pereira Coordenador de Tecnologia da Informação	26/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	29/11/2022	

Validação:	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	29/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	29/11/2022	

4.5.10 Serviços Gerais De Tecnologia Da Informação

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	**SERVIÇO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	SERVIÇOS GERAIS DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO		
	POP.STI.015	Revisão 00	Vigência: 29/11/2024

1.OBJETIVO

Orientar todos os colaboradores sobre a obrigatoriedade e aplicação sobre o uso dos Sistemas:

DOCCEM, para fins de gestão de documentos administrativos, assinaturas eletrônicas, fluxo de processos. (Fornecedor Voz Digital). URL Principal: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/login

HELPDESK, para aberturas de chamados à área de TI incluindo:

1. Manutenção e configuração de computadores, monitores, impressoras, internet e VoIP;
2. Solicitações de acessos e bloqueio para contas de e-mails, redes, servidores de arquivos;
3. Solicitações de suporte e acessos aos sistemas MV (PEP/ Soul MV), SIPEF, BMA.
4. Solicitações de suprimentos, peças e componentes;
5. Solicitações de suporte a intranet.

URL Principal: http://intranet.hugo-go.net/web/index.php/help-desk

MV, para fins de Sistema de Gestão Hospitalar (NOXTec e MV Sistemas).

URL Principal: http://mvprd.saude.go.gov.br/mvautenticador-cas/

MV, para fins de Prontuário Eletrônico do Paciente (NOXTec e MV PEP).

URL Principal: http://mvpepprd.saude.go.gov.br/mvpep/5/pt-BR/

MV, para fins de Sistema de Gestão Integrado (NOXTec e SOUL MV).

URL Principal: http://mvhospprd.saude.go.gov.br/soul-mv/

BMA, para tratativas de ponto eletrônico (BMA Sistemas) http://10.239.20.13/supervisor/Views/LoginSupervisor/Login.aspx
1.7: SIPEF Prestação de Contas 10.239.20.210/SIPEFOS

2. DEFINIÇÕES

Os sistemas acima descritos são de uso obrigatório, considerando padronização e uniformidade dos dados. Todos com usuário único e senha criptografada.

3. SIGLAS

TI – Tecnologia da Informação;

DTI – Departamento de Tecnologia da Informação;

MV – Sistema de Gestão Hospitalar;

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente;

DOCCEM – Gestão de Fluxo e Workflow de Documento;

HELPDESK – Sistema de Gestão de Ativos, Incidentes e Requisições em TI.

4. APLICAÇÃO

Unidades setoriais e Departamento Tecnologia da Informação (DTI).

5. MATERIAIS

Manuais, Notebooks, Desktops e Impressoras.

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Solicitações de cadastro de usuário e perfil.	Gestor do setor
2	Abrir chamado para pedidos de cadastro de usuários e perfis.	Gestor do setor
3	Abrir chamado quanto parque tecnológico inoperante.	Colaboradores dos setores/Gestores /TI
4	Atender chamado e analisar problemas. Caso o problema persista acionar Fornecedores.	TI
5	Treinar colaborador e devolver dados de cadastro básico.	TI

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Sistema Inoperante	Abrir Ordem de Serviço com Fornecedor do Sistema.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não se aplica.

9. ANEXOS

Não se aplica.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Julia Barros Neves Supervisora de Tecnologia da Informação	23/11/2022	
Revisão:	Murilo Alves Luiz Pereira Coordenador de Tecnologia da Informação	26/11/2022	
	Jonatha Junio da Rocha Gerente de Tecnologia da Informação	29/11/2022	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	29/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	29/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	29/11/2022	

4.5.11 Tecnologia Da Informação Com Vista Ao Controle Gerencial Da Unidade E Melhoria Do Atendimento Ao Usuário

Contexto

Os dados primários, a partir dos quais se compõe qualquer tipo de informação, estão fragmentados em uma ampla gama de sistemas ou de sistemáticas de controle, que

constituem um variado conjunto, caracterizado pela multiplicidade de finalidades, de esferas administrativas, de gestores, e de padrões lógicos e tecnológicos.

De há muito se tem claro que sem informação qualificada não pode haver gestão eficiente. Vale dizer, não existe gestão. As informações inerentes ao plano operacional, exigem a existência de sistemas que auxiliem os processos de trabalho, de forma ágil e confiável, e possibilitem coletar dados confiáveis a partir dos quais se pode construir todo um ciclo de gestão da ação governamental de uma unidade de saúde.

Não resta dúvida, de que para uma sustentação adequada da decisão a informação é vital. A informação de natureza estratégica, em particular, é especialmente crítica para o desempenho das atividades em saúde, notadamente no caso de uma unidade hospitala. em função do elevado impacto do seu trabalho sobre a população e dos volumes de recursos aplicados.

Os problemas crônicos de gestão afetam diretamente a qualidade e a eficiência dos serviços. Nosso entendimento é de que tais problemas são, em boa medida, decorrentes de uma gestão caracterizada pela ausência de dados confiáveis (colhidos adequadamente no processo de operação) e de informação qualificada, sem os quais é impossível falar-se em gestão eficiente.

A qualidade das políticas de tecnologia da informação em área da saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer, ainda, no acompanhamento e no monitoramento –, é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar a ação dos gestores hospitalares.

É inquestionável que qualquer unidade hospitalar seja adequadamente informatizada, tende a experimentar um nível superior de desempenho. De forma geral, a informatização traz as seguintes vantagens para a gestão hospitalar:

- Melhora as informações para tomada de decisão;
- Automatiza as tarefas rotineiras;
- Melhora o controle interno das operações médicas;
- Melhora o atendimento do paciente;
- Aumenta a capacidade de reconhecer problemas mais cedo;
- Melhora o processo;
- Aumentar a produtividade;

Por essas razões, o contexto de mudanças ora proposto pelo INSTITUTO CEM é fortemente ancorado em Tecnologia da Informação e prevê a introdução de: *(i)* integrar e informatizar os processos da assistência, promoção e regulação em saúde através de sistema de gestão hospitalar(ERP) aos moldes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; *(ii)* a manutenção preventiva e evolutiva do parque de infraestrutura tecnologia da unidade hospitalar, *e (iii)* disponibilizar uma base de informações/indicadores que permita formular, gerenciar, monitorar e controlar todas as atividades envolvidas na gestão, provendo transparência e prestação de contas compatível com o contrato de gestão.

Solução Proposta

O objetivo maior que orienta este projeto é o suporte informacional para todos os processos operacionais e de gestão envolvidos pela esfera da gestão hospitalar, de forma a assegurar elevado nível de controle e de governança assistencial de saúde sob responsabilidade do INSTITUTO CEM, bem como das políticas e programas estabelecidos, de forma a atender as necessidades de gestão e controle de informações das diferentes áreas da unidade hospitalar.

Assistencial

Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP): É um repositório de informações inseridas e mantidas de forma eletrônica, ao longo da vida de um indivíduo (paciente). Nele estão armazenadas as informações de saúde clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais. Onde já vivemos essa realidade agraves do projeto prontuário integrado da secretaria de saúde de Goiás, onde vamos integrar e fortalecer o prontuário eletrônico com as seguintes ações:

- Hospital Digital;
- Documentação assistencial estruturada e integrada;
- Protocolos assistenciais automatizados;
- Controle de Suprimentos integrados;
- Integrações com (RIS, LIS, PACS) ao prontuário eletrônico – PEP
- Certificado Digital (Assinatura eletrônica) para os diversos profissionais assistenciais;
- Segurança do paciente: Avaliações farmacêuticas, chegagem beira leito;
- Acesso com vários dispositivos eletrônicos: Computadores, Notebook, Palms e tablets;
- Painel de Indicadores assistenciais e backoffice.

- Power

B.I

Integrar e fortalecer o prontuário eletrônico os seus diversos processos da assistência, promoção e regulação em saúde através de sistema de gestão hospitalar(ERP) aos moldes da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

A solução proposta contempla a sustentação de todos os processos e atividades a cargo da esfera do barramento da rede estadual de saúde através do MV PEP, adicionalmente, ao incluir o registro eletrônico de saúde / prontuário eletrônico de saúde como elemento essencial do processo de apoio à assistência, permitindo:

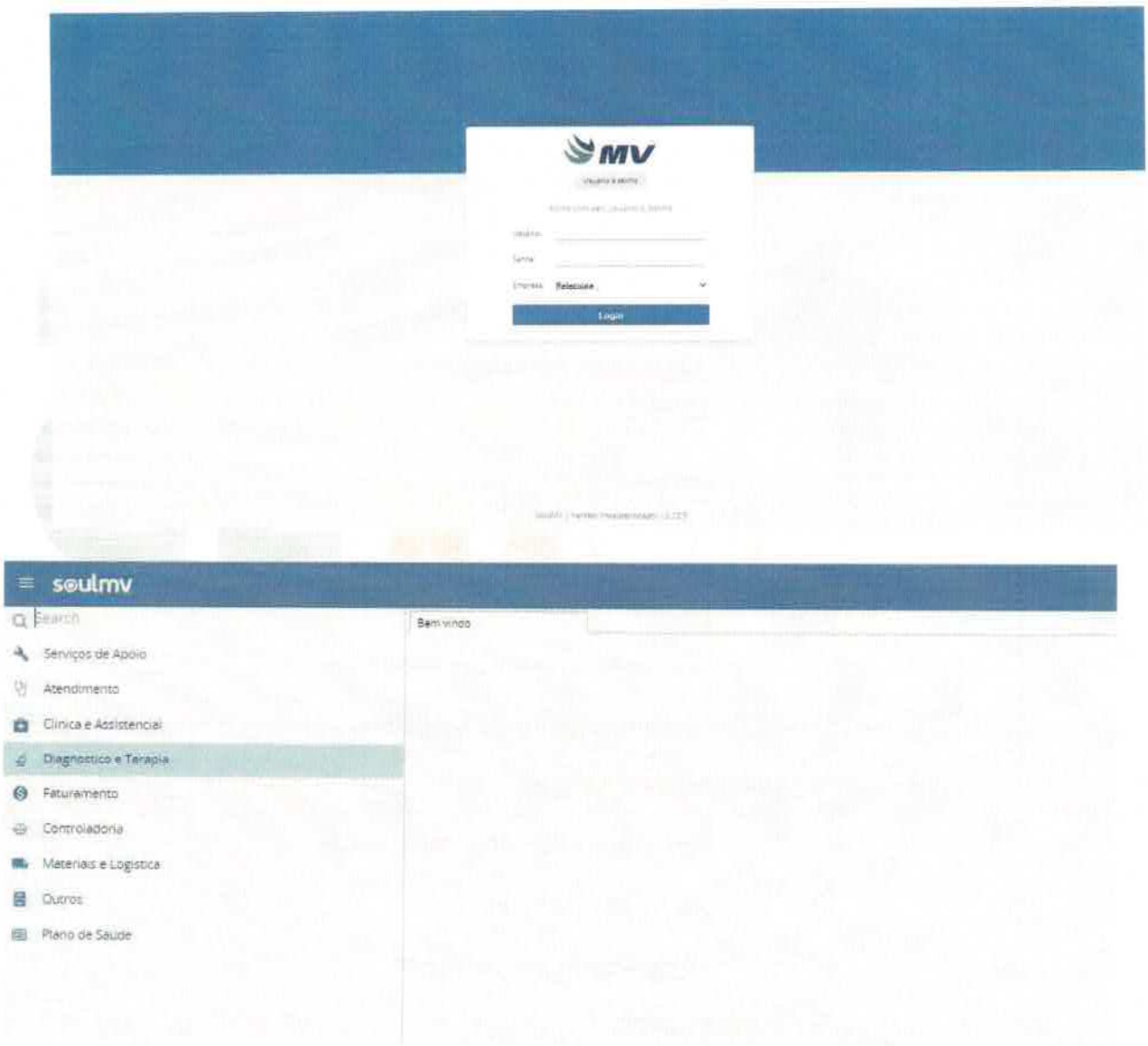
- Promover a universalização, a descentralização, a hierarquização do atendimento;
- Organizar de forma equânime o acesso do paciente aos serviços de saúde da unidade;
- Padronizar a informação e manter protocolos assistenciais e operacionais;
- Dispor de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão;

Escopo específicos dos serviços de apoio e suporte interno do produto MV PEP / MV Soul:

- Levantamento continuo e rotineiro da situação de registros da Unidade Hospitalar, no contexto do atendimento ao paciente e seus dados, através do encaminhamento dos fluxos operacionais relativos ao prontuário do paciente, levantamento das particularidades de cada departamento envolvido no projeto e levantamento da situação dos cadastros;
- Ajustes nos fluxos operacionais para adequação à sistemática operacional prevista no sistema MV Soul;
- Elaboração continua de documentação contendo a definição da estratégia do sisten. MV Soul, mantendo a aprovação pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás;
- Aplicação do plano de treinamento de técnicos e capacitação de usuários multiplicadores; bem como o apoio para o planejamento de usuários finais do MV Soul;

Orientação e suporte para a configuração e parametrização continua do MV Soul nos processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de saúde, permitindo uma visão dinâmica do desempenho nos diferentes níveis de gestão, sendo elas:

Modelo WEB de trabalho MV Soul:



Detalhe de Menu Expandido:

- Serviços de Apoio:
  - Higienização
  - Nutrição e Dietética
  - Central de Materiais Esterilizados
  - Manutenção

- Lavanderia e Rouparia
- Serviço Arquivo Medico
- Diretoria clinica
- Relatórios Serviços de Apoio

- Atendimento:
  - Urgência e Emergência
  - Central de Agendamento
  - Ambulatório
  - Internação
  - Centro Cirúrgico e Obstétrico
- Clínica e Assistencial:
  - Controle de Infecção Hospitalar
  - Gerenciamento de Unidades
- Diagnostico e Terapia:
  - Laboratório de Análises Clinicas
  - Banco de Sangue
  - Diagnóstico por Imagem
- Faturamento:
  - Faturamento de Internação SUS (AIH)
  - Faturamento Ambulatorial SUS (BPA e APAC)
  - Auditoria e Controle de Recursos
- Controladoria:
  - Controle Financeiro
  - Caixa
  - Tesouraria

- Contabilidade
- Repasse Médico
- Custos
- Intercâmbio Eletrônico de Arquivos
- Fiscal
- Controle de Cotas

- Materiais e Logística:
  - Almoxarifado
  - Compras
  - Farmácia
  - Patrimônio

Tal plataforma está em consonância com as demais unidades hospitalares da rede estadual e o barramento de dados únicos criados pela rede e organizações sociais ligadas a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Destacamos com maior importância a necessidade de implementar as principais funcionalidades, sendo:

FUNCIONALIDADE	DESCRIÇÃO
CONTROLE DE ACESSO	Controle de acesso único, com "single sign-on".
	Controle de acesso integrado, que viabilize através do login de entrada no sistema utilizando um usuário/senha do hospital.
	Controle de acesso baseado em perfis e papeis.

CADASTROS BÁSICOS	Cadastro único, integrado com todos os módulos; regras do Cartão Nacional de Saúde; bem como o controle do paciente.
	Cadastro de profissionais segundo os critérios do CNES.
	Implantar a manutenção dos cadastros de profissionais, equipamentos, especialidades, procedimentos, medicamentos, setores/áreas físicas, CBO, CNAE e CID; bem como outros cadastros e tabelas acessórias ao sistema de forma a permitir que o próprio Hospital mantenha atualizado o sistema com as normas do SUS (CNES).
	Implantar o cadastramento de novos procedimentos, além dos existentes na Tabela SUS, para atender eventuais necessidades locais de registro de atividades e procedimentos não existentes na Tabela SUS.
	Implantar um controle de domínios que centraliza e padroniza a gestão dos domínios de dados existentes no sistema.
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Implantar pesquisa no cadastro de pacientes por diversas formas: nome, CNS, dt nascimento, etc.;
	Emissão das fichas de atendimento;
	Classificação de risco;
	Controle de atendimentos por unidade (posto/setor);
	Solicitação de exames, com possibilidade de visualização do histórico anterior;
	Pesquisas de prescrições, dados clínicos e laudos;

	Fatura mensal de acordo com a padronização SUS;
	Integração completa com faturamento;
AMBULATÓRIO	Permitir pesquisa no cadastro de pacientes por diversas formas: nome, CNS, dt nascimento, etc.;
	Agendamento de consultas por equipamento e por Médico (individualizada), procedimentos e exames, seja por profissional médico ou não.
	Agendamento de consultas por equipamento e por Médico (individualizada), procedimentos e exames, seja por profissional médico ou não.
	Permitir o agendamento de consultas, exames e procedimentos por tipo de atendimento: primeira vez, retorno ou tipo especial;
	Registro de consultas por encaixe;
	Confirmação de presença (check-in), permitindo distinguir absenteísmo do paciente do absenteísmo do profissional;
	Possibilitar a marcação de consultas por internet;
	Impressão da agenda do profissional, exame ou procedimento;
	Registro do atendimento on-line;
	Solicitação de exames, com possibilidade de visualização do histórico anterior;
	Emissão da receita, atestados e laudos de exames;

	Consulta de prescrições, dados clínicos e laudos;
	Emissão da receita;
	Fatura mensal de acordo com a padronização SUS;
	Saída (check-out) encaminhamentos/retorno/alta;
	Integração completa com faturamento
	Gerenciamento dos pacientes em espera
	Emissão de comprovante de agendamento para o paciente
	Gerenciar escalas de agendamento através dos recursos existentes no hospital
INTERNAÇÃO	Implantar a configuração dos setores e áreas físicas de internação, tais como unidades de internação, postos de enfermagem e afins.
	Gestão dos leitos de cada ala hospital
	Censo Hospitalar, por especialidade e área física
	Movimentação de pacientes on-line, com transferência de leitos, clínicas ou setores;
	Controle de admissões/transferências/altas e óbitos;
	Configuração centralizada ou distribuida das situações de leitos.
	Controle on-line da situação dos leitos (vago/ocupado/bloqueado/limpeza/manutenção, etc.)

	Controle internação por médico, especialidade, unidade de internação, centro de custo, etc.
	Criação de formulários personalizáveis para anamnese e evolução clínica;
	Consulta de prescrições, dados clínicos e laudos;
	Prescrição / Integração com farmácia;
	Requisições médicas para exames, medicamentos e procedimentos;
	Sumário de Alta informatizado/eletrônico
	Integração com o Centro Cirúrgico/CO
	Avisos de medicações ou produtos com substâncias de uso contra-indicado para paciente (ex: substâncias que o paciente referiu alergia)
	Envio automático da prescrição médica para a farmácia, identificando medicamentos, unidades, quantidades e freqüência de aplicação, permitindo o critério de solicitação e dispensação por —kits e dose unitária;
	Implantar gerenciamento do fluxo de visitantes;
	Implantar gerenciar os acompanhantes;
CENTRO CIRÚRGICO	Agendamento por Médico/Equipe, Sala, Especialidade;

	Controle de listas de espera por cirurgias, equipe cirúrgica, e outros recursos disponíveis.
	Controle de salas e controle dos anestesistas
	Controle por porte e tipo de cirurgia (urgência/eletiva), procedência;
	Controle das cirurgias suspensas e canceladas;
	Requisição na enfermaria, ambulatório e PS;
	Controle visita pré-anestésica;
	Controle da recuperação pós-anestésica;
	Controle da Central de Material Esterilizado;
	Controle de material/kit´s cirúrgicos;
	Relatório de cirurgia;
	Ficha de anestesia;
	Controle leitos RPA;
SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DO PACIENTE - SPP	Controle da movimentação de prontuários (entradas, saídas, empréstimos, pendentes, cancelados, não devolvidos, etc.), através de código de barras.
	Emissão de Etiqueta de Identificação de Prontuários ou capa do prontuário.

	Controle de entrada e saída dos prontuários com identificação dos mesmos através de código de barras e registro da localização do prontuário retirado.
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Permitir inserção dos dados clínicos, tais como alergias, medicamentos em uso.
	Possuir todos os dados e informações preconizadas pela Resolução 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina
	Geração de Histórico por tipo de atendimento
	Detalhamento por atendimento e tipo de procedimento
	Impressão de Ficha para arquivamento no SAME/SPP padronizada
	Acesso via Internet ao prontuário do paciente
	Opção de Consultas de prontuário por nível de acesso (senhas)
	Acompanhamento com dados clínicos (anamnese)
SERVIÇO DE APOIO A DIAGNÓSTICO E TERAPIAS (SADT)	Emissão de recomendação para pacientes
	Controle de todos os tipos de Exames
	Integração com o Sistema de Internação, Ambulatório, Pronto Socorro, Faturamento.
	Cadastramento de exames, setores internos, materiais, departamentos;
	Agendamento por tipo de exame e equipamento;

	Controle por origem do paciente (Ambulatório, PS, Enfermaria e Externo).
NUTRIÇÃO E DIETÉTICA	Implantar o Cadastro de Dietas
	Implantar o Cadastro de Alimentos
	Implantar o Cadastro de Receitas e Cardápios
	Emitir Mapa de Preparo das Dietas
	Emitir Relação de Distribuição de Dietas
	Registrar Dispensação de Dietas
	Registrar Perdas de Dietas
	Manter Cadastro de Grupo de Componentes de Dietas
	Registrar Devolução de Dietas
	Gerenciamento e emissão de cardápios
FARMÁCIA	Cadastro de medicamentos por hierarquias (grupos subgrupos)
	Cadastro de medicamentos genéricos
	Cadastro de medicamentos controlados com emissão de impressos
	Utilizar código de barras para identificação dos medicamentos

	Administrar o consumo e as solicitações de material e medicamentos para a farmácia e almoxarifado
	Alerta no setor de farmácia no caso de falta de produtos registrados na prescrição, indicando a troca por similares ou a emissão automática de uma requisição de compras
	Dispensação de medicamentos por lote e validade
	Fracionamento de medicamentos
	Registro de devoluções de medicamentos
LAVANDERIA	Cadastro dos processos de lavagem
	Recepção e criação de lotes para lavagem
	Registro de não conformidades encontradas no processo de lavagem
	Registro de objetos encontrados no processo de lavagem
	Controle do armazenamento das rouparias limpas
FATURAMENTO	Manutenção de várias versões de tabelas do sistema, em especial da tabela de procedimentos.
	Geração de faturamento SUS integrado com todos os módulos
	Controle GLOSAS SUS
	Digitação "on-line" de taxas e serviços
	Posição diária do Faturamento

	Emissão de Faturas via meio magnético de acordo com regras SUS
	Total integração com sistema de Internação, Ambulatório e Pronto Socorro utilizando a mesma base de dados dos pacientes.
	Rotinas de críticas - faturamento SUS.
	Possibilitar ao faturista uma intervenção direta nas crítica apontadas pelo sistema.
	Controle de produção analítica
	Geração dos arquivos do Datasus
	Geração do BPA (consolidado e individualizado)
	Geração da APAC Magnética

Infraestrutura

A gerência de infraestrutura terá suporte técnico no local objetivando garantir o funcionamento ininterrupto da rede, e serviços solicitados de manutenção preventiva corretiva: instalação e configuração de computadores desktop(estações de trabalho), notebook, plams entre outros dispositivos eletrônicos disponível para uso assistencial e administrativo da unidade de saúde.

A equipe interna que atuará na unidade tem por fundamento principal a Manutenção em Infraestrutura Tecnológica: Atividades de gestão em ambientes de sustentação tecnológica, como ativos de rede de dados e elétrica, servidores, switches, plataformas computacionais (sistemas operacionais, sistemas de segurança da informação, sistemas gerenciadores de bancos de dados, sistemas gerenciadores de aplicação e de virtualização) e suporte técnico.

A equipe de suporte fornecerá o suporte 24 horas para que não aja perda nas atividades e capacitação de usuários, envolvendo atividades relacionadas ao treinamento e capacitação de usuários na utilização dos sistemas diversos e principalmente do MV Soul, como a

elaboração de programa e material didático, produção de conteúdo, elaboração de vídeos de treinamento e realização de treinamento nas instalações, mantendo o banco de conhecimento criado no período da implantação.

O suporte nível 2 irá apoiar atividades de análise de suporte de redes e segurança da informação – serviços de análise de suporte, para administração de rede de computadores e segurança e integridade das informações, envolvendo: serviços de análise de suporte, para administração de sistemas operacionais Linux, Windows e serviços de diretório, inclusive Microsoft Active Directory, administração de sistemas operacionais em equipamentos de grande médio porte, administração e gerenciaento de antivírus, firewall, roteadores, com vistas a evoluir e manter a continuidade dos serviços de infraestrutura em operação dentro de parâmetros estabelecidos, considerando o alinhamento com as necessidades de negócio e estratégias de TI.

Contemplando também serviços de procedimentos operacionais, apoio na configuração de perfis de usuários e controle de acesso à rede de comunicação de dados e na utilização de recursos de informática, estações de trabalho, software básico, aplicativos, sistemas internos, atendimento de usuários, abertura de chamados técnicos via aplicações ou intranet, instalação e manutenção de rede lógica de dados.

A gerência de suporte promoverá análise e implementação de políticas de segurança, testes de penetração, scan de vulnerabilidades de servidores e serviços, implementação e configuração de firewalls, análise de ataques, liberações de regras de firewall/nat, Backup de servidores, restauração e rotinas de backup, homologação de servidores, políticas de acesso a sites, Instalação e configuração de antivírus, vpn.

POLÍTICA INSTITUCIONAL

Segurança da Informação, tem como objetivo geral fixar diretrizes para a utilização com segurança e consistência dos serviços e ferramentas de informática, permitindo a rastreabilidade das informações vinculada a organização, em consonância já utilizada pelo sistema de gestão hospitalar MV-SOUL e Secretaria Estadual de Saúde.

A gerência de suporte fará implementação de políticas de segurança da informação, tratará da aplicabilidade da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) e Compliance Digital.

A LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS LGPD

A Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD – Lei nº 13.709/2018) foi promulgada para proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e a livre formação da

personalidade de cada indivíduo. Essa Lei versa sobre o tratamento de dados pessoais, dispostos em meio físico ou digital, feito por pessoa física ou jurídica de direito público ou privado e engloba um amplo conjunto de operações efetuadas em meios manuais ou digitais.

No âmbito da LGPD, o tratamento dos dados pessoais pode ser realizado por dois "agentes de tratamento", o Controlador e o Operador:

- • O Controlador é definido pela Lei como a pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, a quem competem as decisões referentes ao tratamento de dados pessoais. No âmbito da Administração Pública, o Controlador será a pessoa jurídica do órgão ou entidade pública sujeita à Lei, representada pela autoridade imbuída de adotar as decisões acerca do tratamento de tais dados.
- • O Operador é a pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, que realiza o tratamento de dados pessoais em nome do controlador, aí incluídos agentes públicos no sentido amplo que exerçam tal função, bem como pessoas jurídicas diversas daquela representada pelo Controlador, que exerçam atividade de tratamento no âmbito de contrato ou instrumento congênere.

Considera-se "tratamento de dados" qualquer atividade que utilize um dado pessoal na execução da sua operação, como, por exemplo: coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração. Essas operações de tratamento são destacadas a seguir:

- ACESSO - ato de ingressar, transitar, conhecer ou consultar a informação, bem como possibilidade de usar os ativos de informação de um órgão ou entidade, observada eventual restrição que se aplique;
- ARMAZENAMENTO - ação ou resultado de manter ou conservar em repositório u dado;
- ARQUIVAMENTO - ato ou efeito de manter registrado um dado embora já tenha perdido a validade ou esgotado a sua vigência;
- AVALIAÇÃO - analisar o dado com o objetivo de produzir informação; CLASSIFICAÇÃO - maneira de ordenar os dados conforme algum critério estabelecido;
- COLETA - recolhimento de dados com finalidade específica;
- COMUNICAÇÃO - transmitir informações pertinentes a políticas de ação sobre os dados;
- CONTROLE - ação ou poder de regular, determinar ou monitorar as ações sobre o dado;
- DIFUSÃO - ato ou efeito de divulgação, propagação, multiplicação dos dados;
- DISTRIBUIÇÃO - ato ou efeito de dispor de dados de acordo com algum critério estabelecido;

- ELIMINAÇÃO - ato ou efeito de excluir ou destruir dado do repositório;
- EXTRAÇÃO - ato de copiar ou retirar dados do repositório em que se encontrava;
- MODIFICAÇÃO - ato ou efeito de alteração do dado;
- PROCESSAMENTO - ato ou efeito de processar dados visando organizá-los para obtenção de um resultado determinado;
- PRODUÇÃO - criação de bens e de serviços a partir do tratamento de dados;
- RECEPÇÃO - ato de receber os dados ao final da transmissão;
- REPRODUÇÃO - cópia de dado preexistente obtido por meio de qualquer processo;
- TRANSFERÊNCIA - mudança de dados de uma área de armazenamento para outra, ou para terceiro;
- TRANSMISSÃO - movimentação de dados entre dois pontos por meio de dispositivos elétricos, eletrônicos, telegráficos, telefônicos, radioelétricos, pneumáticos, etc.;
- UTILIZAÇÃO - ato ou efeito do aproveitamento dos dados.

O Instituto CEM irá implantar com observância a todas as operações necessárias para fiel cumprimento do objetivo da LGPD dentro da unidade hospitalar administrada, para isso o Instituto CEM contará com a equipe de tecnologia da informação também em com , jurídico e Compliance também em consonância com a Secretaria Estadual de Saúde,para garantir o comprimento das boas praticas de acesso a informação no acesso a rede de dados da unidade e no acesso ao sistema de gestão hospitalar MV SOUL.

A proteção das informações da unidade de saúde e da organização social está fundamentado nos seguintes princípios e aspectos:

- PRIVACIDADE: Garantia que o tratamento de dados será realizado preservando o sigilo destes, as permissões dadas pelo titular e seus melhores interesses, relacionando-se a intimidade do titular
- AUTODETERMINAÇÃO INFORMATIVA: Respeito ao direito de o titular controlar o acesso aos seus dados pessoais
- DADOS PESSOAIS: São elementos que permitem a identificação de uma pessoa ou a ela estão vinculadas
- DADOS PESSOAIS SENSÍVEIS: São os dados pessoais sobre origem racial ou étnica, convicção religiosa, opinião política, filiação a sindicato ou a organização de caráter religioso, filosófico ou político, dado referente à saúde ou à vida sexual, dado genético ou biométrico
- Confidencialidade: Toda informação deve ser protegida de acordo com o grau de sigilo de seu conteúdo, visando a limitação de seu acesso e uso apenas às pessoas autorizadas; incluindo meios para garantir a privacidade e a proteção de informações proprietárias;
- Integridade: Toda informação deve ser mantida na mesma condição em que foi disponibilizada pelo seu proprietário, visando protegê-la contra alterações indevidas, intencionais ou acidentais;

- Disponibilidade: Toda informação deve estar disponível aos seus usuários de forma oportuna e confiável;
- Autenticidade: Toda informação trocada tem garantia da identidade de usuário ou sistema de informações com o qual se vai estabelecer comunicação (ser autêntico, ser quem diz ser);
- Conformidade: Toda informação deve cumprir obrigações empresariais com stakeholders e com aspectos legais e regulatórios relacionados à administração empresarial, dentro de princípios éticos e de conduta estabelecidos com a alta direção;

CONTROLE DE ACESSO

O controle de acesso físico ou lógico tem como objetivo, proteger equipamentos, aplicativos e arquivos de dados contra perda, modificação ou divulgação não autorizada, feitas por pessoas ou outros programas de computadores não autorizados. Os sistemas de computadores, bem diferentes de outros tipos de recursos, não podem ser facilmente controlados apenas com dispositivo físico, como cadeados, alarmes ou guardas de segurança. Dessa forma, esta proteção é feita de duas maneiras: a partir do recurso computacional que se quer proteger e a partir do usuário a quem serão concedidos certos privilégios e acessos aos recursos.

A proteção aos recursos computacionais baseia-se nas necessidades de acesso de cada usuário.

- Detalhamento das normativas principais de segurança da informação:
- Todos os colaboradores são responsáveis pelas informações;
- Todos os documentos são informações de uso exclusivo da unidade hospitalar e é considerado segredo de negócio, assim sendo, não é permitida a divulgação, utilização, ou gravação sem a permissão por escrito da unidade hospitalar e organização social;
- Os meios eletrônicos, como e-mail, devem ser de uso exclusivo para assuntos da unidade ou organização social;
- Não é permitida a instalação de softwares não autorizados e não licenciados;
- Não é permitida a instalação de hardware não autorizado;
- Não é permitida a instalação de aplicativos não autorizado;
- O Setor de Tecnologia da Informação será o responsável pelas definições das políticas de acesso, pelo armazenamento de dados e informações da unidade;
- Os códigos de acessos nos sistemas da unidade hospitalar são de uso pessoal e intransferível. A má utilização ou divulgação é considerada passível de aplicação de medidas disciplinares;
- É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário;

Monitoramento da informatização é feito, normalmente, através de registros de log, trilhas de auditoria ou outros mecanismos capazes de detectar invasão. Esse monitoramento é essencial à equipe de segurança de informação, já que é praticamente impossível eliminar por completo todos os riscos de invasão por meio da identificação e autenticação de usuário:

- Apenas os usuários autorizados tenham acesso aos recursos;
- Os usuários tenham acesso apenas a recursos realmente necessários para a execução de suas tarefas;
- O acesso a recursos críticos seja bem monitorado e restrito a poucas pessoas;
- Os usuários estejam impedidos de executar transações incompatíveis com sua função ou além de suas responsabilidades;

A segurança e consistência da informação visam garantir a integridade, confidencialidade, autenticidade e disponibilidade das informações processadas pela unidade de saúde.

- O acesso à rede com computadores pelo usuário só poderá ser efetuado exclusivamente para fins profissionais e como ferramenta de trabalho, não se prestando a assuntos pessoais (felicitações, recados, etc) ou para atividades particulares, como, por exemplo, atividades acadêmicas, jogos, entretenimento, etc.
- A mesma disciplina vale para o acesso à internet, que, igualmente, deverá ser utilizada de forma racionalizada (observar sempre: os horários de melhor acesso; permanecendo conectado o menor tempo possível, efetuar pesquisas de forma objetiva, indo diretamente no assunto) e destinado a atender exclusivamente as necessidades profissionais.
- É proibido o acesso a qualquer site não relacionado com a atividade profissional do usuário, como, por exemplo, de conteúdos pornográficos, páginas de lazer e outras (esporte, culinária, horóscopos, etc), Chat ("salas" de conversação), serviços de Webmail (hotmail, uol, etc.), bem como a qualquer serviço de correio eletrônico, para recebimento de comunicações indevidas.
- É proibido o envio de e-mails que não sejam relacionados às atividades profissionais, principalmente que contenham conteúdos pornográficos, piadas, correntes, etc. Em caso de recebimento de um e-mail nessas condições, solicite ao seu emissor que não mais lhe envie mensagens dessa natureza. Caso o emissor não respeite o seu pedido, solicite ou setor de TI o bloqueio do endereço específico;
- Não poderá ser assinada lista de serviços ou assinaturas existentes na internet que não tenham relação direta com a atividade profissional do usuário;
- Em hipótese alguma, as informações relativas ao negócio da unidade hospitalar, incluindo, mas não se limitando a arquivos, programas, em especial aquelas ligadas às atividades financeiras, técnicas, comerciais, senhas, nomes de usuários ou outra informação relacionada à rede de comunicação, devem ser trocadas através da internet com destinatários não autorizados, amenos que tenha sido aprovado expressamente pela Alta Direção;
- Cada login e senha de usuário é criada de forma individual de acordo com permissões específicas de acesso, Nenhuma senha deve ser fornecida ou divulgada a qualquer pessoa, colaborador da organização ou não, por qualquer razão;
- Todos os softwares e sistemas utilizados na organização para acesso a rede de computadores deverão ser liberados de acordo com as condições estabelecidas pelos proprietários dos direitos autorais e comercialização;

- Nenhum usuário poderá instalar, desinstalar, duplicar, efetuar cópias, alterar a configuração, fazer upgrade, baixar da internet (download) qualquer software, seja qual for sua natureza ou categoria (papel de parede, protetor de tela, etc.), ainda que distribuído gratuitamente (freeware ou shareware), em relação aos microcomputadores pertencentes a organização, exceto se expressamente autorizado pelo responsável técnico competente;
- Todos os microcomputadores devem ser protegidos pelo antivírus padrão definido pela área de Tecnologia. Os usuários colaboradores não poderão desabilitar ou remover o antivírus de seus respectivos microcomputadores, ou quaisquer outros sistemas, softwares pacotes instalados pela equipe de TI da unidade;
- Os endereços e sites visitados na internet por qualquer computador interligado à rede de computadores da organização ficam registrados no servidor, possibilitando a identificação e demais dados (horário, tempo de conexão, etc.) do usuário que efetuou o acesso;
- Na situação de alguma senha esquecida, comprometida ou tomada inútil de algum outra forma, o colaborador deverá entrar imediatamente em contato com o setor de TI;
- O acesso físico a sala dos servidores somente poderá ser feita pelos colaboradores do setor TI ou acompanhado por eles;

EQUIPE

A equipe técnica será composta de 08 (oito) profissionais de suporte de infraestrutura conforme o abaixo descrito:

1) 01 (um) - Coordenador;
2) 02 (dois) – Analistas de segunda a sexta das 08:00 às 18:00 horas;
3) 01 (um) – Técnico diarista de segunda a sexta das 08:00 as 18:00 horas
4) 02 (dois) - Técnicos plantonistas com revezamento (12x36) das 07:00 19:00;
5) 02 (dois) - Técnicos plantonistas com revezamento (12x36) das 19:00 às 07:00;

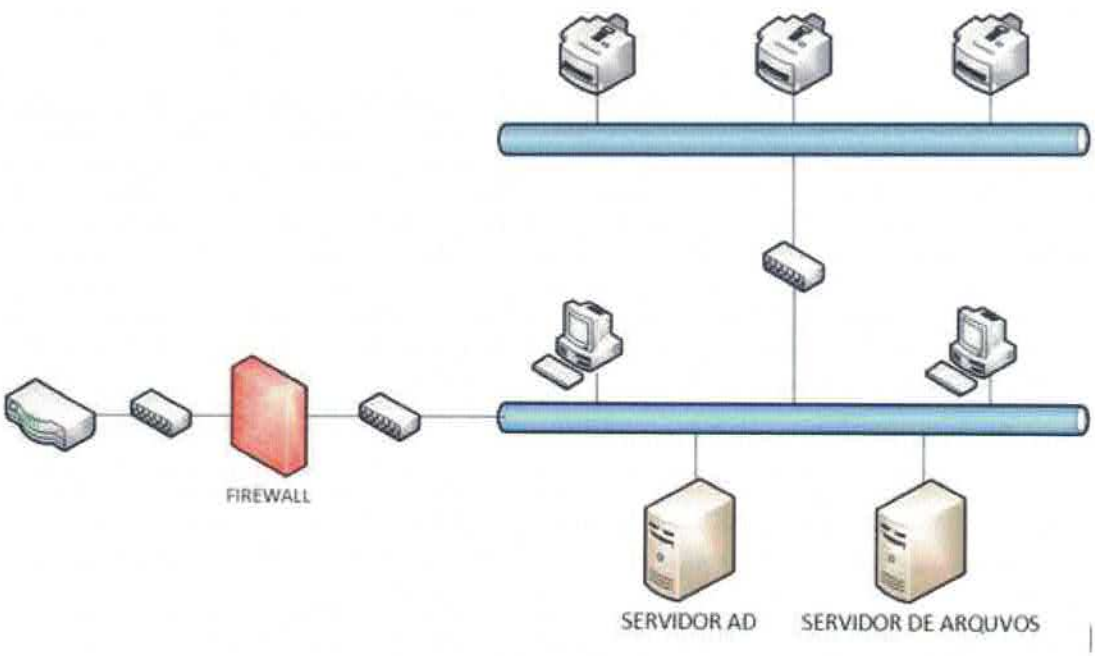
PERFIL PROFISSIONAL DA EQUIPE TÉCNICA:

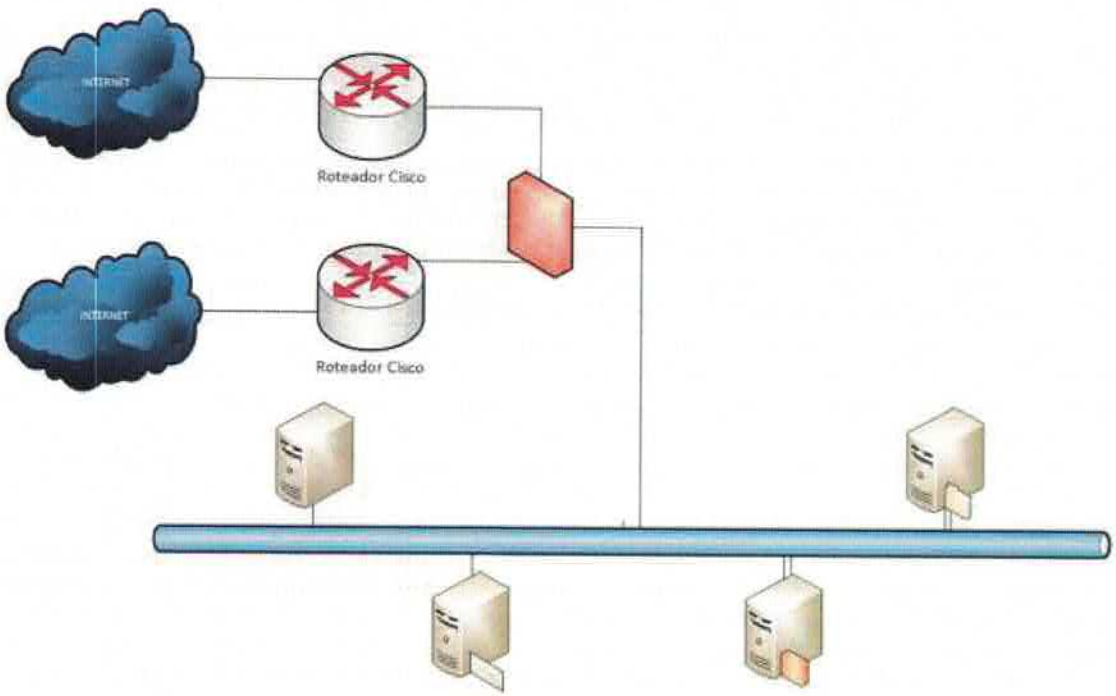
- Coordenador – Experiência comprovada de no mínimo 5 anos em gerenciamento de projetos relacionados ao processo de manutenção de sistemas e ter gerenciado pelo menos três projetos de manutenção ou desenvolvimento de sistemas de médio porte. Conhecimentos em Sistemas Operacionais Windows, Linux e MacOS, conhecimento operacional, parâmetros e fluxo em sistemas de gestão hospitalar; Inglês Técnico; conhecimento dos princípios sobre arquitetura de rede, sistemas operacionais, sistemas gerenciadores de banco de dados, sistemas de segurança e datacenters; conhecimento dos princípios que regem a Gerência de Projetos (PMBoK);
- Analista de suporte/Infraestrutura- Nível de formação superior em analises de sistemas ou Redes de informação ou Ciência da Computação ou áreas afins,

experiencia de no minimo 05 (cinco) anos como analista de sistema com conhecientos comprovado em gerenciamento de redes, gerenciamento firewall, configuração de servidores (AD), configuração de servidores de impressão, configuração de VPN, configuração e gerenciamento em serviços de backups.

- Técnico de Suporte - Nível de formação superior completo na área de tecnologia da informação, experiência comprovada por atestado e/ou treinamento certificado de no mínimo 5 (cinco) anos em análise de suporte de rede de computadores, com conhecimento comprovado de redes Linux e Windows Server.

MODELO CONCEITUAL DE REDE ETHERNET





Integrações/Indicadores E Inovações

A qualidade das políticas de saúde – quer na sua definição, quer na execução, quer ainda no acompanhamento e no monitoramento – é função direta da qualidade da informação que as ampara. Daí a importância cada vez maior de integrar a informação, de mapear com precisão as necessidades e de prover um subsídio informacional correto para sustentar os gestores, em especial aqueles que tomam as decisões de caráter mais estratégico.

Todo esse contexto torna muito relevante para o conjunto hospitalar – e para a área de registros dos pacientes, em especial – a apropriação e o aculturamento com novas tecnologias de concentração de dados e informações, já amplamente utilizada no mundo organizacional.

Propomos a implantação do painel de indicadores e informações assim composto, juntamente com a adequada utilização das ferramentas tecnicamente associadas a esse ambiente informacional do MV Soul, permitindo um substantivo avanço na qualidade da atenção à saúde; além de possibilitar, com algumas ações associadas, um nível ainda mais significativo de transparência na divulgação de informações para os órgãos fiscalizadores e para o grande público, constituindo-se em ferramenta inovadora de participação até mesmo da sociedade, com impactos relevantes sobre as questões de equidade e qualidade do atendimento.

O modelo geral que orienta este componente da solução é o conceito de armazém de dados (*datawarehouse*), um depósito de informações devidamente estruturadas, alimentado a partir da coleta de dados nos sistemas que operam atividades-chave de diferentes áreas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Este armazém de dados será modelado de forma a prover mecanismos de consulta apropriados para acompanhamento operacional, tático e estratégico do Instituto CEM.

Dessa forma, ter-se-á um sistema modelado para permitir o acompanhamento histórico de informações, que irá permitir análise de dados e a composição de indicadores apurados a partir dos dados operacionais com métricas pré-estabelecidas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

Os serviços a serem prestados irão abranger:

- Definição e proposição de metodologia para desenvolvimento de projeto de DataWarehouse controle de Metas;
- Disponibilização de consultores com expertise em projetos de gestão hospitalar e conhecimento em MV Soul e do barramento da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, bem como atividades correlatas de consultoria em projetos de DataWarehouse;
- Levantamento de requisitos para geração dos indicadores de desempenho em saúde e controle de custos e financeiro, ajustados as demandas da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás;
- Detalhamento conceitual dos contextos de análise;
- Levantamento e definição dos sistemas-fonte de informação para carga do Data Warehouse. Entre essas fontes, deverão constar o Sistema MV Soul, Sistema Custos Planisa e o Sistema SIPEF, além de outras fontes indicadas pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, como por exemplo, o DATASUS, Sistema VISA, etc;
- Implementação de processos de ETL (Extração-Transformação-Carga), afim de compor os dados em aplicação própria do Instituto CEM garantidoras de controle de metas e auditoria da estatística;

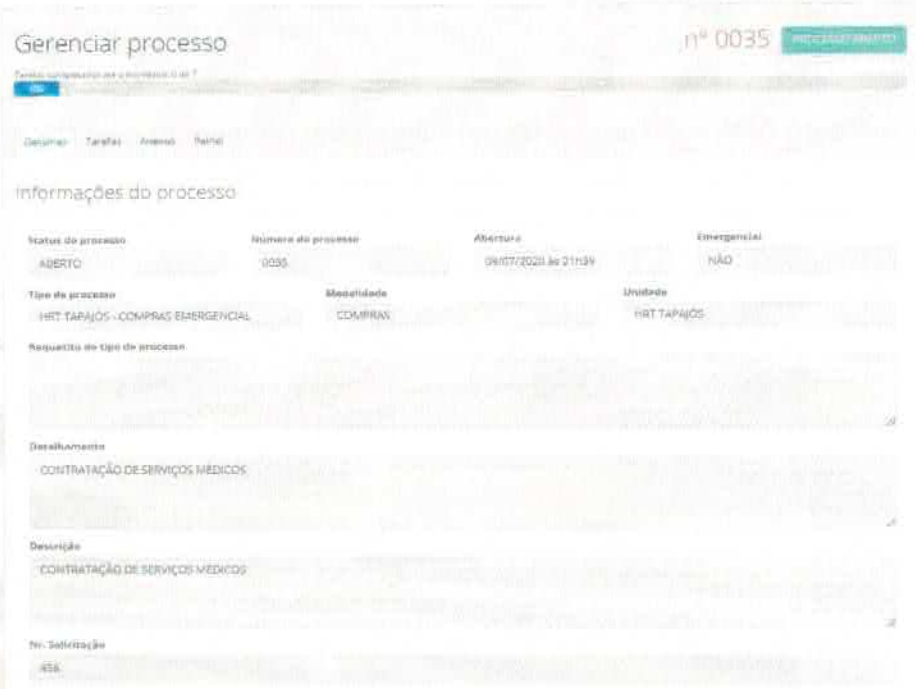
Os indicares serão reunidos em uma base local da unidade afim de análise e auditoria de dados consolidando base única de resultados para gestão de transferência de dados para a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

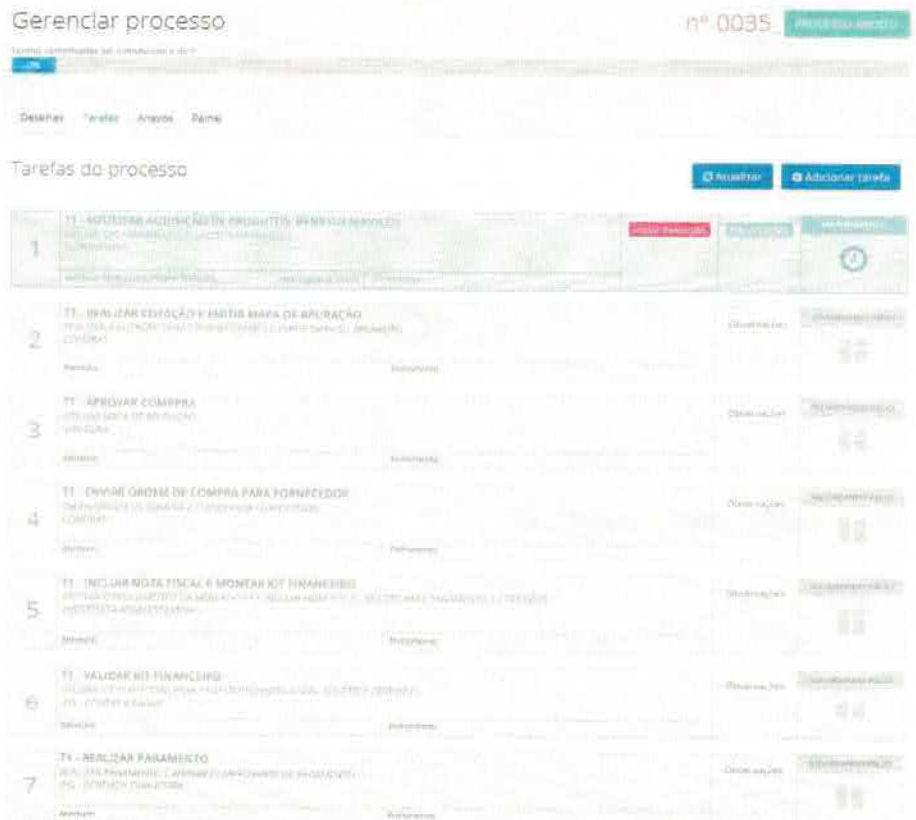
A avaliação e publicação de transparência e site com domínio da unidade de saúde devem ser entendidos como processos que envolvem a coleta, processamento, análise sistemática, crítica e periódica das informações; assim como os indicadores de saúde pré-selecionados com o objetivo de observar se as atividades e ações estão sendo executadas e os resultados alcançados conforme as obrigações contratuais e planejamento, tanto sob a ótica Financeira-Contábil, como Assistencial.

SISTEMA DE GERENCIAMENTO DE DOCUMENTOS E PROCESSOS

A organização e sequenciamento de atividades será feita por sistema próprio de Gestão de Processos nos moldes real-time web, correspondente a inovação do Instituto CEM em contratar de forma sistemática e automatizada os fluxos de trabalho e o workflow de tarefas, com as seguintes características:

- Detalhamento separado por objetivo do processo;
- Tarefas e Sub-tarefas;
- Número sequencial;
- Tipo do processo;
- Área de processo;
- Data do processo;
- Data da Tarefa;
- Número da Solicitação;
- Unidade;
- Status do processo;
- Período de Execução (SLA);
- Assinatura Digital;
- Sequenciamento de Atividades;
- Digitalização e Arquivamentos de Documentos;
- Sigilo com Login e Senha (criptografada)
- Backup Redundante em Nuvem


Gerenciar processo
nº 0035
Informações do processo
Status do processo
ABERTO
Número do processo
0035
Abertura
09/07/2021 às 21:39
Emergencial
NÃO
Tipo do processo
HRT TAPAJÓS - COMPRAS EMERGENCIAL
Modalidade
COMPRAS
Unidade
HRT TAPAJÓS
Requisito do tipo de processo
Detalhamento
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
Descrição
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
Nr. Solicitação
456


Gerenciar processo
nº 0035
Detalhes
Tarefas
Anexos
Painel
Tarefas do processo
Recalcular
Adicionar tarefa
1
2
T2 - REALIZAR COTAÇÃO E EMITIR MAPA DE APURAÇÃO
3
T3 - APROVAR COMPRA
4
T4 - ENVIAR ORDEM DE COMPRA PARA FORNECEDOR
5
T5 - INCLUIR NOTA FISCAL E MONTAR KIT FINANCEIRO
6
T6 - VALIDAR KIT FINANCEIRO
7
T7 - REALIZAR PAGAMENTO

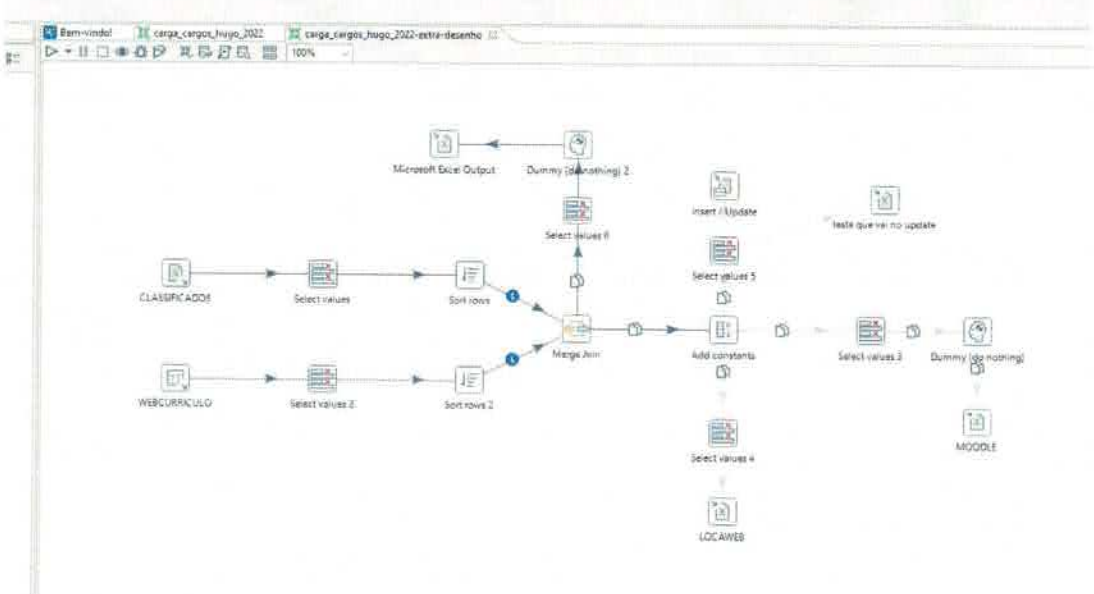
TECNOLOGIA E RH

O Instituto CEM criou um portal para admissão totalmente digital – **PROJETO RH DIGTAL**, visando atender grandes demandas de inscrições em processos seletivos com alto grau de divulgação e procura.

O portal conta com tratamento de dados, carga de notas e informações de pontos baseado no desenho do Edital de Processo Seletivo, após a carga é utilizado o princípio de Inteligência Artificial (IA) é uma das tecnologias primordiais para o RH, já que colabora para a resolução de grandes desafios da área.

Todo o processo de seleção é digitalmente configurável bem como a aplicação de provas on-line e suas resolutividades

Processamento de Informações com Ferramenta de BI Pentaho Solutions e Pentaho Data Integration

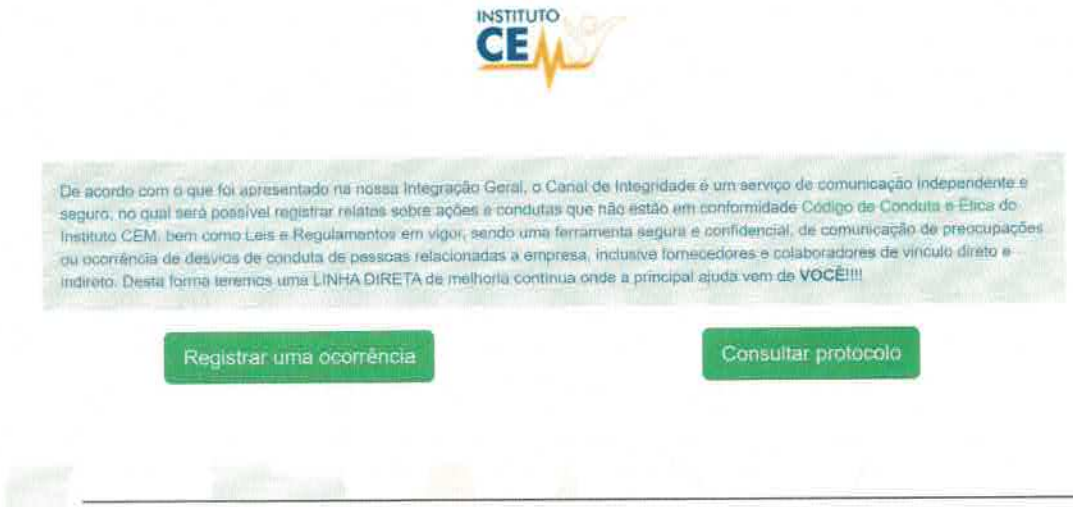


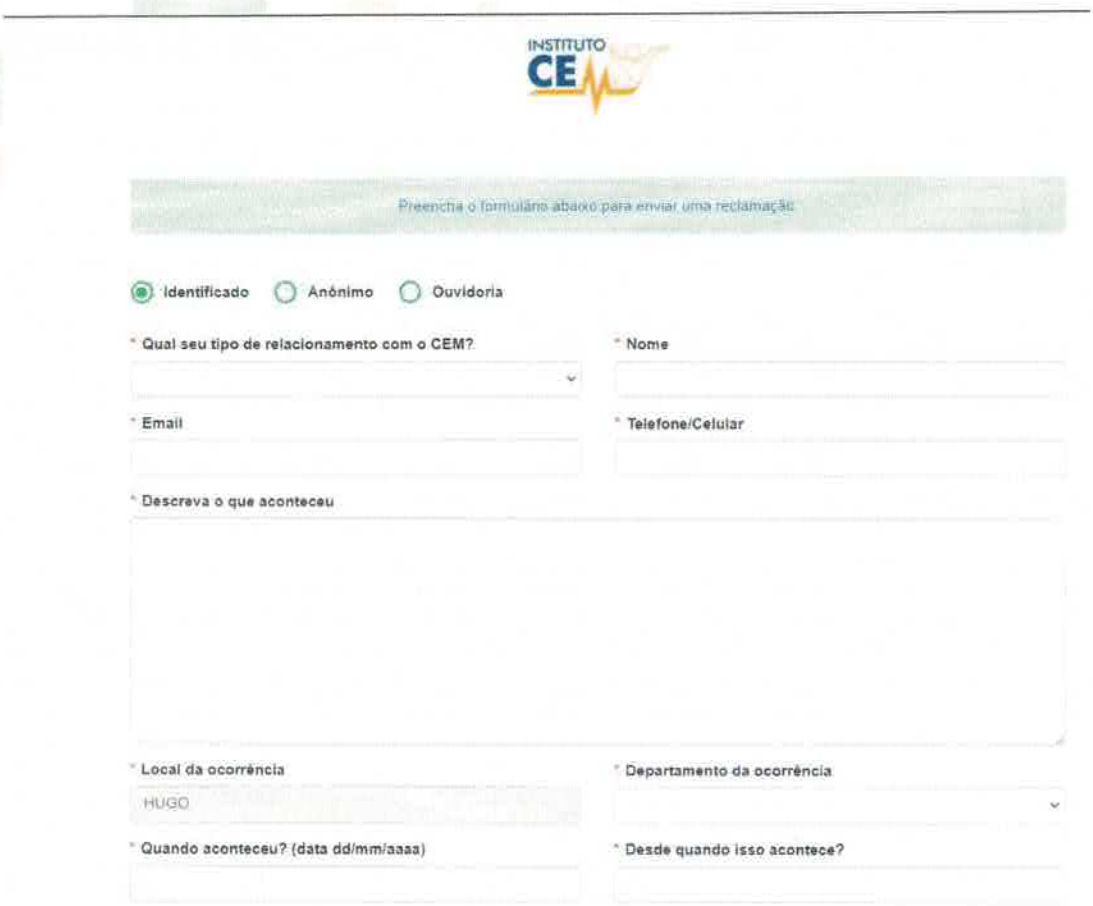
PROCESSO DE APLICAÇÃO DE PROVAS

PROVAS OBJETIVAS DIGITAL E NOTAS AUTOMATIZADAS

A CRIAÇÃO DO PORTAL INTEGRIDADE

Sistema responsável por armazenar ocorrências para cumprimento efetivo de regras determinadas no CÓDIGO DE CONDUTA ÉTICA do Instituto CEM

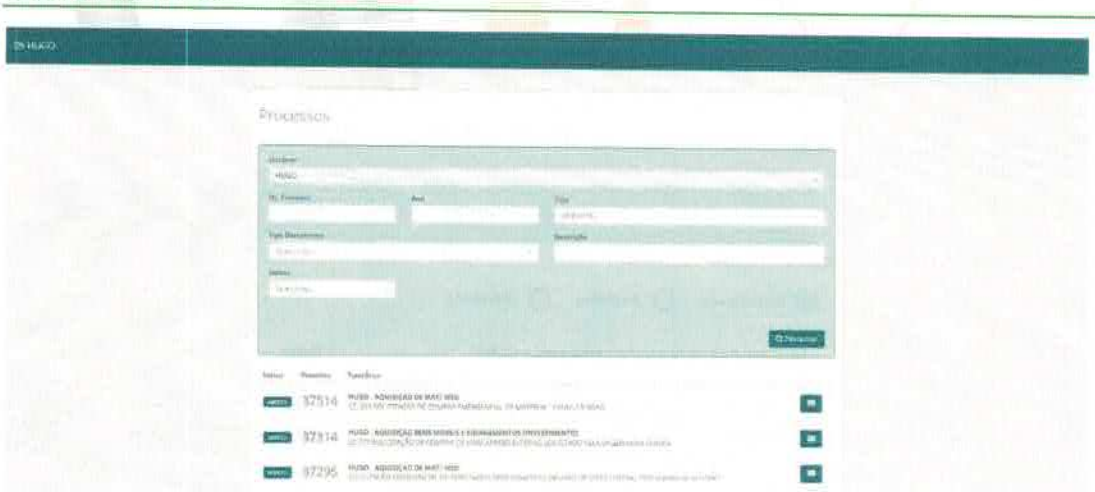




SISTEMA DE PROCESSO DOCCEM

Nova versão com links de assinaturas de documentos, facilitando agilidade em todos os processos e documentos

NOVA PAGINA DE TRANSPARÊNCIA, ATOS CONVOCATÓRIOS CONTRATOS



SITES

Todos os sites de unidades são adaptados no layout do CONTRATANTE, sendo a identidade visual preservada.

4.6 Regimento Interno Do Corpo Clínico

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	GERÊNCIA MÉDICA		
	REGIMENTO		
	CORPO CLÍNICO		
	REG.GMED.001	Revisão: 02	Vigência: 15/05/2025

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Artigo 1º - A finalidade do presente regimento é a normatização do relacionamento entre os profissionais médicos e a instituição de saúde, HOSPITAL ESTADUAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ-HUGO, observadas as Resoluções do Conselho Federal de Medicina nºs 1124/83, 1.342/91, 1.352/92, 1.481/97 e Código de Ética Médica.

CAPÍTULO II

DO OBJETIVO

Artigo 2º - O corpo clínico terá como objetivos, entre outros:

a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos;

b) Assegurar a melhor assistência à clientela da Instituição;

c) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da instituição;

d) Estimular a pesquisa médica;

e) Cooperar com a administração da instituição visando melhoria da assistência prestada;

f) Estabelecer rotinas para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

CAPÍTULO III

DA CONSTITUIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Artigo 3º - O alvo de toda atenção do médico é o doente, em cujo benefício deve ele agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional, uma vez que a figura do paciente se constitui em origem de toda atividade médica e hospitalar.

Parágrafo Único - Será sempre preservada a autonomia profissional de cada médico, ressalvados:

a) As disposições administrativas deste Regimento Interno e as eventuais portarias regulamentares baixadas pela Direção Clínica;

b) Os preceitos de moral ética conceituados no Código de Ética Médica, em especial os referentes às relações de médico para médico.

Artigo 4º - O Corpo Clínico é composto por médicos que nele trabalham habitualmente e que foram aprovados pela Diretoria Clínica e referendados pela Superintendência da Unidade Gestora.

Artigo 5º - O Corpo Clínico será constituído pelos seguintes grupos de profissionais:

a) Efetivos

b) Contratados

c) Consultores

d) Residentes

e) Plantonistas

f) Externos

g) Eventual

Artigo 6º - São médicos efetivos aqueles que possuam funções definidas em qualquer dos serviços médicos da Instituição, satisfeitas as condições de admissão.

Parágrafo Único - O número de médicos efetivos será determinado pelo Corpo Clínico da instituição, observando as possibilidades de funcionamento regular dos diversos serviços depois de aprovado pela Superintendência.

Artigo 7º - São membros contratados os profissionais admitidos pela Superintendência, por indicação da Diretoria Clínica e Diretor técnico, de acordo com a legislação trabalhista em vigor e as normas previstas neste Regimento Interno.

Artigo 8º - São consultores os profissionais de reconhecida capacidade que aceitem colaborar, quando solicitados, com o Corpo Clínico na forma deste Regimento Interno.

Artigo 9º - São residentes os profissionais vinculados à programação de ensino e treinamento mantida pelo Hospital em convênio com faculdade de medicina.

Artigo 10 - Embora não pertença ao Corpo Clínico o médico poderá internar seus pacientes em obediência à determinação do artigo 25 do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº. 1246/88).

CAPÍTULO IV

DA ADMISSÃO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 11- O pretendente a ingressar no Corpo Clínico deverá dirigir-se ao Médico Coordenador da área, Diretor Clínico, Diretor Técnico ou à Superintendência com requerimento neste sentido. O candidato apresentará à Instituição os documentos solicitados, que deverão ser enviados por e-mail ou entregues pessoalmente à secretária da Superintendência. Após a entrega, esses documentos serão validados pelo Coordenador da área, pela Superintendente e pelo Diretor Técnico. Os documentos para admissão são:

a) Currículo atualizado;

b) Cópia de seu diploma de médico registrado e reconhecido pelo MEC (frente e verso d diploma);

c) Cópia do certificado do Título de Especialista (frente e verso);

d) Cópia do certificado de Residência Médica (frente e verso), na especialidade indicada pelo candidato;

e) Cópias de certificados de cursos, se houver;

f) Cópia dos documentos pessoais (RG, CPF e comprovante de endereço atualizado);

g) Cópia de sua Carteira Profissional – CRM do Estado de Goiás;

h) Cópia do seu cartão de vacinação atualizado com as vacinas indicadas pela Instituição;

i) Certidão Negativa de Antecedentes Éticos retirada no CREMEGO.

Artigo 12 – Após a entrega da documentação supracitada, será realizada a análise documental e entrevista com o Diretor Técnico, por telefone ou chamada de vídeo.

Artigo 13 - A admissão do médico é avaliada pelo Coordenador médico da área, pela Superintendência e pelo Diretor Técnico do Hospital, porém o Conselho terá poder de decisão sobre o caso, para se evitar prevalecer interesse pessoal do médico efetivo.

Artigo 14 – O Hospital de Urgências de Goiás manterá arquivo de todos os documentos em pasta individual para cada médico no sistema de Gestão da Instituição.

CAPÍTULO V

DOS ÓRGÃOS DE DIREÇÃO

Artigo 15 - O Corpo Clínico da Instituição possui os seguintes órgãos de direção:

a) Assembleia Geral

b) Diretoria Clínica

c) Diretoria Técnica

d) Comissão de Ética Médica

e) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

f) Comissão de Revisão de Prontuários Médicos

g) Comissão de Revisão de Óbito

h) Núcleo de Segurança do Paciente

TÍTULO I

DA ASSEMBLÉIA GERAL

Artigo 16 - A Assembleia Geral é integrada por todos os médicos do Corpo Clínico.

Artigo 17 - A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Clínico ou seu substituto legal e na ausência deste, por um dos membros presentes indicado pela maioria.

Parágrafo Único - O Presidente da Assembleia solicitará a um dos membros presentes que exerça as funções de Secretário.

Artigo 18 - A Assembleia Geral reunir-se-á em modalidade ordinária anualmente, ou extraordinariamente quando requerida por 1/3 dos membros do Corpo Clínico, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º. - As Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias serão realizadas em primeira convocação com 2/3 dos componentes do Corpo Clínico e com qualquer número em segunda convocação, meia hora depois.

§ 2º. - As resoluções da Assembleia Geral de Corpo Clínico serão tomadas por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

§ 3º. - As votações poderão ser secretas e não serão permitidos votos por procuração.

Artigo 19 - Compete a Assembleia Geral:

a) Fixar a orientação geral superior para exercício da Medicina na Instituição, observadas as disposições legais vigentes;

b) Eleger o Diretor e o Vice-Diretor Clínico por votação direta e secreta;

c) Eleger os membros da Comissão de Ética Médica por votação secreta;

d) Dirimir dúvidas suscitadas pela orientação dada pela Diretoria Clínica ou conflitos de atribuições desses órgãos uns em relação aos outros;

e) Comunicar às autoridades do estabelecimento, através do Diretor Clínico, a orientação superior aprovada para solução dos problemas éticos ou técnicos;

f) Pela maioria de 2/3 da totalidade dos membros propor à Superintendência a exclusão do Hospital de qualquer médico pertencente ao Corpo Clínico;

g) Destituir pela maioria absoluta dos membros do Corpo Clínico qualquer integrante da Diretoria Clínica, em reunião especialmente convocada. Tal destituição de qualquer membro será proposta por infração administrativa a partir de sindicância onde será resguardado amplo direito de defesa do envolvido.

TÍTULO II

DA DIRETORIA CLÍNICA

Artigo 20 - A Diretoria Clínica do Corpo Clínico da Instituição é composta de:

a) Diretor Clínico;

b) Vice-Diretor Clínico.

§ 1º. - O Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico serão eleitos por votação direta e secreta em processo eleitoral especialmente convocado para essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos.

§ 2º. - O mandato da Diretoria e Vice-diretora Clínica será por período de dois anos podendo ocorrer reeleição para um segundo mandato.

Artigo 21 - O membro ou membros eleitos para as vagas dos diretores destituídos ou demissionários exercerão o mandato pelo tempo que faltar aos substituídos.

Artigo 22 - Compete ao Diretor Clínico:

a) Propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;

b) Representar o Corpo Clínico junto à Superintendência da Instituição;

c) Desenvolver o espírito da crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;

d) Permanecer na Instituição no período de maior atividade profissional, fixando horário do seu expediente;

e) Tomar conhecimento, para as providências necessárias de todas as solicitações do Corpo Clínico previstas neste Regimento Interno;

f) Prestar contas de seus atos ao Corpo clínico nas Assembleias Gerais;

g) Executar e fazer executar a orientação dada pela Assembleia do Corpo Clínico em matéria de Medicina ou quanto a assuntos médicos;

h) Esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o Corpo Clínico e a Superintendência, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;

i) Empenhar-se para que os integrantes do Corpo Clínico observem os princípios do Código de Ética Médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna da Instituição e as Resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício da Medicina;

j) Pleitear junto à Superintendência providências e meios adequados à efetuação das medidas aprovadas pela Assembleia Geral do Corpo Clínico, que visem à boa qualidade e eficácia da Medicina praticada na Instituição;

k) Encaminhar à Comissão de Ética Médica consulta relativas a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício da Medicina na Instituição;

l) Apresentar à Superintendência relatório anual das atividades médicas;

m) Cooperar com a Superintendência da Instituição;

n) Presidir as Assembleias Gerais do Corpo Clínico;

o) Transmitir o seu cargo ao Vice-Diretor, em caso de férias, licenças e impedimentos eventuais;

p) Zelar pelos livros de atas e do arquivo do Corpo Clínico;

q) Convocar em tempo hábil e por Edital colocado nos murais as Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias previstas neste Regimento Interno.

r) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.

Artigo 23 - Compete ao Vice-Diretor Clínico auxiliar o Diretor Clínico e substituí-lo na sua ausência e/ou impedimentos.

Artigo 24 - Compete ao Secretário indicado pelo Presidente nas Assembleias Gerais lavrar as Atas, na qualidade de "*ad hoc*".

TÍTULO III

DA DIRETORIA TÉCNICA

Artigo 25 - O cargo de Diretor Técnico será ocupado por membro do Corpo Clínico nomeado pela Superintendência da Instituição, com mandato de dois anos coincidindo com o mandato do Diretor Clínico.

Artigo 26 - Compete ao Diretor Técnico:

a) Cientificar a Superintendência da Instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;

b) Executar e fazer executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa;

c) Representar a Instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigirem as leis em vigor;

d) Reger e coordenar todas as atividades médicas da Instituição, em colaboração com a Comissão de Ética Médica;

e) Dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento, dentro dos princípios da ética médica;

f) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

g) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e dos demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;

h) Designar os Coordenadores de áreas e serviços;

i) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica

TÍTULO IV

DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Artigo 27 – A Comissão de Ética Médica é composta de **3 (três) membros efetivos e 3 (três) membros suplentes** os quais serão eleitos por votação direta e secreta pelos membros efetivos do Corpo Clínico. A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição. Os candidatos a CEM se inscreverão individualmente, junto ao diretor clínico do estabelecimento, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, sendo os nomes destes divulgados por ordem alfabética durante o período de uma semana. O diretor clínico 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.

§ 1º. - A quantidade de membros da Comissão de Ética Médica será definida em conformidade com o artigo 4° da Resolução CFM N° 1.657/02.

§ 2º. - Após a eleição dos membros da Comissão de Ética Médica o resultado será lavrado em ata que será encaminhada ao CREMEGO para homologação. Homologados os resultados, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina.

Artigo 28 – A competência e procedimentos da Comissão de Ética Médica obedecerão ao disposto na Resolução CFM n.º 1.657/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO V

DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Artigo 29 – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por profissionais da saúde pertencentes ao Corpo Clínico e nomeada pela Superintendência da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 30 – A competência e procedimentos da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar obedecerão às normas contidas na Portaria do Ministério da Saúde nº. 2.616, de 12 de maio de 1998, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO VI

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Artigo 31 – A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será composta por médicos oriundos do Corpo Clínico, enfermeiros e demais profissionais da equipe multidisciplinar, sendo nomeada pela Superintendência da Instituição, com mandato de 02 (dois) anos, coincidindo com o da Comissão de Ética Médica.

Artigo 32 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº. 1.638/02, ou por outras que porventura venham a revogá-la ou aditá-la.

TÍTULO VII

DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

Artigo 33 – A Comissão de Revisão de Óbitos será composta por, no mínimo três membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área da saúde indicados pela Direção Técnica da Instituição, com mandato de, no máximo, 30 (trinta) meses.

Artigo 34 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Óbitos obedecerão às normas contidas na Resolução CFM nº 2.171/17 ou por outras que, porventura, venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VI

DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Artigo 35 – O Núcleo de Segurança do Paciente será composta por, no mínimo cinco membros, sendo médico, enfermeiro e outros profissionais da área da saúde indicados pelo Diretor Técnico da Instituição, com mandato de, no máximo, 36 (trinta e seis meses)

Artigo 36 – A competência e procedimentos da Comissão de Revisão de Óbitos obedecerão a RDC 36, ou por outras resoluções que, porventura, venham a revogá-la ou aditá-la.

CAPÍTULO VII

DOS DEPARTAMENTOS E SERVIÇOS

Artigo 37 – A Instituição manterá os departamentos e serviços médicos necessários ao preenchimento de suas finalidades tanto em regime de internação quanto em regime ambulatorial.

Artigo 38 – O serviço médico será constituído dos seguintes setores:

- **a)** Medicina interna;
- **b)** Cirurgia;
- **c)** outros.

Artigo 39 – O setor de medicina interna será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Clínica geral;
- **b)** Cardiologia;
- **c)** Gastroenterologia;
- **d)** Anestesia;
- **e)** Nefrologia;
- **f)** Pneumologia;
- **g)** Infectologia;
- **h)** Endocrinologia;
- **i)** Angiologia;
- **j)** Geriatria e
- **k)** Outros.

Artigo 40 – O setor de cirurgia será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Cirurgia geral;
- **b)** Cirurgia cardíaca;

- **c)** Neurocirurgia;
- **d)** Ortopedia e traumatologia;
- **e)** Cirurgia vascular;
- **f)** Cirurgia torácica;
- **g)** Outros.

Artigo 41 – O setor de serviços auxiliares será constituído pelos seguintes departamentos:

- **a)** Radiologia;
- **b)** Laboratório de análises clínicas;
- **c)** Banco de sangue;
- **d)** Fisioterapia;
- **e)** Pronto Socorro;
- **f)** Odontologia;
- **g)** Fonoaudiologia e;
- **h)** outros.

Artigo 42 – Em qualquer dos setores poderão ser criados outros departamentos ou desdobrados os já existentes quando for julgado conveniente às necessidades da Instituição e ao aperfeiçoamento técnico.

Artigo 43 – Cada departamento será dirigido por um Coordenador.

§ 1º. - Em cada departamento trabalharão tantos assistentes quantos forem julgados necessários pelos seus membros efetivos.

§ 2º. - Em casos de dúvidas, será consultado a Diretoria Técnica.

Artigo 44 – A Diretoria Técnica designará os chefes dos departamentos e serviços dentre os componentes do Corpo Clínico, nas respectivas especialidades, conforme o disposto na letra "b" do artigo 25.

Artigo 45 – Aos Coordenadores dos departamentos e serviços compete:

a) Auxiliar a Diretoria Clínica e Técnica na fiscalização do bom andamento da atividade da Instituição;

b) Supervisionar e orientar os médicos do seu serviço;

c) Organizar o departamento a seu cargo de tal maneira que os pacientes recebam assistência eficiente e imediata;

d) Comparecer diariamente ao departamento e controlar a frequência de seus auxiliares médicos, quando for o caso;

e) Orientar o trabalho dos médicos, tendo, sobretudo em vista a qualidade de assistência prestada e a dedicação às finalidades dos serviços e da Instituição;

f) Elaborar ou determinar a elaboração de prontuário médico de cada paciente de acordo com as normas aprovadas pela Diretoria Técnica, Superintendência e Comissão de Revisão de Prontuários Médicos;

g) Comunicar ao Diretor Técnico as falhas ocorridas, a fim de ser mantida a boa ordem no departamento ou serviço;

h) Cumprir e fazer cumprir os regulamentos da Instituição e do Corpo Clínico, assim como as "Ordens", "Instruções", "Protocolos" e "Procedimentos Operacionais Padrão", emitidos pela Diretoria Técnica e Superintendência;

i) Manter bom relacionamento ético entre os médicos e os funcionários dos departamentos e serviços;

j) Julgar a internação de pacientes dos ambulatórios nas enfermarias do respectivo departamento, selecionando quando necessário, os casos;

k) Responder as tratativas de Notificações ou Manifestações de Ouvidoria, assegurando que a apuração dos fatos aconteça de forma justa e idônea, a fim de que as ações de melhoria nos processos sejam eficazes e efetivas;

l) Comprovar competência técnica específica para atuação como Coordenador Médico de determinada unidade.

Artigo 46 – São direitos dos médicos da Instituição:

a) A autonomia profissional;

b) A decisão sobre a admissão e exclusão de membros do Corpo Clínico, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

c) O acesso à instituição e seus departamentos e serviços;

d) A participação nas assembleias e reuniões;

e) O direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

f) De receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

g) A comunicação de falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;

h) O recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a instituição, quando julgar prejudicados por decisões de qualquer natureza;

i) Receber treinamentos e orientações acerca dos protocolos médicos praticados na Instituição;

j) Ter acesso a este Regimento e suas normas, de forma a conhecer as regras da Instituição.

Artigo 47 – São deveres dos médicos da Instituição:

a) A obediência ao Código de Ética Médica, aos Estatutos e ao Regimento Interno da Instituição;

b) A assistência aos pacientes sob seu cuidado com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;

c) A colaboração com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

d) A participação de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico, conforme Capítulo IV, artigo 11;

e) O cumprimento às normas técnicas e administrativas da Instituição;

f) A elaboração de prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso em qualquer momento;

g) A colaboração com as Comissões específicas da Instituição;

h) A restrição de sua prática às áreas para as quais foi admitido, exceto em emergências.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 48 – O Corpo Clínico reunir-se-á quadrimestralmente sob a presidência do Diretor Clínico para tratar de assuntos relacionados a atividades médicas, melhoria de assistência aos pacientes e de renome da instituição, além de outros assuntos especificados neste Regimento Interno. Em virtude do momento de pandemia pela COVID-19, as reuniões poderão ser realizadas virtualmente.

Parágrafo Único - Na ausência do Diretor Clínico ou de seu substituto legal a reunião será presidida pelo Coordenador de departamento mais antigo presente.

Artigo 49 – As reuniões serão secretariadas por um secretário "*ad hoc*" nomeado entre os membros do Corpo Clínico escolhido pelo Diretor Clínico.

Parágrafo Único – As Resoluções aprovadas e os assuntos discutidos serão registrados em livro apropriado da Diretoria Clínica.

Artigo 50 – As reuniões quadrimestrais do Corpo Clínico obedecerão às seguintes normas:

a) Verificação de presença;

b) Leitura e aprovação da ata da sessão anterior;

c) Expediente;

d) Continuação ou conclusão dos assuntos em discussão aberta;

e) Relatos de comissões do Corpo Clínico;

f) Assuntos de interesse geral que visem o aperfeiçoamento do trabalho médico na Instituição;

g) Comunicações e propostas de qualquer membro do Corpo Clínico;

h) Encerramento.

CAPÍTULO IX

DAS PENALIDADES

Artigo 51 – As transgressões a este Regimento Interno cometidos por médicos, sujeitam os infratores às seguintes penalidades:

a) Advertência verbal pelo Diretor Clínico e/ou Técnico;

b) Censura sigilosa por escrito;

c) Censura pública;

d) Afastamento temporário das atividades profissionais no Corpo Clínico;

e) Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único – Salvo os casos de extrema gravidade que exijam aplicação imediata d penalidade mais rigorosa, a imposição das penalidades obedecerá à gradação acima prevista.

Artigo 52 – Nenhuma penalidade será imposta sem sindicância, assegurando-se ao acusado, o mais amplo direito de defesa.

Parágrafo Único - A aplicação da penalidade constante da letra "e" do artigo 57 somente se aplicará se aprovada pela maioria de 2/3 dos membros do Corpo Clínico reunidos em Assembleia Geral Extraordinária, conforme o artigo 22, letra "g". Esta decisão deverá ser comunicada à Superintendência da Instituição e ao CREMEGO.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Artigo 53 – O presente Regimento Interno revoga os anteriores e começa a vigorar após sua aprovação pela Assembleia Geral Extraordinária da Instituição e consequente registro no CREMEGO.

Artigo 54 – Os casos omissos serão resolvidos pela Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Goiânia/GO, 15 de Maio de 2023.

Roberto Jacob - Diretor Clínico

Roberto Zonta- Diretor Técnico

4.6.1 Proposta Regimento Interno de Plantões Médicos

O presente Regimento Interno destina-se a estabelecer normas para a prestação de serviços de Plantões Médicos.

CAPÍTULO I – DA COMPOSIÇÃO DOS PLANTÕES

ARTIGO 1º. Este regimento se aplica aos médicos, que vierem a exercer atividades de plantonista em serviços do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

Parágrafo Primeiro. O plantão médico presencial caracteriza-se pela prestação de 12 (doze) horas contínuas e ininterruptas de trabalho, nas unidades de abrangência do Hospital.

Parágrafo Segundo. O médico que pretender exercer a atividade de plantonista deverá observar as regras deste Regimento.

Parágrafo Segundo. A não observância do Regimento implicará o afastamento do plantonista em exercício para o semestre seguinte, ocupando o seu lugar outro médico, desde que atenda as normas contidas no presente Regimento Interno e os requisitos exigidos para sua inclusão.

ARTIGO 2º. A equipe de plantonistas que prestará o serviço será elaborada com base nos requisitos e necessidades da unidade de saúde, que informará o número de profissionais necessários, suas especialidades, assim como as condições gerais de prestação dos serviços.

ARTIGO 3º. O serviço de plantão prestado pelo médico será feito obrigatoriamente no recinto do estabelecimento de saúde, de forma presencial, não sendo admitido, em nenhuma hipótese, regime de "prontidão" ou "sobreaviso".

Parágrafo Primeiro. Somente será permitido o afastamento temporário para o acompanhamento de paciente, em caso de emergência. Durante o afastamento do

plantonista, deverá permanecer no serviço o Socorrista ou Plantonista substituto, conforme a situação.

Parágrafo Segundo. Qualquer outro tipo de afastamento fora da hipótese acima é de inteira responsabilidade do plantonista sujeitando-se o mesmo às penalidades cabíveis pela Comissão Técnico-Disciplinar e pelo chefe dos plantões.

ARTIGO 4º. Será admitida a substituição de um determinado plantonista por um colega, obedecendo os critérios do presente Regimento e do Regimento Interno do estabelecimento de saúde, se houver, desde que comunicado previamente o chefe da equipe de plantão.

Parágrafo Primeiro. As trocas, sempre em caráter eventual, deverão ser comunicadas registradas por escrito, em folha de receituário, com anuência dos dois envolvidos, ficando, desta maneira, a responsabilidade do plantão com o colega, respeitando-se o disposto no parágrafo segundo deste ARTIGO.

Parágrafo Segundo. A troca efetuada sem a comunicação conforme estabelecido acima causará problemas administrativos na contabilização da produção mensal, atrasando o pagamento dos honorários devidos e sujeitando o plantonista substituído e substituto às penalidades cabíveis, se necessário.

Parágrafo Terceiro. A comunicação de troca deverá ser feita preferencialmente em até 24 (vinte e quatro) horas antes da realização do plantão, em duas vias, ficando a primeira na recepção do Pronto Atendimento e a segunda, visada pela recepcionista, com médico titular do plantão, para sua conferência e controle.

ARTIGO 5º. Nos casos em que o plantonista faltar sem aviso prévio, por motivo qualquer, o médico plantonista que for chamado a substituí-lo terá direito aos honorários devidos pelo plantão, mesmo que o titular venha a comparecer ao plantão, se o assim quiser.

ARTIGO 6º. Após a 2ª (segunda) ausência sem justificativa, ou com 2 (duas) justificativas não aceitas pela Diretor responsável pelo serviço, o médico plantonista poderá ser destituído do quadro de plantonistas cooperados em atividades no local ou será punido conforme decisão superior.

ARTIGO 7º. É vedado aos plantonistas noturnos terem mais de uma escala de plantão semanal, salvo autorização do chefe dos plantões, em casos excepcionais.

ARTIGO 8º. Os médicos plantonistas que quiserem renunciar aos plantões deverão comunicar, por escrito, num prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes de abandoná-los.

ARTIGO 9º. É permitido pedido de afastamento por doença, viagem ou férias, que ultrapassarem 15 (quinze) dias.

Parágrafo Primeiro. A substituição do plantonista afastado se dará seguindo a sequência dos médicos inscritos.

Parágrafo Segundo. O plantonista que se afastar por mais de 90 (noventa) dias, mediante comprovação, para participar de cursos de especialização, para exercer cargos públicos (eletivo ou não) ou serviço militar, terá seu direito de médico plantonista resguardado quando de seu retorno.

CAPÍTULO II – DAS SANÇÕES

ARTIGO 10º. A infringência de qualquer ARTIGO deste Regimento, além de comportamento técnico, ético ou social inadequado à imagem de respeitabilidade do local onde o serviço está sendo prestado, submeterá o plantonista, a critério da Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital às seguintes sanções:

- advertência por escrito, protocolada ou com aviso de recebimento;
- suspensão das atividades no Pronto Atendimento, por um ano e substituição por outro colega cooperado, atendendo-se o disposto no ARTIGO 8ª e seus Parágrafos;
- eliminação definitiva de quadro de plantonistas e substituição por colega cooperado, após devido processo disciplinar.

Parágrafo Primeiro - O estabelecimento destas sanções ficará a critério da Comissão Técnico Disciplinar do Hospital, atendendo-se os seguintes critérios:

- o fato do infrator ser primário;
- ser reincidente;
- negar-se peremptoriamente a cumprir quaisquer das normas deste Regimento.

Parágrafo Segundo - As reclamações e denúncias realizadas por escrito por parte dos usuários, colegas ou funcionários serão analisadas pela Direção do estabelecimento de saúde que, após ouvir o chefe da equipe, poderá formalizar uma denúncia contra o plantonista à Comissão Técnico-Disciplinar do Hospital para apurar a culpabilidade do mesmo e aplicação das sanções acima previstas.

CAPÍTULO IV – DAS INCUMBÊNCIAS

ARTIGO 11º. Os plantonistas deverão cumprir rigorosamente o Regimento Interno do estabelecimento de saúde onde está sendo prestado o serviço.

§único. Independentemente das normas estabelecidas no Regimento Interno do estabelecimento de saúde, que devem ser rigorosamente cumpridas, é vedado o uso de cigarros ou similares e bebidas alcoólicas dentro das dependências do local do serviço.

ARTIGO 12º. Os plantões médicos serão de 12 (doze) horas por dia

§único. Poderão os Plantões serem organizados de outras formas, dependendo das necessidades do Hospital.

Parágrafo Primeiro. Em nenhuma hipótese poderá o médico plantonista negar o atendimento de sua especialidade, encaminhando o paciente para atendimento posterior em seu consultório.

Parágrafo Segundo. Também não poderá o médico plantonista, atender ou fazer procedimentos em seus pacientes, previamente encaminhados de seu consultório, no horário de seu plantão.

Parágrafo Terceiro. Todo e qualquer caso de atendimento serão atendidos pelo plantonista, sempre buscando a resolução dos problemas dentro da operacionalidade do serviço, quando for possível técnica e eticamente assim proceder.

ARTIGO 13º Prestar assistência aos pacientes da unidade assistencial procurando resolver as intercorrências agudas dos mesmos

ARTIGO 14º Prestar atendimento aos pacientes regulados, tão logo os mesmos seja. encaminhados.

ARTIGO 15º Atender aos pacientes de outros setores da unidade de saúde que eventualmente necessitem de assistência clínica urgente

ARTIGO 16º Quando estiver impossibilitado de prestar atendimento imediato, o plantonista deverá solicitar o auxílio do médico residente do plantão da mesma clínica o do médico plantonista.

ARTIGO 17º conhecer e seguir rigorosamente o Código de Ética médica, manter comportamento cordial, respeitando os demais membros do Corpo Clínico.

ARTIGO 18º Na ausência de médicos assistente, conforme as circunstâncias, fornece atestado de óbito de paciente se necessário, no período diurno o atestado de óbito dever

ser preenchido prioritariamente por um dos médicos da equipe médica responsável pelo paciente. Anotar no livro de ocorrência todos os fatos e situações que mereçam registro.

ARTIGO 19º Comparecer ao local onde foi escalado cumprindo rigorosamente o horário estabelecido e estando de plantão não deixar o local de tabalo antes da chegada do substituto, ou de outro médico da equipe do plantão que está recebendo o serviço, sob pena de responsabilização profissional e administrativa

ARTIGO 20º O plantonista que receber o plantão deverá chegar no horário determinado pela sua escala e em caso de reincidência de atraso por mais de quinze minutos, sem justificativa, receberá as penalidades, cabíveis

ARTIGO 21º. Portar durante o serviço documento de identificação emitido pela instituição crachá funcional.

ARTIGO. 22º. O plantonista deverá se manter alcançável durante todo o seu horário de plantão

ARTIGO 23º Os formulários ou guias on-line utilizados pelos plantonistas deverão ser os específicos, timbrados, do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), constando o carimbo do médico com sua assinatura.

§único. O não cumprimento destas incumbências sujeitará o plantonista às sanções previstas neste Regimento.

CAPÍTULO V – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 24º Todo e qualquer documento referente ao serviço plantão deverá ser arquivado em pasta no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

ARTIGO 25º O médico plantonista deverá assinar cópia do Regimento Interno em 2 (duas) vias, uma das quais será arquivada no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . Tal assinatura implicará na aceitação pura e simples deste Regimento.

ARTIGO 26º. Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pela Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO),

ARTIGO 27º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

5 IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

5.1 Proposta de Manual de Protocolos Assistenciais

Os protocolos assistenciais dizem respeito à descrição minuciosa de linhas de cuidado específicas, integrando na sua estrutura as normas, rotinas e procedimentos relativos ao problema/condição de saúde determinada. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente os cuidados executados na resolução ou prevenção de um problema.

Protocolo descreve uma situação específica de assistência/cuidado, com detalhes operacionais e especificações sobre o que fazer, quem fazer e como fazer. Conduz os profissionais nas decisões de assistência para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. Pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais, de tratamentos com meios físicos, de intervenções emocionais, sociais e farmacológicas, independentes de enfermagem ou compartilhadas com outros profissionais. Um protocolo contém vários procedimentos.

Na maioria das vezes, os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam ao atendimento integral do ser cuidado. O avanço científico e tecnológico se contrapõe com trabalhos isolados, fragmentados, onde ganha ênfase o trabalho em equipe multiprofissional.

Nesta concepção, o protocolo vem refletir o desejo de um trabalho compartilhado, consolidado e que aponta para resultados que trarão um grande diferencial ao processo de trabalho.

Um protocolo deve ser construído de maneira coletiva, com bases sólidas ético, legais e científicas. A saúde baseada em evidências deve ser o norte dos protocolos. Os protocolos eliminam as decisões baseadas apenas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações nas quais a enfermagem está envolvida.

O grande objetivo dos protocolos é resguardar o serviço, pois:

- Agilizam e uniformizam o atendimento;

- Facilitam condutas descentralizadas;
- Diminuem a margem de erro;
- São importantes nos processos de Gestão do atendimento à clientela;
- São valorizados atualmente por possibilitar qualidade e eficácia nos serviços;
- Facilitam o gerenciamento de pendências judiciais (Min. da Saúde e medicamentos de alto custo etc.);
- Melhora a qualidade de serviços prestados aos clientes; padroniza as condutas;
- Melhora o planejamento e controle da Instituição, dos seus procedimentos e dc resultados;
- Garante maior segurança;
- Otimiza a utilização dos recursos operacionais;
- Reduz custos; rastreia todas as atividades operacionais e clínicas; realiza um controle mais apurado sobre os estoques;
- Pode gerar um prontuário eletrônico;
- Otimiza a produtividade dos trabalhadores;
- Garante uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

A Proposta de Manual de Protocolo Assistenciais a serem implantados no Hospital serão construídos em conjunto com a equipe de acordo com as normas estabelecidas em instrumento utilizado para elaboração de documentos no Hospital Norma Zero. Após a elaboração todos documentos serão revisados pelo Coordenador do Núcleo de Qualidade e/ou responsável pelo Coordenador da Área, e aprovados pela Diretoria.

5.1.1 Protocolos Assistenciais – Medidas de Controle de Qualidade

Com o avanço tecnológico na área da saúde, são inúmeras as opções diagnósticas e terapêuticas disponíveis para o manejo de uma doença. Entretanto, estudos demonstraram que esta variabilidade não necessariamente está relacionada com melhores desfechos clínicos e pode ser responsável por um aumento de até 30% no custo na área da saúde. Inicialmente, acreditava-se que os profissionais de saúde seriam facilmente persuadidos a

aderir a melhor prática médica apenas pelo fomento contínuo das evidências científicas. Entretanto, a disseminação do conhecimento tem sido descrita como fator importante, mas insuficiente para modificar o comportamento clínico habitual.

Medidas de controle de qualidade total devem ser implementadas para atuar especificamente na redução da variabilidade da prática médica, com destaque para as diretrizes práticas, recomendações de especialistas e grupos de classe e, principalmente mais recentemente, protocolos assistenciais.

Estes programas devem ser implantados com o objetivo de melhorar os desfechos clínicos e permitir que mais pacientes beneficiem-se do conhecimento científico sobre as melhores práticas disponíveis.

Os Protocolos Assistenciais (PA) são considerados formas estruturadas de suporte do manejo clínico que incluem a definição de planos e metas terapêuticas e uma sequência temporal de cuidados e estratégias diagnósticas e terapêuticas definidas com vistas ao atendimento do plano estabelecido para o usuário. A adoção de protocolos também proporciona uma maior linearidade e uniformização na prestação da assistência pelos diferentes profissionais de saúde, facilitam condutas descentralizadas e diminuem a margem de erros, possibilitando maior qualidade e eficácia no serviço, além de propiciar uma situação adequada para coletar dados no manejo – de forma que a equipe perceba quantos, quando e por que os pacientes não seguem um curso esperado durante suas internações.

Nesse sentido, apresentamos proposta do modelo a ser adotado para a estruturação dos Protocolos Assistenciais do Hospital

LOGOTIPO UNIDADE DE SAÚDE	**PROTOCOLO INSTITUCIONAL**	**IDENTIFICAÇÃO: PROTOCOLO XXX**
NOME DO PROTOCOLO		**Versão Protocolo:**
ESPECIALIDADE		
Executante		
Resultados esperados		
Recursos Necessários		

Atividades	
1 Introdução e descrição do protocolo	
2 Revisão de Literatura	
3 Definição e diagnóstico	
4 Justificativa e Objetivo	
5 Critérios de Elegibilidade	
6 Critérios de Exclusão	
7 Tratamento proposto	
8 Indicador de monitoramento	
9 Referências Bibliográficas	
10 Anexos	
Cuidados	
Ações em caso de não conformidade	
Elaborado em:	**Responsável:**
Aprovado em:	**Responsável**
Revisado em:	**Responsável**

Todas as ações possuem:

- **Recursos Necessários**: neste item é listado todo o material necessário para a execução do procedimento.
- **Condições necessárias:** situação existente que justifica a ação
- **Cuidados especiais:** itens de verificação necessários para o início do procedimento.
- **Executor:** profissional responsável pela ação.
- **Ações:** descrição da ação propriamente dita com as observações que se façam necessária.
- **Resultados Esperados**: listagem dos resultados esperados.

- **Ações corretivas:** ações que poderão ser aplicadas em caso de intercorrência.
- **Riscos/ Tomada de decisão:** listagem de riscos inerentes ao procedimento com definição de ações corretivas
- **Anexos:** material auxiliar para o procedimento.

Este Manual abrange todas as atividades inerentes ao serviço de enfermagem para todas as áreas/setores do Hospital.

5.1.2 Norma Padronização De Documentos

OBJETIVO

Estabelecer regras e definições para os tipos de documentos do sistema de gestão da qualidade e a sua padronização, nas fases de elaboração, revisão, validação, aprovação, controle, distribuição e descarte, de modo a garantir idoneidade às informações necessárias à execução dos serviços prestados, no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

RESPONSABILIDADE

Elaboração e revisão: Área de Qualidade,

Execução: Todas as áreas do HUGO e abrange toda a comunidade interna.

É de competência de toda a comunidade interna do HUGO, manter-se atualizada quanto:

Ao acompanhamento da legislação técnica de sua área.

Aos avanços tecnológicos dos processos de trabalho e da ciência.

À identificação de oportunidades de melhorias para um processo tratado nos documentos normativos.

alterações na estrutura, composição, competências, atribuições e funcionamento dos grupos, núcleos de trabalho, comissões e comitês, bem como das unidades organizacionais.

DO NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE (NQSP)

Compete ao NQSP normatizar e gerenciar todos os documentos relacionados à melhoria da qualidade dos processos institucionais, bem como direcionar a comunidade interna ao cumprimento desta norma.

Identificar os documentos aprovados com carimbo quanto a necessidade de controle de cópias.

Encaminhar os documentos para publicação na *intranet*.

Realizar o descarte de documentos físicos inativos/ cancelados / obsoletos encaminhados pelos gestores das áreas, e, articular o descarte dos documentos digitais inativos / cancelados / obsoletos.

Gerenciar a "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL, de documentos internos e externos" para manter atualizados os prazos de validade de todos os documentos do HUGO, bem como a relação de cópias controladas distribuídas;

Treinar líderes para serem multiplicadores em suas unidades;

Disponibilizar e atualizar os modelos de documentos;

Relacionar a realização dos treinamentos pelas áreas responsáveis, dos documentos implantados.

DOS GESTORES DOS SETORES/ UNIDADES / COMISSÕES

Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade.

Revisar e controlar os documentos de sua unidade, quando necessidade de alteração do conteúdo ou minimamente com 90 dias de antecedência ao seu prazo de vigência, utilizando as datas da "LISTRA MESTRA", de forma que seja atualizado sempre em tempo hábil.

Identificar os documentos externos, regulamentá-los por envio para Validação, organizá-los e controlá-los utilizando a "LISTRA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".

Controlar a impressão de cópia controlada de sua guarda.

Guardar os documentos físicos nas áreas, preservando a sua integridade, de forma a estarem legíveis e prontos para serem utilizados.

Encaminhar o arquivo editável do documento para ser aprovado ao NQSP.

Promover a divulgação e o treinamento dos colaboradores dos documentos publicados.

Controlar a distribuição dos documentos utilizados no setor.

Direcionar o documento para todos os colaboradores responsáveis/ eleitos, durante o ciclo documental.

Responsabilizar-se pelo conteúdo dos documentos gerados.

Realizar a remoção de documentos obsoletos.

Gerenciar as listas de controle de documentos do setor/unidade.

NÃO UTILIZAR NO HOSPITAL QUALQUER DOCUMENTO NÃO PADRONIZADO CONFORME ESTA NORMA, exceto durante a transição para a vigência desta norma;

DEFINIÇÕES

Ato administrativo: é toda manifestação unilateral de vontade da gestão que, agindo nessa qualidade, com finalidade de adquirir, resguardar, transferir, modificar, extinguir e declarar direitos, ou impor obrigações aos administrados ou a si própria, sendo expressado por meio da tomada de decisão;

Comunidade Interna: colaboradores de qualquer vínculo empregatício que laborem/ atuam no HUGO;

Cópia Controlada: documento, impresso ou eletrônico, que se refere ao documento original aprovado, identificado com carimbo na cor vermelha "Cópia Controlada", com dados emitidos pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP). As versões eletrônicas devem ser disponibilizadas com bloqueio de edição e impressão;

Cópia Não Controlada: documento usado para fins de treinamento e informação. A cópia não controlada deverá ser identificada como "Cópia Não Controlada" abaixo da paginação e devem ser disponibilizadas para impressão;

Documento: informação e o meio no qual ela está contida;

Documentos Internos: documentos elaborados pela própria organização;

Documentos Externos: documentos elaborados por outros órgãos e empresas, utilizados no hospital;

Documentos Inativos: extinção/ cancelamento de um documento nos casos em que a atividade ou processo deixam de existir;

Documentos da Hierarquia: classificação que tem como base relação por ordem/escala, entre superiores e dependentes;

Evidência: prova exibida, aquilo que é claro, que não dá margem à dúvida, apoia a existência ou veracidade de alguma coisa;

Em Branco: No caso de documentos que possuam mais de uma página, nos espaços em brancos e versos das folhas que estejam em branco, será realizado um carimbo de "EM BRANCO", em casos em que houver a falta do carimbo, deverá ser usado a impressão do lado em branco com as seguintes informações: "EM BRANCO – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente – HUGO".

Lista Mestra: Documento que organiza e controla os documentos internos e externos. É uma relação que identifica todos os documentos integrantes do sistema de gestão da qualidade do hospital, com versão e codificação, possibilitando verificar se o documento que está sendo utilizado é vigente;

Registro: documento que apresenta resultados obtidos ou fornece evidências de atividades realizadas;

Unidade de negócio: são os diversos setores do hospital, conforme divisão no Organograma, abrangendo todas as nuances de cada departamento, desde os processos, até gestão de pessoas, custos, insumos e resultados.

HUGO – Hospital Estadual de Urgência e Emergência Dr Valdomiro Cruz;

NQSP: Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;

PDSA: sigla em inglês que designa quatro etapas de um ciclo (Plan, Do, Study and Act), traduzidos como Planejar, Fazer, Estudar e Atuar. É uma ferramenta para testar implementar mudanças no ambiente de trabalho, além de orientar o processo de uma mudança para determinar se ela produz uma melhoria. As melhorias conduzidas pelo PDSA resultam em aprimoramento dos processos focando na melhoria contínua, gerando ainda conhecimento;

SCIRAS: Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

TI: Tecnologia da Informação;

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho.

DESCRIÇÃO

Documentos são como se fossem capítulos de um livro, permitindo manter a memória corporativa e coletiva da organização, eles uniformizam os serviços, apóiam o seu bom

funcionamento e evidenciam os requisitos desejados, contribuindo à melhoria contínua dos processos, e consequentemente à satisfação do cliente.

A padronização contribui para uma identidade visual única, o que facilita a leitura e a absorção das informações pelos diferentes níveis de circulação do documento, ao passo que o correto gerenciamento da documentação garante que estes sejam elaborados, aprovados, distribuídos, recolhidos e destruídos sem que o sistema de qualidade seja afetado. Eles devem estar disponíveis, e no formato adequado a quem precisar utilizar, para que não se tornem apenas burocracia. Ao mesmo tempo, o controle dos documentos é importante para que o hospital não se perca diante das informações existentes.

Além disso, os documentos possuem características de arquivo com peso legal, ou seja, os documentos são fonte de informação com característica jurídica, funcionando como evidência da realização e descrição de cada etapa do processo, sendo fonte de dados oficiais.

A documentação do sistema de gestão da qualidade consiste em diferentes tipos de documentos, compreendendo aos de níveis hierárquicos, os administrativos e os externos (Figura 01).

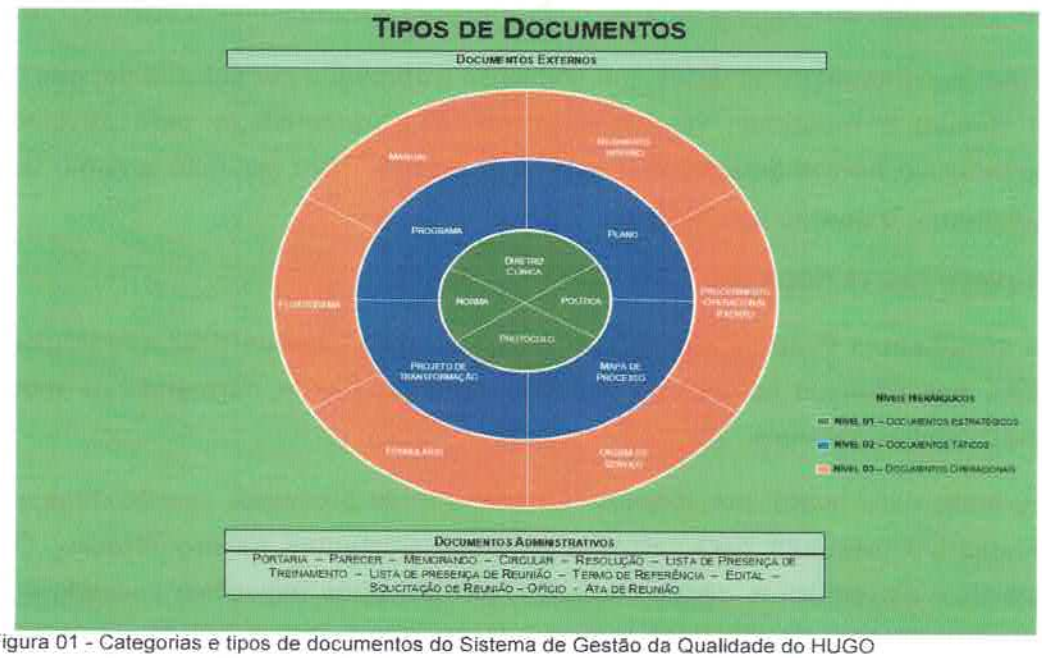


Figura 01 - Categorias e tipos de documentos do Sistema de Gestão da Qualidade do HUGO

DOCUMENTOS ESTRATÉGICOS

São todos aqueles documentos dos quais se originam os demais documentos do Hospital. São estes documentos que estabelecem as diretrizes, de abrangência ampla, atingindo toda a comunidade interna e regulando, em caráter direcionador, todas as práticas, processos, fluxos, procedimentos, tarefas e atividades de todos os setores e serviços internos, observando a segurança e bem-estar do paciente e demais envolvidos. São divididos da seguinte maneira:

Política: documento expresso pela alta direção, seja do hospital ou da sede da empresa gestora, que especifica diretrizes, ou seja, direciona e norteia todas as ações que a empresa e seus integrantes devem desenvolver em todos os níveis da cadeia de valor.

Diretriz Clínica: documento que sistematiza e sintetiza as evidências científicas em relação a todas as possibilidades de uma determinada doença: prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, contém recomendações para o atendimento efetivo e seguro dos pacientes, a fim de auxiliar pacientes e profissionais na tomada de decisão em relação à alternativa mais adequada para o cuidado de saúde.

Protocolo: documento que padroniza a operacionalização de diretrizes estabelecidas, moldada ao perfil epidemiológico e aos recursos disponíveis da unidade. Define o fluxo de atendimento, a organização dos processos de trabalho e responsabilidades, para que sejam monitorados continuamente. Deve conter indicador (es) e o (s) responsável (eis) pelo seu gerenciamento, que acompanharão e identificarão as fragilidades, adesão e resultados.

Norma: documento estabelecido por consenso e aprovado por autoridade, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados. A norma determina o que deve ou não deve ser feito e como deve ser feito regulamento o padrão estabelecido.

DOCUMENTOS TÁTICOS

São documentos internos que subsidiam a aplicação das diretrizes estratégicas, de forma ampla, aos diversos setores do hospital, regulando e/ou norteando os macroprocessos institucionais e setoriais.

Programa: documento que abrange um conjunto de processos coordenados em função de um objetivo, segundo parâmetros e recursos existentes na organização. O documento estabelece os requisitos gerais centrados em um tema específico baseado em arcabouço normativo vigente ou em boas práticas. O programa tem a função de apresentação dos objetivos que se espera alcançar focalizando em serviços determinados.

Plano: documento que define como processos e recursos que serão alocados, coordenados e articulados para nortear a implantação de políticas e/ou decisões institucionais, determinando metas e objetivos anuais.

Projeto de Transformação: documento que padroniza os projetos de transformação, esboça detalhadamente a idealização/intenção para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo, em um tempo determinado.

Mapa de Processo: é a identificação de todos os processos (macro) dos quais são compostos os setores e serviços do hospital, apontando as transformações de entradas em saídas, fornecedores e clientes internos e, ainda, outros elementos que interagem com o fluxo de trabalho permitindo a visualização das entregas de cada unidade de negócio.

DOCUMENTOS OPERACIONAIS

São os documentos internos, desdobrados a partir dos documentos estratégicos, considerando os direcionamentos dos documentos táticos, que operacionalizam diretrizes e princípios de maneira focalizada a determinados setores, serviços e atividades. Estes regulam a aplicação prática da execução das rotinas.

Manual: é um guia de instruções que serve para o uso de um dispositivo, para correção de problemas ou para o estabelecimento de procedimentos de trabalho, quer sejam individuais ou coletivos.

Fluxograma: é uma representação gráfica esquemática de um processo de trabalho que demonstra sua sequência operacional de desenvolvimento.

Regimento: documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições e as competências da organização, comissões, comitês e núcleos.

Procedimento Operacional Padrão: documento que descreve o passo a passo lógico e sequencial, do conjunto de tarefas necessárias para a execução de uma atividade, livre de variações, de modo que qualquer indivíduo, devidamente capacitado, que seguir as instruções obterá o mesmo resultado.

Formulário: documento com finalidade de registro, que apresenta resultados obtidos ou fornece evidência de atividades realizadas.

Ordem de Serviço: documenta o início da prestação de serviço a ser prestado à empresa e serve como ponto de partida para a organização do trabalho.

Lista de padronização: documenta uma relação de coisas, objetos ou insumos que podem ser adquiridos e utilizados no Hospital.

DOCUMENTOS ADMINISTRATIVOS

São documentos de origem interna, com abrangência e valor interno e externo ao hospital, focados na comunicação e registro de decisões, arguições, análises técnicas ou opiniões dos gestores do Hospital, sendo estes considerados atos administrativos.

Portaria: estabelece comando-geral ou especial a funcionário ou setor quanto às normas relacionadas a pessoal ou à estrutura organizacional, e ainda nomeações de responsabilidades;

Parecer: é uma explicação, opinião ou avaliação sucinta, conclusiva e clara, setorial(ais) ou individual, em relação a uma determinada decisão ou situação específica, de forma a sustentá-la ou não.

Memorando: é um meio de comunicação, transmissão e registro de informações internas a 1 (um) ou mais setores, que podem estar hierarquicamente no mesmo nível, ou em níveis diferentes.

Circular: é um documento interno semelhante ao memorando, mas de cunho coletivo. Utilizada quando a informação com conteúdo idêntico será encaminhada para todos os setores, ligados hierarquicamente a uma diretoria ou a todas.

Resolução: é um documento interno expedido pela direção, destinado a orientar aos colaboradores das decisões que complementam, integram ou interpretam um regulament ou uma norma.

Lista de Presença de Treinamento: formulário para registro de informações de treinamentos e do público que foi treinado.

Lista de Presença de Reunião: formulário para registro de informações dos participantes, para reuniões acima de 10 pessoas.

Ata de Reunião: é o resumo escrito dos fatos e decisões de uma reunião. Deve ser clara e fiel aos fatos ocorridos e constar: os assuntos, as conclusões, as decisões tomadas, os responsáveis, os prazos e os resultados a serem alcançados. Toda reunião deve ter uma ata.

Termo de Referência: é um documento no qual a instituição contratante estabelece os critérios pelos quais um serviço deve ser prestado ou um produto deve ser entregue por potenciais contratados. Os termos de referência precedem a assinatura do contrato e tem como função principal informar potenciais

contratados sobre as especificações do serviço ou produto, e deve nortear um edital quando este for direcionado a aquisição de produto ou serviço. Quando o contrato é celebrado, os termos de referência se tornam parte integrante do contrato.

Edital: é um ato escrito em que são apresentadas determinações, decisões, avisos, citações, processos seletivos e demais comunicados de ordem oficial, focados na comunidade interna e/ou externa.

Ofício: documento de caráter público, emitido pela Direção ou Corporativo, para comunicar acerca de qualquer assunto de ordem administrativa.

Laudos técnicos: avaliações formais feitas por um profissional competente acerca de um problema, situação ou riscos, normalmente regulamentado por norma legal.

DOCUMENTOS EXTERNOS

Os documentos externos são documentos utilizados no hospital cuja emissão, revisão ou alteração é realizada por órgãos normativos, técnicos, científicos e fiscais que impactam no atendimento do serviço do hospital. Exemplos: legislações, normas técnicas, manuais e cadernos do Ministério da Saúde ou ainda documentos de parceiros terceiros.

Os documentos externos serão encaminhados para Validação (Ver Subtítulo 5.2.3 - validação) e serão relatados na "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS", pelo gestor da área que o utilizar.

Os documentos das empresas prestadoras de serviço que atuam no espaço físico do HUGO devem ser validados pelo NQSP e/ou SCIRAS e/ou SESMT para possuírem autorização de aplicação no Hospital e serão também monitorados pela "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".

CICLO DOCUMENTAL

Todo documento para a sua implantação seguirá sequencialmente o ciclo a seguir, e suas etapas detalhadas no Anexo I - "Fluxograma de Gestão dos Documentos";

Os modelos de documentos do sistema de gestão da qualidade, citados nessa norma, estão disponíveis para visualização na *intranet* e, ainda, na pasta de Gestão da Qualidade;

A **"intranet"** é um arquivo digital institucional, disponível pelo link: http://intranet.hugo-go.net/web/. O seu acesso é possível somente nos dispositivos conectados à rede do hospital.

Os documentos publicados a partir desta norma serão considerados válidos na instituição quando forem disponibilizados na *intranet* ou na pasta de Gestão da Qualidade e também, quando os documentos

forem impressos estes devem conter carimbo **"cópia controlada"** e serem assinados por um representante do NQSP.

Todos os documentos abrangidos por esta norma, que não estiverem nos padrões aqui definidos, sejam na forma ou conteúdo, não são considerados válidos, e não podem ser usados ou admitidos como oficiais neste hospital, ressalvado o período trinta dias após a publicação desta norma, que este será considerado o período de implantação;

DA ELABORAÇÃO

Os documentos precisam fazer sentido para quem cria e para quem usa, além de utilizar termos comum a todos para facilitar a compreensão.

Novos documentos poderão ser criados:

a) Quando surgir um novo processo/atividade, ou;

b) Quando houver a necessidade de orientações para facilitar e/ou padronizar a execução de processos;

c) Quando houver necessidade de registros oficiais e formais;

O gestor do processo a ser documentado e/ou colaborador designado por ele, deverá analisar a necessidade da criação e aplicação do documento. Após isso, se seguir à elaboração do documento, o NQSP fornecerá ao gestor do processo e/ou colaborador designado por ele a codificação e o modelo do documento a ser utilizado, ele obedecerá então, à codificação e ao modelo fornecidos.

É fundamental que o elaborador execute a atividade a ser descrita, a fim de demonstrar o conteúdo da forma mais fiel ao modo como ela deve ser e é executada.

Os documentos demonstram e serão condicionados ao aprendizado obtido dos testes de mudança realizados (PDSA), exceto quando se tratar de políticas, diretrizes clínicas e projetos de transformação, exceto quando se tratar de uma prática já estabelecida.

Qualquer documento a ser elaborado seguirá o modelo do arquivo editável que foi disponibilizado pelo NQSP.

Os colaboradores que elaboram o documento não poderão ser os revisores ou aprovadores da revisão 00, somente das revisões subseqüentes.

A responsabilidade da elaboração ou pela revisão para novas versões de documentos é do gestor do processo.

Atos administrativos formais, elaborados nos termos desta norma, expressados por documentos administrativos, oriundos da Diretoria e Gerência deste hospital, possuem validade imediata, sendo este, aplicado a área de abrangência da gestão da respectiva diretoria ou gerência, salvo quando o próprio ato citar expressamente regra diferente, não havendo necessidade de nenhuma outra etapa apontada no ciclo de Gestão dos Documentos de que trata esta norma.

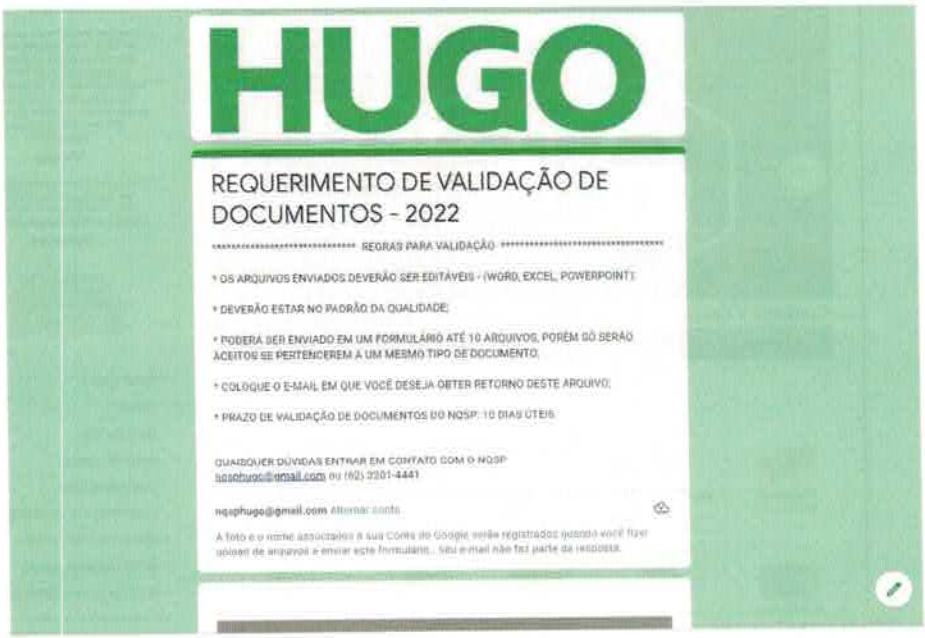
Atos administrativos formais, elaborados nos termos desta norma, expressados por documentos administrativos, emitido por coordenador, com abrangência setorial respectiva, que já não tenha sido formalmente regulamentado por outro ato administrativo, possuem validade no ato de sua emissão válidos apenas em cada setor, não havendo necessidade de outras etapas do ciclo de gestão documental.

Assim que o documento for elaborado, este deve ser endereçado para o NQSP por meio do "Forms" conforme o passo a passo a seguir

1. Para enviar documentos, o profissional deve acessar à intranet do Hospital, na pasta do Núcleo de Qualidade

2. Clicar no link de "ENVIO DE DOCUMENTOS";

3. Ao clicar no link, o usuário será encaminhado para um forms de envio, deve então realizar a leitura das normas de envio e clicar em "enviar":

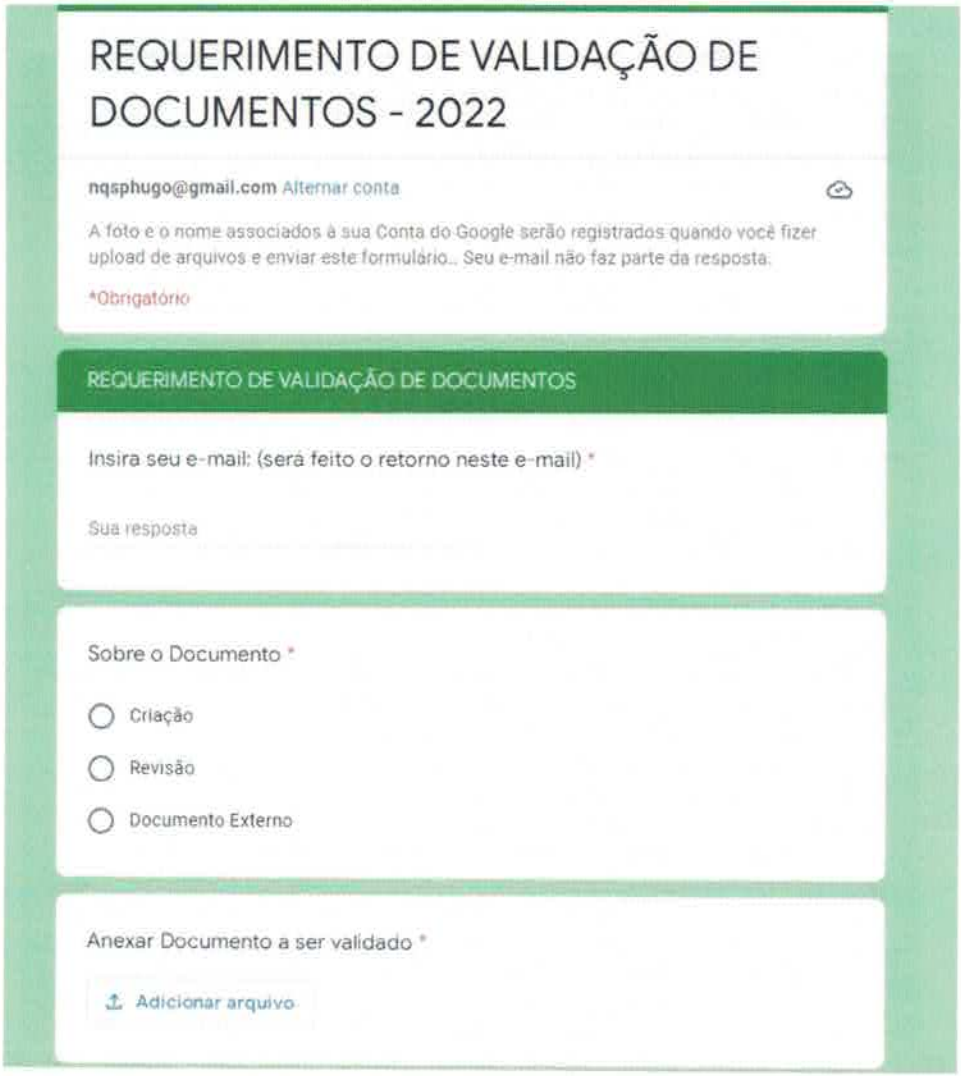


e

é

ou

4. Deve ser inserido próximo passo o e-mail institucional apontar se o documento uma revisão criação.



REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS - 2022

nqsphugo@gmail.com Alternar conta

A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.. Seu e-mail não faz parte da resposta.

*Obrigatório

REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS

Insira seu e-mail: (será feito o retorno neste e-mail) *

Sua resposta

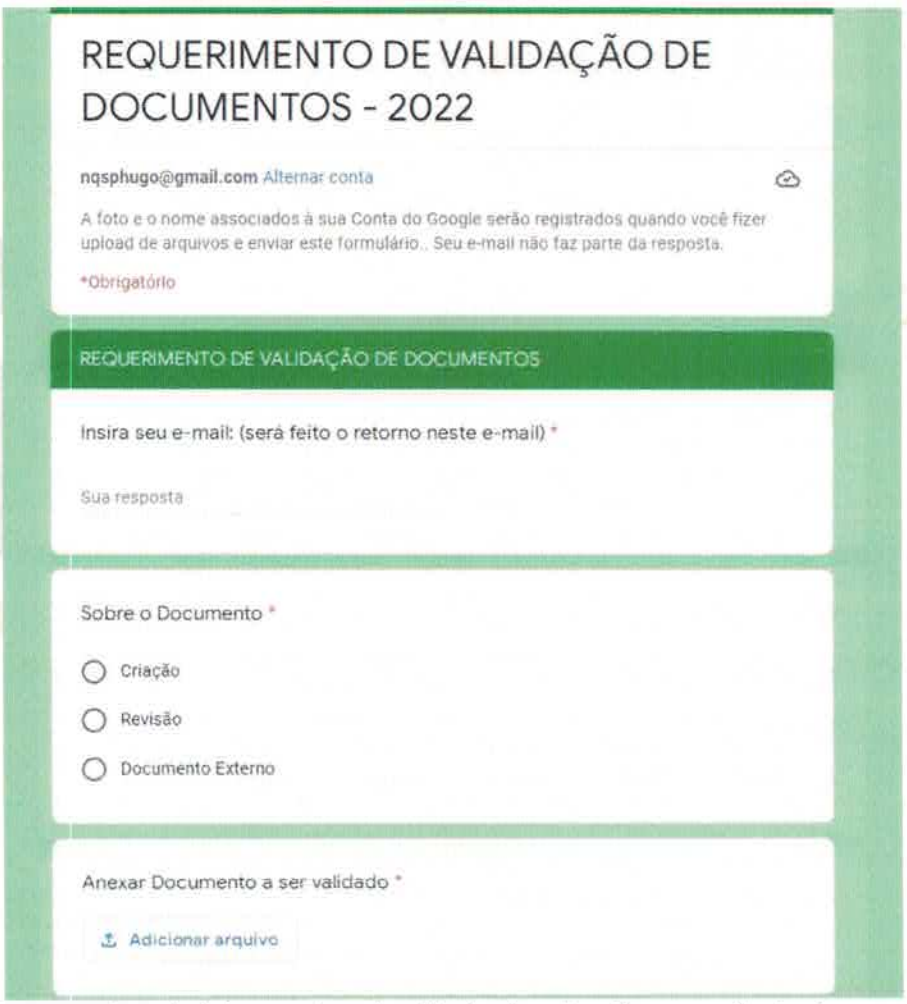
Sobre o Documento *

- Criação
- Revisão
- Documento Externo

Anexar Documento a ser validado *

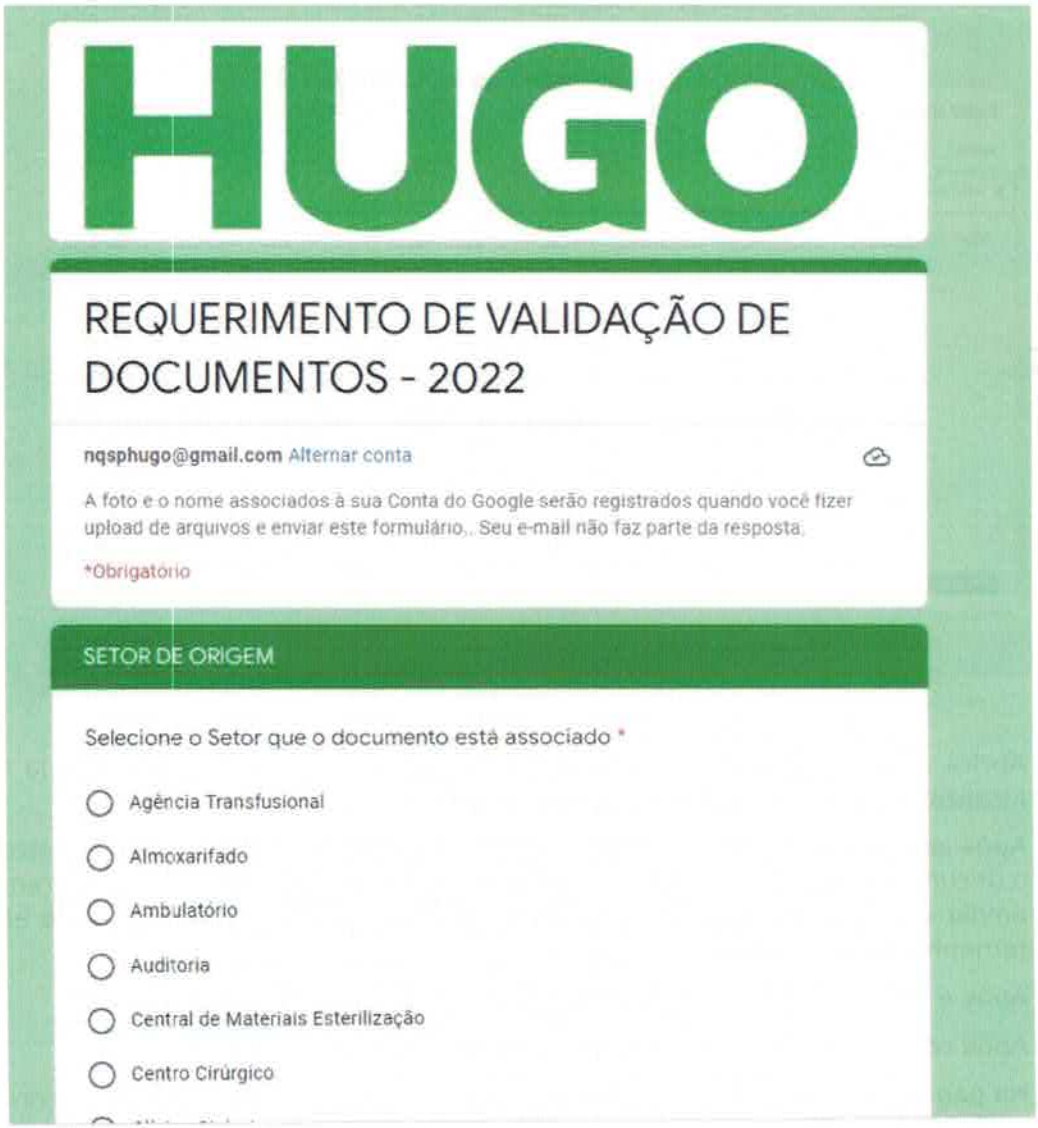
Adicionar arquivo

5. O documento criado ou revisado deve ser incluído, clicando no item de "adicionar arquivo".



6. Ao clicar neste, abrirá uma janela. Nesta janela clicar em "selecionar arquivos do seu dispositivo";

7. Abrirá uma janela para que o elaborador selecione o arquivo que deseja codificar. Ao localizar o documento, basta clicar sobre ele.
8. Após isto, o elaborador poderá adicionar mais arquivos, até dez por registro, desde que o documento seja do mesmo tipo. Caso o documento seja de um tipo diferente, precisará enviar um formulário para cada documento. A capacidade de envio é de até 1 Giga de tamanho do arquivo.
9. Após a seleção do arquivo, o elaborador deve clicar em "Fazer Upload"
10. Após realizar o upload do arquivo, deve-se clicar em "próxima";
11. Na página seguinte deve ser selecionado o tipo do documento de acordo com esta norma e clicar em "próxima";
12. Em seguida deve ser selecionado o setor, e após clicar em "próxima";



HUGO

REQUERIMENTO DE VALIDAÇÃO DE DOCUMENTOS - 2022

nqsphugo@gmail.com Alternar conta

A foto e o nome associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário. Seu e-mail não faz parte da resposta.

*Obrigatório

SETOR DE ORIGEM

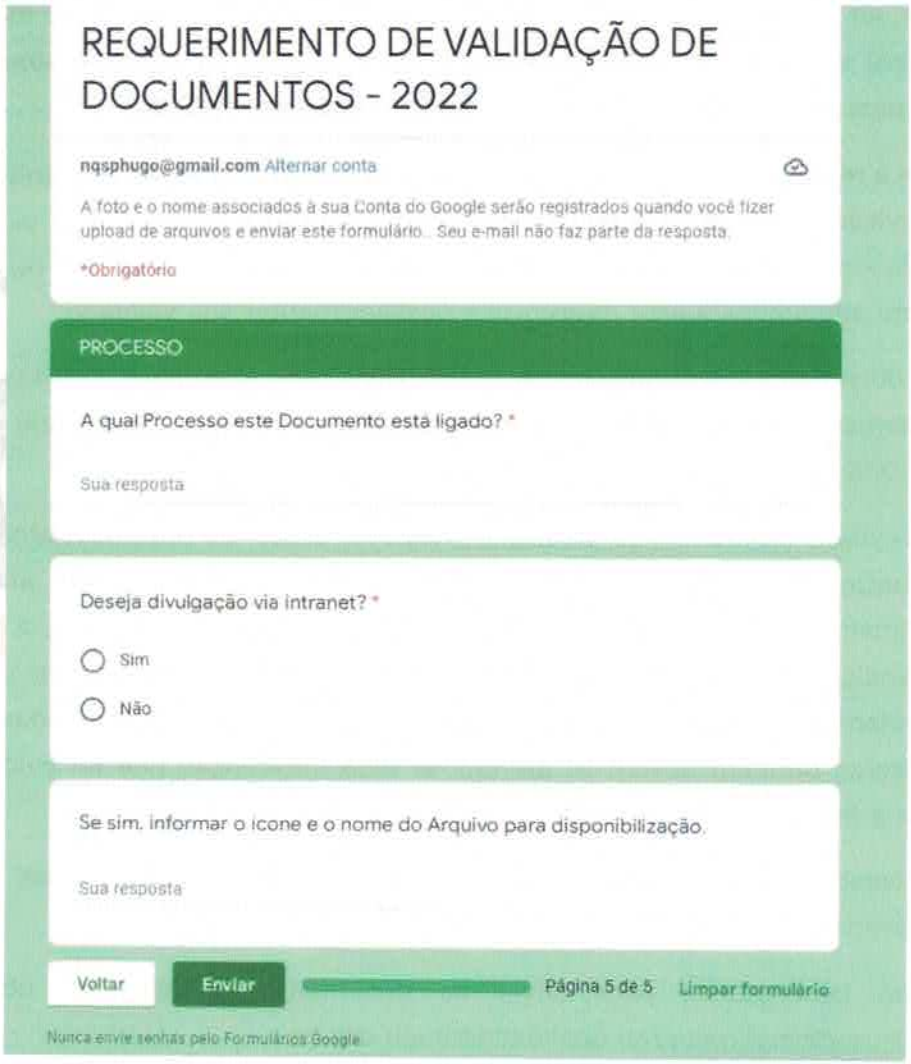
Selecione o Setor que o documento está associado *

- Agência Transfusional
- Almoxarifado
- Ambulatório
- Auditoria
- Central de Materiais Esterilização
- Centro Cirúrgico

1. Por fim deve-se apontar a qual processo o documento está relacionado e enviar;

DA REVISÃO

A revisão de documentos é o ato de incluir, alterar remover, e/ou substituir conceitos, definições e/ou sequência de atividades, e, será realizada:



a) A partir da implantação de novas técnicas de trabalho;

b) A partir de alterações na legislação ou nas tecnologias utilizadas no processo;

c) Na substituição de equipamentos que alterem o modo de execução;

d) Para corrigir as não conformidades constantes do relatório de avaliação de auditorias internas e/ou externas;

e) Novas instalações e serviços que causem alterações significativas na execução do trabalho;

f) Ao fim do período de vigência de cada versão do documento, de acordo com o estabelecido nesta norma

Quanto a periodicidade, os **Planos e Programas** serão revistos pelo menos **uma vez ao ano**, ao tempo que os demais documentos terão sua vigência de no máximo 2 anos. Todos podem ser revistos a qualquer momento mediante os critérios supracitados, exceto os Projetos de Transformação que não terão revisões periódicas.

Para a revisão de documentos publicados após essa norma, a área emitente deve comunicar a revisão ao NQSP e fazer uso dos modelos padronizados. Todos os documentos que já estão em uso no hospital, abrangidos por esta norma, devem ser revisados a fim de que sejam adequados a esta referência e possam manter sua validade

Os documentos administrativos, produzidos até esta data (16/11/2020), se mantém plenamente válidos. Apenas os produzidos a partir desta norma que necessitam seguir a padronização por ela estabelecida, salvo disposições contrárias;

Na revisão, o(s) revisor(es) designado(s) pelo gestor do processo, e/ou NQSP, deve(m) ter conhecimento do conteúdo que é descrito no documento. Eles alinham, melhoram e adéquam a comunicação escrita (conteúdo), conforme necessário, a fim de que ela seja entendida igualmente pelas pessoas que vão utilizá-la na execução de suas atividades e que atendam as normas legais, infra ou supra legais quando comprovadas cientificamente. Os revisores também devem se atentar se toda informação que foi evidenciada é suficiente para a finalidade a qual se propõe.

Os colaboradores que revisam o documento, não poderão ser os elaboradores ou os aprovadores da revisão 00, somente nas revisões subsequentes.

Como contingência para envio de documentos poderá ser utilizado os e-mail nqsphugo@gmail.com e/ou qualidade@hugo.org.br.

DA VALIDAÇÃO

O validador atesta que as informações contidas no documento atendam a requisitos institucionais, que podem ser:

a) de normas documentais;

b) da segurança do trabalhador;

c) do controle de infecções, e;

d) da segurança do paciente.

Os documentos assistenciais e/ou relacionados a hemovigilância, tecnovigilância, biovigilância, e farmacovigilância devem ser validados pelo SCIRAS e NQSP, e os assistenciais e/ou administrativos quando relacionados à segurança do trabalhador devem ser validados pelo SESMT.

O NQSP é validador de todos os documentos no que tange ao atendimento da estrutura e critérios padronizados nesta norma e também que forem concernente às práticas de Segurança do Paciente.

Os diretores também podem validar documentos, desde que estes documentos estejam em processos ligados à área de atuação da respectiva diretoria.

Gerentes podem exercer função de validador, desde que o todo o processo a que se refere o documento, esteja ligado exclusivamente a hierarquia do gerente, caso contrário, os demais gerentes ou outros gestores envolvidos precisarão validar o documento em conjunto com o gerente.

Documentos que abrangem regulamentação no âmbito da gestão de pessoas, precisarão ser validados ainda pelo gestor de recursos humanos ou por diretoria responsável quando esta diretoria não for a aprovadora;

DA APROVAÇÃO

- Todo documento será aprovado antes de sua publicação, pelo superior hierárquico de quem o elaborou, se em seu respectivo modelo padronizado houver o campo destinado a aprovação.
- É na aprovação o momento de anuência, confirmação e consentimento total do documento. Quando aprovado, o documento é reconhecido oficialmente pela autoridade que a compete.
- Exclusivamente, o Projeto de Transformação será aprovado somente pela Diretoria-Geral.
- O documento será encaminhado para o aprovador em meio físico e deve conter as assinaturas de próprio punho do elaborador quando se aplica, revisor(es) e validador(es) no campo especificado do item "CONTROLE DO DOCUMENTO".
- Os colaboradores que aprovam o documento, não poderão ser os elaboradores ou revisores da revisão 00, somente nas revisões subsequentes.
- Atos administrativos cuja a abrangência incluir todo o hospital, deverão ser formalizados por meio dos documentos administrativos contidos nesta norma, e,

sempre que **não** forem emitidos pelas Diretorias, NQSP, SESMT, Recursos Humanos e Jurídico, obrigatoriamente, deverão ser aprovados por algum destes para que sejam considerados válidos.

- A aprovação de atos administrativos é evidenciada por meio de assinatura e carimbo do gestor responsável por um dos aprovadores aqui citados, de acordo com a natureza do ato administrativo que revela em si quem deve ser este aprovador considerando o organograma a qual os processos envolvidos estão ligados. Uma vez estabelecido o ato administrativo formal, este somente perde sua validade por meio de outro ato administrativo formal;
- A Gerência, no uso de suas atribuições, pode ser aprovadora ou emissora de atc administrativos formais em geral, desde que estes possuam abrangência nas equipes sob sua gestão, conforme organograma, sempre que envolverem processos que são exclusivos de sua competência.
- Os atos Administrativos formais, documentados conforme esta norma, emitidos pelas coordenações do NQSP, SESMT, Recursos Humanos e SCIRAS possuem validade em todo o hospital, considerando a área de regulamentação de cada um, devendo estes ser apenas elaborados pelo gestor e aprovados pela Diretoria.

DO CONTROLE

- Todo documento submetido a todo ciclo de gestão documental, sendo aprovado, deve ser incluído na "LISTA MESTRA", exceto os documentos administrativos.
- Se o documento tiver **versão anterior impressa ela deve ser recolhida e entregue ao NQSP pelo gestor que detém o documento**, apenas após recolhimento do documento antigo é que será disponibilizado a versão atualizada pelo NQSP.
- O documento aprovado nos formatos digital e físico, serão encaminhados pelo gestor do processo, para o NQSP, mantendo-os sob sua guarda, incluindo-o em planilha eletrônica "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL", permitindo a sua rastreabilidade.
- Os destinos das cópias físicas e eletrônicas distribuídas pelo NQSP devem ser registradas na "LISTA MESTRA INSTITUCIONAL".
- As cópias controladas terão carimbo vermelho de "CÓPIA CONTROLADA" com data do dia em que a cópia foi fornecida, número da cópia e assinatura do colaborador do NQSP e nas páginas em branco o carimbo: "EM BRANCO";

CONTROLE DE DOCUMENTOS EXTERNOS

- Todos os documentos externos serão aceitos desde que validados por um responsável. Caso este documento seja de origem de órgão regulador, ou Lei, será considerado válido;
- Os documentos externos serão organizados pelo gestor da área em que aplicam e enviados para validação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente. Estes documentos receberão um carimbo de "DOCUMENTO EXTERNO VALIDADO", com data da validação, assinatura e receberá ainda um número de identificação.
- Além da validação do NQSP, o próprio NQSP indicará mais um validador responsável por garantir a manutenção do documento atualizado. Sendo assim, quando o documento for encaminhado para validação o NQSP apontará quem será o responsável pelo documento;
- O SCIRAS e SESMT também poderão ser validadores de documentos externos além do NQSP e além do responsável. A orientação sobre estes outros setores a serem validadores também será por meio do NQSP que considerará que todos os processos envolvidos no com controle e prevenção de infecção como devendo ser validado pelo SCIRAS e todos os processos envolvendo saúde e segurança no trabalho como devendo ser validados pelo SESMT.

DISTRIBUIÇÃO

- A publicação dos documentos consiste em disponibilizá-los à comunidade do hospital em meios físicos e eletrônicos.
- Os modelos dos documentos administrativos serão disponibilizados eletronicamente, em formato editável, na *intranet*.
- Os documentos externos não serão publicados na *intranet*.
- Os documentos digitais aprovados serão enviadas pelo NQSP via e-mail, ao setor de TI, para publicação na *intranet*, com bloqueio de edição e impressão, quando se tratar de cópia controlada, caso aprovado pelo diretor ligado ao processo.
- A cópia do documento físico aprovado será disponibilizado, após solicitação, pelo NQSP ao gestor do processo para a sua guarda no seu setor, com carimbo de identificação se a cópia é controlada, a data da distribuição e o colaborador do NQSP que a concedeu.
- A impressão de documentos com cópia controlada só é permitida com a autorização do gestor do processo que a guarda. Os documentos desta hierarquia documental, com exceção dos documentos administrativos, documentos externos e formulários,

todos deverão ter controles de cópias físicas sempre que for necessário ter cópias físicas.

- O NQSP enviará ao gestor do processo a confirmação da distribuição eletrônica do documento, na *intranet*, via e-mail.
- O setor de TI tem o prazo de 2 (dois) dias para a distribuição eletrônica do documento, na *intranet*, a partir da solicitação do NQSP.
- Os documentos eletrônicos obsoletos serão mantidos em servidor digital, sob responsabilidade do setor de TI mas serão retirados da intranet conforme solicitação do NQSP.
- O NQSP gerenciará uma pasta no servidor chamada de Gestão da Qualidade, mantendo sempre as versões mais atualizadas de todos os documentos, de acordo com esta norma, para que seja consultada através de todos os computadores do hospital. Estes arquivos estarão disponíveis apenas para consultas. Esta pasta será dividida por setor que deu origem ao documento.

DESCARTE DE DOCUMENTOS

- Após o armazenamento do documento eletrônico obsoleto no servidor, o documento físico descartado sofrerá fragmentação manual ou mecânica, com garantia que a descaracterização dele não possa ser revertida, após isso, será encaminhado para reciclagem ou destruição.
- O descarte seguirá as diretrizes institucionais em relação à preservação do meio ambiente e sustentabilidade e será realizado por colaborador designado do NQSP.
- Os documentos a serem reciclados serão desprezados em lixeira identificada "MATERIAL RECICLÁVEL", não devendo conter neles conteúdo sigiloso.
- A substituição do documento físico obsoleto à versão vigente, será realizada pelo gestor do setor que o utilizará.
- Se houver necessidade de remanejamento de documentos em arquivo contratado fora da unidade, o gestor que o realizar deve repassar ao NQSP a relação dos documentos encaminhados para tal, para a manutenção de sua rastreabilidade.

DA CONSULTA AO ACERVO DOCUMENTAL

- Os documentos publicados na *intranet*, serão correspondentes sempre à sua última versão disponível.

- Os documentos obsoletos ficam mantidos eletronicamente em servidor digital, sob guarda do setor da TI, e caso necessário acessá-los, solicitar ao NQSP.
- Os documentos que fornecem registros, sejam por entidades externas ou não, tais como calibrações, controles de temperaturas e outros utilizados nos processos internos, devem ser disponibilizados, controlados, arquivados e mantidos sob guarda do gestor do setor em que são aplicados, devendo ser apresentados nas auditorias internas/externas e/ou visitas técnicas quando solicitados.
- Os documentos externos devem ser mantidos sob a guarda do gestor do processo responsável por sua aplicação, devendo estar disponíveis na sua unidade, em arquivo físico e/ou eletrônico.

INATIVAÇÃO DE DOCUMENTOS

- As inativações de documentos, ou seja, o seu cancelamento, são aplicáveis sempre que:

  a) do término de um processo/ atividade;

  b) da atividade ou processo ser transferida para outro setor;

  c) da substituição de um documento por outro, e;

  d) de documento em duplicidade.

- Os documentos cancelados/inativados, são mantidos, na "LISTA MESTRA" para controle de histórico, e sua codificação bloqueada para uso.
- A inativação de documento vigente é primeiramente solicitada pelo gestor do processo do qual o documento faz parte, ao NQSP via-email. Em seguida, o documento em meio físico inativado/cancelado deve ser removido de circulação pelo gestor do processo e encaminhado ao NQSP para o seu descarte, e o seguimento da exclusão da *intranet* e armazenamento no servidor digital, pelo setor da TI.
- Os documentos aprovados antes dessa Norma não serão cancelados e serão considerados válidos os dispostos na *intranet*, podendo ser utilizados até serem alinhados/substituídos pelo gestor do processo/NQSP, daí, já sob as regras desta norma.

CODIFICAÇÃO E NUMERAÇÃO

A codificação e a numeração visam identificar e organizar os documentos. São compostos pela abreviatura do tipo de documento, (ex.: Política - POL), a identificação do Setor/ Unidade / Comissão, e pelo número de expedição do documento, separados por ponto (.)

A numeração dos documentos será feita utilizando três dígitos começando pelo 001 e seguirão crescentes para o mesmo Setor / Unidade / Comissão e para cada tipo de documento.

Exemplo:

NOR.NQSP.001, 002, 003...

POP.NQSP.001, 002, 003...

XXX-XXX-XXX – 00 Revisão que é a versão do documento

Código sequencial numérico

Sigla do setor/unidade/comissão do documento

Sigla do tipo de documento

- Aos documentos administrativos **não se aplica codificação**.
- A codificação dos documentos externos é relacionada na "LISTA MESTRA DE DOCUMENTOS EXTERNOS".
- A codificação dos documentos da cadeia hierárquica é relacionada na "LISTA MESTRA" e informada no próprio documento.
- Apenas o NQSP realiza codificações de documentos;

DAS SIGLAS PARA A CODIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

nº	DOCUMENTO	SIGLA
01	Política	POL
02	Protocolo	PRO
03	Diretriz Clínica	DTC
04	Norma	NOR
05	Plano	PLN

06	Programa	PGM
07	Projeto de Transformação	PRJ
08	Regimento Interno	REG
09	Fluxograma	FLU
10	Procedimento Operacional Padrão	POP
11	Cronograma	CRO
12	Formulário	FOR
13	Manual	MAN
14	Lista	LIS
15	Laudo	LAU
16	Regulamento	RGU
17	Organograma	ORG

nº	SETOR	SIGLA
01	Agência Transfusional	**ATRA**
02	Almoxarifado	**ALMX**
03	Ambulatório	**AMB**
04	Auditoria	**AUDI**
05	Biblioteca	**BIB**
06	Central de Materiais Esterilização	**CME**
07	Centro Cirúrgico	**CCIR**
08	Clínica Cirúrgica (3º andar)	**CCIR**
09	Clínica Médica (2º andar)	**CMED**
10	Comissão de Residência Médica	**COREME**

11	Comissão de Residência Multiprofissional	**COREMU**
12	Comitê de Ensino e Pesquisa	**CEP**
13	Compras	**COMP**
14	Comunicação	**COM**
15	Coordenação Administrativa	**CADM**
16	Coordenação e Apoio Assistencial	**CAAS**
17	Coordenação Multiprofissional	**CMULT**
18	Coordenação Operacional	**COPE**
19	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	**DDRH**
20	Departamento de Ensino e Pesquisa	**DEP**
21	Departamento Pessoal	**DPE**
22	Diretoria Administrativa/Financeira	**DAF**
23	Diretoria de Ensino e Pesquisa	**DIEP**
24	Diretoria-Geral	**DGE**
25	Diretoria Técnica	**DTE**
26	Engenharia Clínica	**ENGC**
27	Farmácia	**FARM**
28	Farmácia Clínica	**FARC**
29	Faturamento	**FAT**
30	Financeiro	**FIN**
31	Gerência Assistencial	**GASS**
32	Gerência Médica	**GMED**
33	Jurídico	**JUR**
34	Manutenção Predial	**MPRE**

35	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	**NQSP**
36	Núcleo de Verificação De Óbito	**NVO**
37	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar	**NVEH**
38	Núcleo Interno de Regulação	**NIR**
39	Nutrição	**NUTR**
40	Nutrição Clínica	**NUTRC**
41	Ouvidoria	**OUV**
42	Recepção	**RECP**
43	Segurança e Vigilância	**SEGV**
44	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico	**SADT**
45	Serviço de Arquivo Médico e Estatística	**SAME**
46	Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde	**SCIRAS**
47	Serviço de Higiene e Limpeza	**SHL**
48	Serviço de Transporte de Pacientes	**STP**
49	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho	**SESMT**
50	Tecnologia da Informação	**TI**
51	Traumatologia/Ortopedia (4º andar)	**TRAU**
52	Unidade de Emergência e Trauma	**UET**
53	Unidade de Processamento de Roupas	**UPR**
54	Unidade de Terapia Intensiva	**UTI**
55	Laboratório	**LAB**
56	Custos	**CUS**
57	Prestação de Contas	**PRC**

58	Morgue	**MOR**

FORMATAÇÃO

Logotipo

O logotipo nos documentos deverá obedecer ao padrão vigente adotado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, disponibilizado pelo Setor de Comunicação.

A logomarca simples destina-se aos documentos da hierarquia de circulação exclusivamente interna:

Figura 02 - Logomarca simples

Os documentos administrativos terão o logotipo composto exatamente como a seguir:

Figura 03 - Logomarca composta

São vedados o uso de logotipos, em cabeçalhos e rodapés diferentes destes apresentados e padronizados acima.

Cabeçalho

Logotipo Simples	**SETOR/UNIDADE/COMISSÃO**
	TIPO DO DOCUMENTO
	TÍTULO DO DOCUMENTO

	Codificação e Numeração	Número da Revisão	Data da Vigência

Figura 04 - Cabeçalho padrão dos documentos hierárquicos

Estará localizado em todas as páginas dos documentos da hierarquia, e deve conter:

Logomarca simples do HUGO à esquerda.

Campos "Setor/Unidade/Comissão", "Tipo do documento" e "Título do documento" - fonte Arial, caixa alta, tamanho 11, negrito e centralizado.

Campos "Codificação e Numeração" (exemplo NOR.NQSP.001), a "Revisão" refere ao número da revisão atual em que se encontra, e deve ser preenchido com numeração a partir de 00 para a primeira versão, seguindo sequencialmente para cada uma das versões posteriores, e "Data da Vigência" compreende a data limite em que ocorrerá o final da validade do documento – todos em fonte Arial, tamanho 10, centralizado.

Corpo do Texto

POP

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer as siglas e conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto. Se não houver, informar: Não Aplicável.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o POP.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/descrição das Tarefas	Agente Executor

1	Iniciar com verbo no infinitivo. Descrever em narrativa cronológica as etapas do procedimento, inclua os insumos a serem utilizados em cada etapa. (Quem faz, como faz, pra que faz, com o que faz, quando faz...)	Responsável (cargo).

6. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
	Identificar possíveis falhas que possam ocorrer, e pontuar como agir diante delas, antecipando-se à solução em situações inesperadas.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

> As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética.

Deve ser aplicado em todos os documentos:

8. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	**Motivo**

MODELO DE POLÍTICA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	**SETOR**
	POLÍTICA

	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	POL.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade da política, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática.

5. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Descrever detalhadamente e de forma organizada todos os trâmites a serem seguidos na padronização a ser instituída, de forma a facilitar e apoiar tomadas de decisões. Deve expressar as diretrizes e intenções do hospital para cumprir a missão institucional.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE PROTOCOLO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	PROTOCOLO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	PRO.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. PÚBLICO ALVO

Relatar para quem se destina, pacientes ex: internados, ambulatoriais, portadores de patologia específica ou colaboradores.

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

Descrever detalhadamente e de forma organizada todos os trâmites a serem seguidos na padronização a ser instituída, de forma a facilitar e apoiar tomadas de decisões.

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
	Identificar possíveis falhas que possam ocorrer, e pontuar como agir diante delas, antecipando-se à solução em situações inesperadas.

8. INDICADORES

Listar os dados que permitirão mensurar atributos, dimensões e ou desempenho, a partir das informações estabelecidas aqui.

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, caracteristicas do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.b

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

10. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

11. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	**Motivo**

MODELO DE PLANO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	PLANO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	PLN.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

2. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

3. PÚBLICO ALVO

Relatar para quem se destina, pacientes ex: internados, ambulatoriais, portadores de patologia específica ou colaboradores.

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

DESCRIÇÃO DO PLANO

Definir como processos e recursos serão alocados, coordenados e articulados para nortear um planejamento de ações, determinando metas e objetivos anuais.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.b

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	

Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	**Motivo**

MODELO DE PROJETO DE TRANSFORMAÇÃO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	**SETOR**
	PROJETO

	NOME DA PROPOSTA DO PROJETO DE TRANSFORMAÇÃO		
	PJT.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

DESCRIÇÃO

Expõe e esclarece os principais aspectos do projeto.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Porque o projeto deve ser feito. Quais os problemas que existem que justificam a existência do projeto.

OBJETIVO

O que a organização pretende obter com ele. Preferencialmente deve ser escrito de forma SMART (Específico, Mensurável, Atingível, Realista em um Tempo).

Exemplo: "Aumentar o faturamento em 10%, no prazo de 6 meses após a implantação."

BENEFÍCIOS

O que o projeto irá gerar de bom para a empresa no futuro?

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto é o que vai ser entregue quando o projeto for concluído até o final. São os outputs (saídas). Os requisitos são as características dos produtos que o projeto precisa atender.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

São os clientes internos e externos que podem ser afetadas pelo projeto.

Stakeholders internos: Gestores da empresa; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. Stakeholders externos: Fornecedores; Concorrentes; Governo; ONG's; Mídia; Sindicatos; Meio ambiente.

Todos esses exemplos, além de outras empresas ou pessoas que estejam associados a eles, podem ser impactados pelo projeto. Depois que o gestor do projeto identifica os stakeholders, vale a pena classificá-los conforme a afetação — se será direta ou indireta, positiva ou negativamente.

RESTRIÇÕES

Limites que já são conhecidos e que impactarão no projeto em termos de prazo e orçamento.

RISCOS

Utilizar ferramenta da qualidade conforme orientações do NQSP e anexá-la a este documento.

EQUIPE

Profissionais (perfil ou nomes) de pessoas que terão que ser envolvidas no projeto na etapa de planejamento e/ou até na execução.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

Quando começa: data de início do projeto. Quando termina: data de término do projeto. Marcos e entregas: momentos importantes do projeto, incluindo momentos de entrega.

ORÇAMENTO

Custos que o projeto terá para sua implementação.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Projeção de cálculos dos ganhos financeiros que o projeto trará à empresa, com prazos.

PLANO DE AÇÃO

É um *briefing* o qual contém as atividades que devem ser executadas e que são necessárias para que o projeto seja finalizado com sucesso, desde seu planejamento à execução. Utiliz 5w2h e anexá-la a este documento.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1	00/00/0000	

	Cargo		
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

MODELO DE PROGRAMA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	PROGRAMA		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	PGM.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

SUMÁRIO

Índice

1. INTRODUÇÃO 1

2. OBJETIVO 1

3. DEFINIÇÕES 1

4. SIGLAS 1
5. APLICAÇÃO 2
6. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA 2
7. INDICADORES 2
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 2
9. ANEXOS 4
10. CONTROLE DO DOCUMENTO 4

Obs.: A capa do PROGRAMA poderá ser personalizada com imagem ou figura que será alinhada junto ao Setor de Qualidade e Comunicação.

1. INTRODUÇÃO

Fazer um texto breve para anunciar e situar o leitor sobre o tema, fazendo uma contextualização deste com a realidade. Relate a relevância do Manual.

2. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

3. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessário, a fim de ajudar a compreensão do texto.

4. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o Manual.

6. DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

Aqui se desdobra a apresentação do programa.

7. INDICADORES

Inserir o monitoramento dos indicadores do programa.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

9. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

10. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1	00/00/0000	

	Cargo		
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão Nº	Motivo

MODELO DE MANUAL

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	MANUAL		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	MAN.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 1

2. OBJETIVO 1

3. DEFINIÇÕES 1

4. SIGLAS 1

6. DESCRIÇÃO DO MANUAL 1

6.1 ETAPA DA DESCRIÇÃO 2

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA 2

8. ANEXOS 4

9. CONTROLE DO DOCUMENTO 4

Obs.: A capa do Manual poderá ser personalizada com imagem ou figura que será alinhada junto ao NQSP e Comunicação.

1. INTRODUÇÃO

Fazer um texto breve para anunciar e situar o leitor sobre o tema, fazendo uma contextualização deste com a realidade. Relate a relevância do Manual.

2. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade do documento, iniciar com verbo no infinitivo.

3. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

4. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

5. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o Manual.

6. DESCRIÇÃO DO MANUAL

Aqui se desdobram e se constroem os argumentos. Escreva de forma concisa os itens que devem ser obedecidos e cumpridos, bem como a forma como esses devem ser executados pelos colaboradores da instituição, quer seja individualmente, quer seja em conjunto, favorecendo a integração dos diversos subsistemas organizacionais

6.1 ETAPA DA DESCRIÇÃO

Quando aplicável, descrever as etapas detalhadamente.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

8. ANEXOS

Se houver inserir, ou, se for o caso, inserir: Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1	00/00/0000	

	Cargo		
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO DE NORMA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	NORMA		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	NOR.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

1. OBJETIVO

Descrever com clareza a finalidade da norma, iniciar com verbo no infinitivo.

2. DEFINIÇÕES

Esclarecer conceitos que se fizerem necessários, a fim de ajudar a compreensão do texto.

3. SIGLAS

Inserir a Sigla e significado, ex.: PCR: Parada Cardiorrespiratória

4. APLICAÇÃO

Discriminar o setor que colocará em prática o protocolo.

5. DESCRIÇÃO

Descrever detalhadamente e de forma organizada o contexto/sobre da norma a ser instituída.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Listar as evidências científicas, diretrizes ou legislações utilizadas para a construção do documento. Fazer as citações em estilo Vancouver.

As referências bibliográficas devem ser listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto e indicadas por números arábicos entre parênteses (1), colchetes [1], super índice 1, ou uma combinação de colchetes mais super índice [1], e não pelo sobrenome do autor em ordem alfabética. Seguem abaixo exemplos:

Artigos de revista:

Thumé E et al. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. Rev de Saúde Pública. 2010;44(6):1102-1111.

Artigo de revista online:

Francês I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulação psicocognoscitiva nas demências. An Sist Sanit Navar [revista em Internet] 2003 setembro-dezembro. [acesso 19 de outubro de 2005]; 26(3). Disponível em: http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html

Artigo de jornal:

Montagnier L. Perigos e consciência. Folha de São Paulo. 30 jan 2000; Caderno Mais: 8-9.

Livros:

Medeiros JB. Português instrumental. 9. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Livros em formato eletrônico:

Brasil. Ministério da Ciência e Tecnologia. Sociedade da informação no Brasil. [livro online]. Brasília: MCT; 2000. [acesso em 02 out 2014]. Disponível em http://www.socinfo.org.br/livro_verde/download.htm.

Publicações online:

Pedroso IVCP. (2014). Globalização, comércio mundial e formação de blocos econômicos: entenda a dinâmica das grandes corporações e veja os efeitos da globalização no mercado. [publicação online]; 2014 [acesso em 14 abr 2015]. Disponível em comercio-mundial-formacao-de-blocos-economicos.html

Site:

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil [acesso em 27 mar 2005]. Disponível em: http:www.ibge.gov.br

Tese, dissertação, monografia e projeto de pesquisa:

Nunes AMT. A abordagem do arrebatamento da Igreja analisado sob o ponto de vista cristão pré-milenista. Belo Horizonte: Instituto de Educação Continuada da PUC Minas, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso em Ciências da Religião.

Trabalho apresentado em evento – Simpósios, Jornadas, Congressos, Seminários, Encontros, Workshops, Colóquios, entre outros:

Anais do 4. Simpósio Internacional sobre a Juventude Brasileira; 16-18 jun 2010; Belo Horizonte (MG): PUC Minas; 2011.

Documentos legais:

Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 set 2006.

Base de dados online:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde [base de dados online]. São Paulo: BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. 2014 [acesso em 17 maio 2014]. Disponível em:

7. ANEXOS

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão Nº	Motivo

MODELO DE REGIMENTO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	REGIMENTO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	REG.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

PREÂMBULO

Citar aqui regulamentações que subsidiam o regimento ou ainda citação científica. Caso não haja, inserir "NÃO APLICA"

Ex.:

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 222 de 18 de março de 2020 da ANVISA;

A Diretoria do Hospital Estadual de Urgências de Goiânia Dr Valdemiro Cruz RESOLVE aprovar o Regimento Interno do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP).

Art. 1° - Dos Objetivos

São Objetivos do (inserir nome da Comissão):

Inserir os objetivos da comissão

Art. 2° Das Atribuições

A (inserir nome da Comissão possui as seguintes atribuições:

Inserir todas as atribuições da comissão

Art. 3° - Da Composição

O NSP será constituído por membros executores e membros consultores. Terá como membros executores, no mínimo, um profissional da área (inserir área de atuação) para atuar como coordenador e um servidor de apoio técnico-administrativo. Terá como membros consultores profissionais da equipe multidisciplinar definida em Portaria específica.

A (citar nome da comissão) será subordinado diretamente à (citar subordinação).

Para realização dos trabalhos do NSP os membros consultores deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais durante a execução das mesmas. O tempo mínimo de dedicação por membro consultor será definido pela coordenação do NSP, de acordo com as necessidades e perfil do hospital.

Art. 4° - Das Competências

I. Compete ao Coordenador

.

II. Compete aos membros executores

III. Compete aos membros consultores

a)

b)

c)

d)

Art. 5° - Do Mandato

O mandato será por (inserir tempo do mandato) conforme validação da Diretoria Geral do HUGO. A relação dos membros de cada mandato deverá ser oficializada na ata da reunião, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 6° - Do Funcionamento e Organização

Deverão ocorrer reuniões (inserir periodicidade), ou conforme a necessidade, ou seja, se necessário reuniões extraordinárias, com data, local e horário, previamente definidos e informados aos membros (inserir comissão).

As decisões (inserir comissão) serão tomadas por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões.

As reuniões (inserir comissão) deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas e encaminhadas aos respectivos responsáveis.

As resoluções (inserir comissão) serão decididas com a participação da maioria simples. Os assuntos tratados pelo NSP deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pela Diretoria Geral, ou pelo Coordenador (inserir comissão).

INSERIR MAIS ARTIGOS COMFORME FOR NECESSÁRIO

Elaboração:	Nome do Elaborador Cargo	00/00/0000	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1	00/00/0000	

	Cargo		
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

MODELO DE REGIMENTO INTERNO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	REGIMENTO INTERNO		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	REG-SETOR-0XX	Versão 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

O documento deve ser estruturado em capítulos, seções, artigos e incisos; deve descrever minimamente o objetivo e o campo de aplicação. O texto deve ser feito com fonte Arial, tamanho 11, espaçamento 1,5.

Assinatura do Gestor

Assinatura do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

MODELO DE FORMULÁRIO

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
	FORMULÁRIO		
	CRONOGRAMA PADRÃO		
	FOR.NQSP.022	Revisão: 03	Vigência: 01/11/2023

SETOR

Nº

ATA	HORA	LOCAL	RESPONSÁVEL	AÇÃO

MODELO DE LISTA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	SETOR		
	LISTA		
	TÍTULO DO DOCUMENTO		
	LIS.SETOR.XXX	Revisão 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

TÍTULO DO DOCUMENTO					

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Nome do Elaborador** **Cargo**	**00/00/0000**	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

Observação: O campo Validação deverá ser preenchido pelo SCIRAS, SESMT ou NQSP.

Revisão N°	Motivo

MODELO JUSTIFICA DE FALTA

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
	FORMULÁRIO		
	JUSTIFICATIVA DE FALTA - REUNIÃO		
	FOR.NQSP.004	Revisão 01	Vigência: 28/07/2023

DE: (NOME COMPLETO)

PARA: (NOME DA COMISSÃO)

Goiânia, ____ de _____ de 202__

Venho por meio desta, justificar a minha ausência da Reunião Ordinária da _____, que ocorreu no dia _____ de _____ de 202__.

Conforme motivo (s) abaixo especificado:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Atenciosamente,

Assinatura do Membro:

_____

4.7.3.1 FORMATAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Fonte: Arial, tamanho 11, justificado, espaçamento 1,5;

Utilizar espaçamento 1,0 para citação longa;

Os títulos e subtítulos dos capítulos apresentados no corpo do texto devem ser destacados em negrito, fonte Arial, caixa alta, tamanho 11, numerado em ordem sequencial (Ex.: 1.,2.,3.) com alinhamento à esquerda e espaço antes e depois parágrafo: separando os títulos e subtítulos com os o texto;

Citações diretas, indiretas, citação de citação, fonte Arial 9.

As margens seguem a configuração moderada do Word / WPS Office / LibreOffice.

A composição de cada documento seguirá os itens de seu modelo, e serão redigidos fielmente às especificações solicitadas em cada tópico.

As figuras ou fotos podem ser coloridas e deverão ser dimensionadas de acordo com a necessidade, alinhadas preferencialmente à esquerda, e a sua legenda é inserida na primeira linha abaixo da imagem, com a primeira letra de cada palavra em caixa alta, exceto as preposições, alinhamento à esquerda, e deve indicar o número da figura e a descrição; fonte Arial, tamanho 10, (Ex: Figura 01 – Xxxxxxxxxxxx).

Os anexos serão numerados com algarismos arábicos, precedidos da palavra "Anexos".

Os anexos deverão estar em formato "Print Screen / Captura de Tela". Se o anexo referir-se a um documento de origem externa, deve ser somente citado no corpo do texto.

A bibliografia segue o estilo Vancouver e **são listadas de acordo com a ordem de aparecimento no texto**; fonte Arial, tamanho 11, espaçamento 1,5, alinhamento justificado.

Controle do Documento

Deve vir no final de cada documento da hierarquia, apresentado em forma de tabelas com contorno, alinhadas à esquerda, fonte Arial, tamanho 10, espaçamento 1.5, com os títulos destacados em negrito e as informações: "Elaboração", "Revisão", "Validação" e "Aprovação", "Número e a Motivação da Revisão".

As datas deverão ser descritas no formato: 00/00/0000.

Os documentos deverão ser assinados a próprio punho, com a identificação profissional ao lado de cada responsável, com caneta preta ou azul.

No campo "Elaboração" não pode ser excluído o nome do elaborador em nenhuma revisão, e nos campos "Revisão", "Validação" e "Aprovação" devem constar os nomes dos participantes do ciclo documental somente da versão vigente.

Formulários, ordens de serviço e documentos administrativos não terão o campo Controle do Documento.

Rodapé

Conterá em todas as páginas dos documentos administrativos e da hierarquia, a numeração de página de modo a permitir reconhecer a página atual e o quantitativo total de páginas do documento, (ex.: Página 01 de 03); fonte Arial, tamanho 10, números em negrito centralizado.

Os documentos que são cópia não controlada, terão no rodapé, abaixo da paginação o texto "CÓPIA NÃO CONTROLADA", fonte Arial, tamanho 10, negrito e centralizado.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000/2015: Sistemas de gestão da qualidade - Fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9001/2015: Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Manual de Redação da Presidência da República, 3ª edição, revista, atualizada e ampliada. Brasília, 2018. Disponível em: http://www4.planalto.gov.br/centrodeestudos/assuntos/manual-de-redacao-da-presidencia-da-republica/manual-de-redacao.pdf

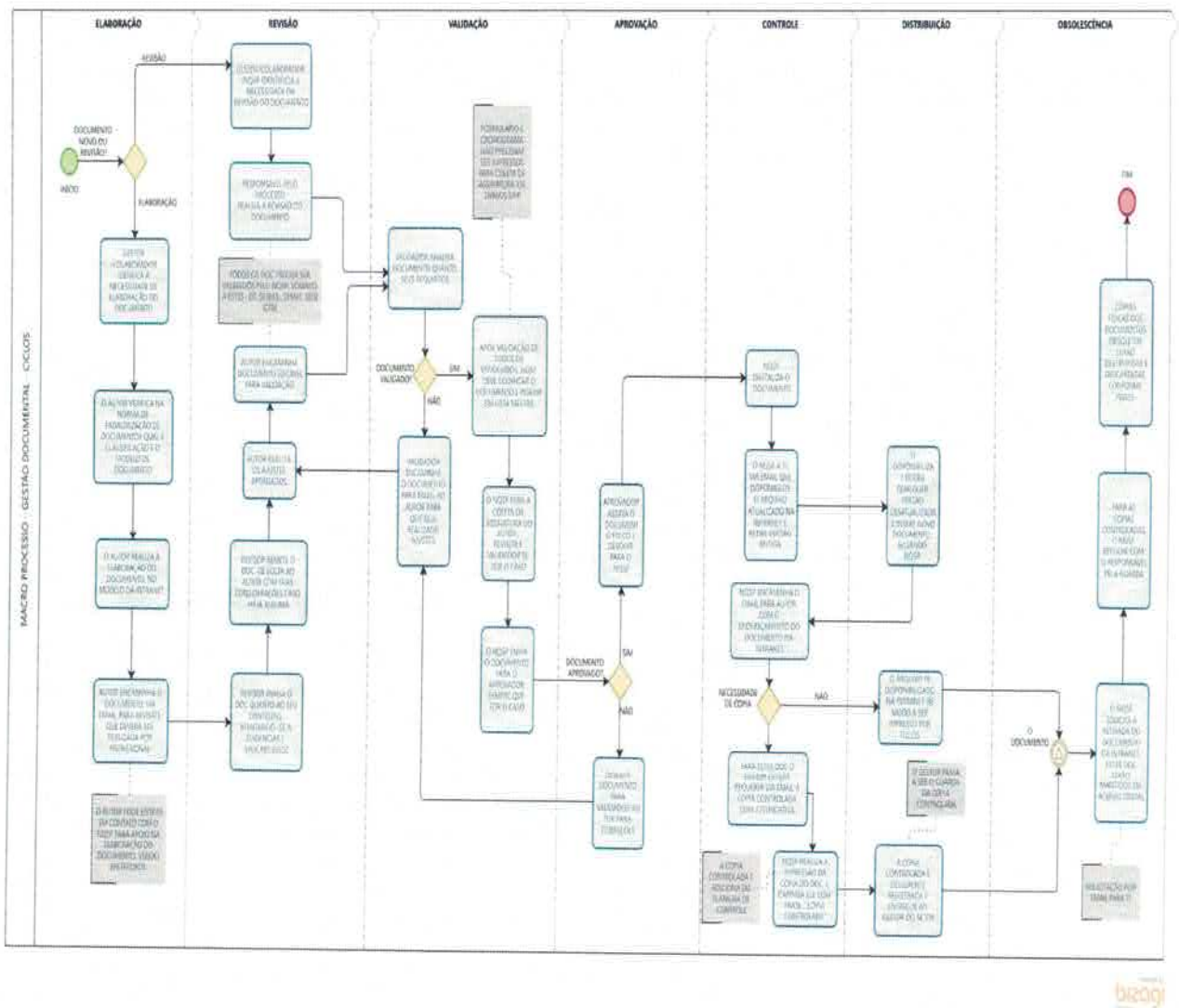
GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Manual de Redação do Governo do Estado de Goiás / Governo do Estado de Goiás, Gabinete Civil, Agência Goiana de Administração e Negócios Públicos. Goiânia: Aganp, 2005. Disponível em: https://www.administracao.go.gov.br/?option=com_content&view=article&id=13213

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Sistema de Gestão da Qualidade. Norma Operacional de Elaboração e Controle de Documentos Institucionais. Versão 2. Brasília, 2019. Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/documents/2016343/4699516/Norma_de_Elaboracao_e_Controle_de_Documentos_v.2___01.08.19.pdf/6443dcd1-56e2-486f-a051-36051fdca948

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo, 2018.

ANEXOS

ANEXO I - Fluxograma do Ciclo de Gestão de Documentos (FLU.NQSP.003)



CONTROLE DE REGISTRO

Elaboração	Tamilles da Silva Borges Supervisora da Qualidade	01/09/2022	

Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	28/10/2022	
	Luzia de Sousa Silva Assistente Administrativo NQSP	28/10/2022	
Validação:	Mirian da Silva Pires Santos Gerência Assistencial	28/10/2022	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Técnico**	28/10/2022	

5.1.3 POP -Padronização Protocolo Assistencial

Forma para Elaboração de documentos	
1.Objetivo	
Definir critérios e requisitos para a elaboração, manutenção e padronização da apresentação de documentos tais como: políticas, planos, procedimentos, normas e protocolos clínicos. Todos os documentos criados pela instituição serão disponibilizados na intranet.	
2. Referência	
Não se aplica.	
3.APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Todos os setores do Hospital	Supervisores, Coordenadores, Gerentes e Diretores.
5. MATERIAIS NECESSÁRIOS	

Não se aplica.

6. DEFINIÇÕES

SCIrAS — Setor de Controle de Infecções relacionada a Assistência à Saúde

6.1. Conceitos:

Esta norma utiliza-se de diversos termos e nomenclaturas de documentos que tem sua definição abaixo, a fim de padronizar os conceitos:

Política – Conjunto de intenções e diretrizes definidas pela empresa, que indica "O QUE" e norteiam todas as atividades, atendendo à Visão e Missão da instituição.

Plano – Documento resultante de um processo de planejamento que precede e determina as estratégias e apões da instituição, relacionadas a um assunto em específico.

Norma – Documento técnico escrito, estabelecido por consenso e aprovado pela direção do Hospital que formaliza, para uso comum e repetitivo, um conjunto de princípios, características e regras sobre atividades elou produtos específicos. Tudo isso com a finalidade de uniformizar e garantir o seu modo de funcionamento.

Procedimento Operacional Padrão — É o documento que contém a descrição do conjunto de técnicas das atribuições, atividades e responsabilidades inerentes a um processo. Nele especifica-se a forma de executar uma tarefa, organizando as atividades e responsabilidades do "COMO FAZER", visando estabelecer e fixar rotinas, atividades ou instruções de trabalho através de procedimentos, estabelecendo uma linha de sequência lógica e dinâmica. As etapas operacionais (7. Descrição dos Procedimentos) podem ser de forma descritiva ou gráfica (fluxograma).

Protocolo — Descrição de um plano ou conjunto de etapas específicas da assistência, que contém o que se faz, quem faz e como se faz, visando direcionar os profissionais assistenciais na prevenção, recuperação ou reabilitação à saúde; as diretrizes médicas se encaixam nessa categoria.

6.2. Composição de Documentos:

Refere-se ao conteúdo específico de cada documento, o qual conterá itens e subitens de acordo com a necessidade.

Norma e POP deverão conter, os seguintes tópicos:

1-Objetivo — item que detalha, de forma clara, concisa e sem ambiguidades, o assunto de que trata o documento.

2-Referência — item que informa as referências externas (bibliografias, estudos, manuais, etc., de Instituições e Órgãos competentes ao assunto). Assim como referências internas (documentos normativos, podendo ser políticas, planos, normas e protocolos clínicos).

3-Aplicabilidade — item que descreve o local/setor a ser aplicado o documento.

4-Responsabilidade — os cargos e/ou funções responsáveis pela implantação do documento.

5-Materiais Necessários — descrição de materiais necessários para execução do procedimento descrito.

6-Definição — item opcional que contém as definições de termos necessários para uma melhor compreensão do documento.

7-Descrição do Procedimento — item que descreve passo a passo da rotina, processo, protocolo elou atividade a ser realizada.

8-Tarefas Crítica/Especiais — serve para reforçar algum ponto mais importante descrito no procedimento.

9-Indicadores — existe para que seja informado o indicador ligado àquele POP, caso exista.

10-Documentos de Apoio — são todos os documentos utilizados ou referidos na descrição do documento podendo ser utilizados no seu formato original (opcional).

Importante: Os anexos elaram apêndices devem estar citados no campo "Documentos de Apoio", bem como qualquer outro processo / norma / plano / protocolo, etc.

11-Controle de Revisões Efetuadas — tabela com data e motivo das revisões ocorridas.

Políticas, planos e protocolos deverão seguir o mesmo padrão dos POPs e normas, salvo no item 7-Descrição de Procedimento. Para Políticas utilizar 7 — Diretrizes, para Planos utilizar 7-Descrição do Plano, para protocolos utilizar 12 — Descrição do Protocolo.

Ciclo de Aprovação

Elaboração — É a fase inicial do documento, ou seja, o momento em que o documento foi criado. Nesse campo consta a data de elaboração e o nome do responsável pela criação desse documento.

Revisão Após criação do documento, o supervisor/coordenador/gerente/diretor da área deve revisar e avaliar conteúdo. Nesse campo consta a data em que o documento foi revisado e o nome do responsável que revisou.

Revisão do SCIrAS — Após a revisão do documento, o SCIrAS revisa todo conteúdo e se está de acordo com suas normas, Nesse campo consta a data em que o documento foi enviado/ revisado e o nome do responsável SCirAS que realizou a revisão.

Aprovação NQ – Após a revisão do SCIrAS elou do superior da área, a Qualidade avalia o conteúdo e estrutura do documento, e se está de acordo com a norma zero. Nesse campo consta a data em que o documento foi validado pela Qualidade e o nome do responsável que analisou.

Aprovação Diretoria e Finalização – Após aprovação do NQ, o documento é encaminhado para Diretoria avaliar e efetuar a assinatura. Todos os documentos deverão ser assinados pela Diretoria-Geral, seguido pela Diretoria Técnica tratando-se dos documentos assistenciais e Diretoria Administrativa tratando-se dos documentos gerenciais. Nessa fase não se é permitida a alteração do conteúdo.

Após a finalização do documento, não é permitido alterar o documento utilizando o mesmo número de versão.

Caso algum documento necessite alteração antes do prazo de validade, será criada uma nova versão com o motivo dessa criação, podendo ser: documento digitado fora da norma zero, erros de ortografia, nova rotina implantada, novo anexo ou informações na referência, etc.

No momento da criação de uma nova versão, a antiga fica disponível em uma pasta eletrônica de documentos obsoletos, no Núcleo de Qualidade.

Período de Revisão

A periodicidade de revisão dos documentos acontecerá:

A cada 02 anos, ou conforme necessidade.

Observação: O documento poderá ser alterado antes desse período sempre que houver alteração de rotina, legislação, anexo, etc., conforme descrito no item ciclo de aprovação.

Hierarquia dos Documentos Políticas;

Protocolos e Planos;

POP e Fluxograma;

Registro da Qualidade.

7.DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

7.1 Fonte do corpo do documento:

O corpo de texto de todos os documentos deverá ser elaborado na Fonte ARIAL NORMAL, Tamanho 12. Mudanças na formatação e no tamanho desta fonte em lugares específicos serão especificadas a seguir.

7.2 Formatação da impressão dos documentos:

Os documentos devem ter suas páginas configuradas para impressão no seguinte padrão: Papel A4, Fonte Arial 12, margem superior 6 cm, inferior 4 cm, esquerda 2 cm, direita 1,5 cm, cabeçalho 2 cm, rodapé 2 cm, espaço entre linhas 1,5 cm e espaço depois do parágrafo.

Os documentos estarão disponíveis via eletrônica, em pasta na intranet com acesso apenas para visualização, sem permissão de impressão.

Os setores que necessitarem de cópias dos documentos deverão solicitar os mesmos à qualidade para providência com cópia controlada.

7.3 Cabeçalho do documento

Todos os documentos tais como: políticas, procedimentos, normas e protocolos do Hospital, tem a logo da instituição no cabeçalho.

Título do documento

Documento: deve ser claro e conciso (o mais curto possível), centralizado e todo em letras MAIÚSCULAS, na fonte ARIAL 14.

Número de identificação do documento obedecendo à seguinte regra: Número da Versão;

Número de Revisão, caso já tenha ocorrido;

Data da Criação;

Sigla do tipo de documento;

Sigla do Setor (no caso de a gerência ter mais de um setor);

Número do documento (por ordem de criação por setor elou gerência);

Exemplos: POP.ENF.UTI.OI / POP.ADM.IO

Abaixo as siglas padronizadas utilizadas naS UNIDADES

NOR — Norma PC — Protocolo Clínico

PLA - Plano POP — Procedimento Operacional Padrão

POL - Política PG — Procedimento Gerencial

Siglas setoriais:

ADM — Administração AMB — Ambulatório

AUD — Auditoria CC — Centro Cirúrgico

CME — Central de Material e Esterilização

COMP - Compras DP — Departamento Pessoal EMERG - Emergência

EDA — Endoscopia ENF — Enfermagem

FARM - Farmácia FAT — Faturamento FISIO - Fisioterapia

GP — Gestão de Pessoas HIG — Higiene

GTI — Informática UINT — Internação

LAB — Laboratório LAV — Lavanderia

ENGE — Manutenção

SCIrAS — Setor de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde

NIR — Núcleo Interno de Regulação

SGQ — Sistema Gestão da Qualidade RECEP - Recepção

SAME — Serviço de Arquivo Médico SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

UTI Unidade de Terapia Intensiva AT -Agência Transfusional

EMTN — Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional

DEP — Diretoria de Ensino e Pesquisa

SS — Serviço Social FONO — Fonoaudiologia

ODONT — Setor de Odontologia SND - Serviço de Nutrição e Dietética

PSIC — Psicologia LAVAN - Lavanderia

CIHDOT — Comissão Intra Hospitalar de Doação de órgãos e tecidos

DDRH — Recursos Humanos NSP — Núcleo de Segurança doPaciente

EP — Educação Permanente ANEST — Serviço de anestesiologia

INST — Institucional ACUPU - Acupuntura

OUVI – Ouvidoria SESMT — Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

PICS — Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

C) Fases do documento: cada documento criado passa por um processo de aprovação, como:

Elaboração do documento

Revisão do documento

Revisão do documento pelo SCIrAS, caso necessário.

Aprovação do documento

Finalização do documento

Após a finalização do documento e criação da lista mestra conforme modelo padrão, a mesma deverá ser encaminhada à diretoria para assinatura, validando assim os documentos relacionados e então encaminhar os documentos assinados à qualidade. Apenas após a lista mestra ser assinada, o núcleo da qualidade publicará os documentos para acesso na intranet.

Os documentos de terceiros poderão seguir a logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação enterro da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor. Apenas após receber os documentos e a lista estar assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade publicará os documentos na intranet.
8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS
Os Documentos de terceiros poderão seguir logo da empresa, mas deverão ser validados conforme fluxo de validação interno da instituição. As cópias dos documentos deverão ser disponibilizadas na intranet para acesso conforme necessidade de específica de cada setor. Apenas após receber os documentos e lista mestra assinados pela diretoria, o núcleo da qualidade publicará os documentos na intranet.
9.INDICADORES
Não se aplica
10. DOCUMENTOS DE APOIO

Os Documentos a serem elaborados envolverão todo Hospital, nas áreas administrativas e assistenciais. Para o INSTITUTO CEM todos os colaboradores do Hospital, bem como pacientes, acompanhantes e familiares serão beneficiados. O alinhamento das documentações voltadas à estruturação da assistência e melhoria dos processos de trabalho são pilares para a diferenciação do atendimento prestado aos usuários dos serviços de saúde, e para tanto se faz necessário a busca contínua pela excelência técnica que permita uma prática consistente e segura para o profissional e cliente/usuário.

5.2 Proposta de Manual de Rotinas para Administração Financeira e Gestão De Custos

5.2.1 Manual de Rotinas para Administração Financeira

Todas as rotinas de Administração Financeira estão subordinadas à Diretoria Administrativa Financeira, e destina-se a gerenciar e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de: Faturamento e Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas Institucionais para a realização dos trabalhos.

A Administração Financeira está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A gestão contábil financeira do Hospital em relação ao Contrato de Gestão para a administração da Unidade deverá compreender um conjunto de ações e procedimentos administrativos que visam maximizar os resultados econômicos e financeiros, contemplando um conjunto de procedimentos administrativos que envolvem o planejamento, a análise e o controle das atividades financeiras da instituição. A partir de um detalhado planejamento inicial serão adotados os procedimentos elencados abaixo, visando a melhor execução de cada um dos itens, otimizando as ações da gestão financeira como um todo.

Contas a Pagar e a Receber: Processo a ser operado pela área de Finanças que operacionaliza os pagamentos e recebimentos, para dar suporte ao fluxo de caixa e demais processos financeiros;

Fluxo de Caixa: Processo que faz a ligação entre as projeções dos recebimentos e pagamentos e as decisões de aplicação de recursos financeiros;

Aplicação de Recursos Financeiros: Processo que deverá definir e operar as aplicações temporárias de sobras de caixa, trabalhando preferencialmente com ativos financeiros de baixo risco e alta liquidez, também alinhados com o fluxo de caixa para dar confiabilidade aos compromissos da instituição;

Controle de estoque: É o processo que deverá registrar, fiscalizar e gerir a entrada e saída de mercadorias e produtos da instituição. A parte física deverá ser realizada pela áre administrativa, enquanto a parte financeira é feita pela área gestão financeira/contábil;

Apuração de resultados: Processo que deverá demonstrar, de maneira clara e transparente, os resultados, apurando o saldo final de todas as contas, encerrando todas as contas de receitas e despesas, que irão para a conta de Resultado do Exercício;

Gestão patrimonial: Processo que deverá atualizar os valores monetários do patrimônio, através da contabilização e depreciação de seus bens imobilizados, a fim de ter um controle efetivo de todo o empreendimento da empresa. Neste processo está a atividade de balanço patrimonial, identificação e baixa do ativo imobilizado, balanço das depreciações, e listas de bens por grupo;

Gestão orçamentária: Este processo deverá ser implantado e terá como finalidade melhorar a rentabilidade do projeto/contrato de gestão, através de ajuste dos custos e despesas do mesmo.

Abaixo apresentamos um modelo do Manual de Rotinas para Administração Financeira que poderia ser aplicado para o Do Hospital, a se adequar respeitando as devidas proporcionalidades e características da unidade:

À Gerência Contábil e Financeira compete:

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de finanças, de forma a estabelecer política de investimentos, através do controle do fluxo monetário da Unidade de saúde.
- Gerenciar, acompanhar e responder pelas atividades de pagamentos e recebimentos da Instituição.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Gerenciar e acompanhar os processos de cobrança para faturamento, garantindo a representatividade das tabelas unitárias dos serviços.
- Outras atividades correlatas.
- A Gerência Contábil e Financeira é exercida, por profissional legalmente habilitado e capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.
- A Gerência Contábil e Financeira é composta por: Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber, Serviço de Finanças, Serviço de Contabilidade

Fluxo Administração Financeira

Incluir Nota fiscal, relatório de atividades, certidões de regularidade, declaração do fiscal de execução dos serviços – Gestão de Contratos

Incluir ordem de pagamento e memorando de autorização - Controladoria

Aprovar memorando de autorização de pagamento – Diretoria Geral

Emitir planilha de retenção de impostos - Contabilidade

Auditoria Interna – Auditor Interno

Realizar Pagamento – Diretoria Financeira

Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria

Lançar Documentos no SIPEF

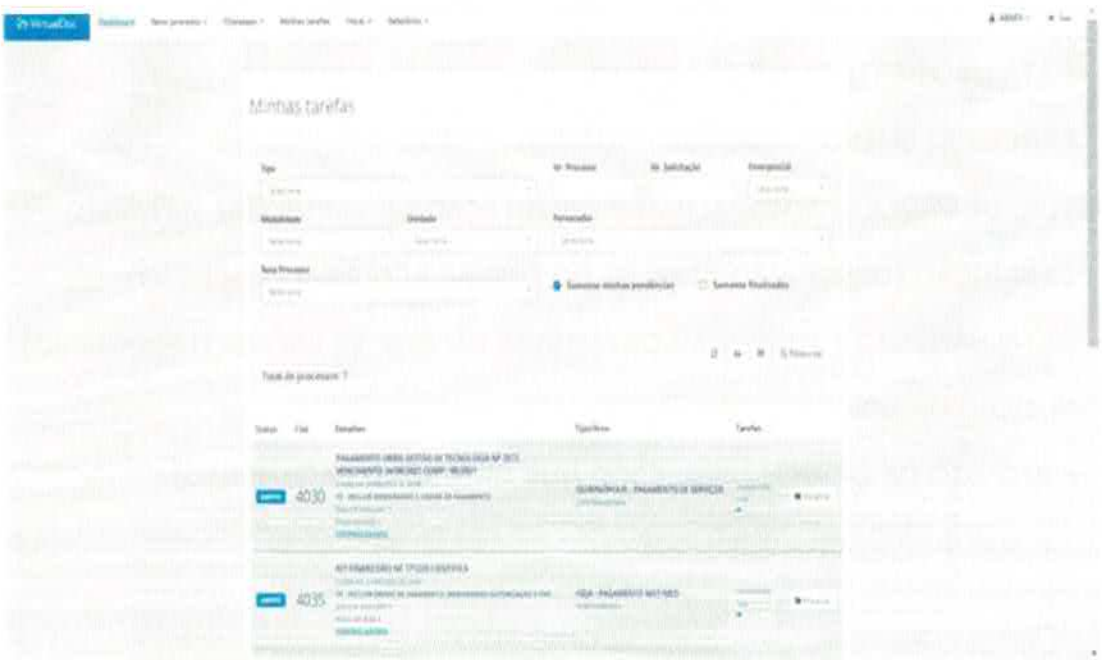
Contabilizar Documentos/Comprovantes - Contabilidade

CONHECENDO O SISTEMA VIRTUAL DOC

No layout da página do virtual DOC, vamos fazer o loguin para acessar a plataforma, são colocados o usuário e senha cadastrados para cada colaborador.

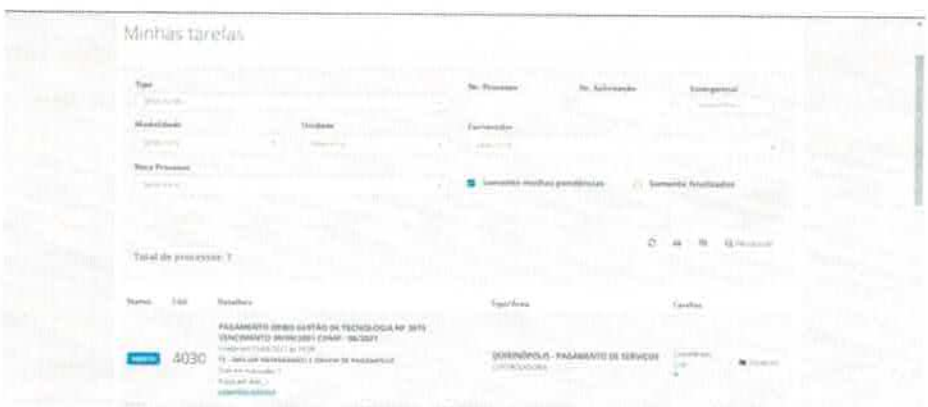
Após o acesso à área do usuário, entramos no Dashbord inicial do sistema, com várias informações no menu superior, são cinco itens contendo subitens para cada evento e etapas do processo, iremos relacionar abaixo os passos que competem a CONTROLADORIA.

É necessário abrir a página de "Minhas Tarefas" para identificar quais pendências demandas já estão disponíveis para o setor.



Nesse exemplo, temos 7 processos pendentes na tarefa da CONTROLADORIA, tarefas entre inclusão de Memorando de Autorização, Ordem de Pagamento e CND's e também inclusão de Comprovante de Pagamento, quando já houver a realização do pagamento. São exibidas informações como número do processo, descrição, unidade hospitalar entre outras conforme demonstrativo abaixo.

Próximo passo é abrir o processo que iremos dar andamento, clicando no Ícone "Visualizar".



Irá abrir a página do processo, contendo todas as informações do mesmo, na aba "DETALHES" contém informações de:

-STATUS DO PROCESSO (ABERTO/FINALIZADO/CANCELADO)

-NUMERO DO PROCESSO

-DATA DA ABERTURA DO PROCESSO

-PROCESSO EMERGENCIAL (SIM OU NÃO)

-TIPO DE PROCESSO/MODALIDADE (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS/ MAT/MED)

-DESCRIÇÃO (DESCRIÇÃO SIMPLES DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

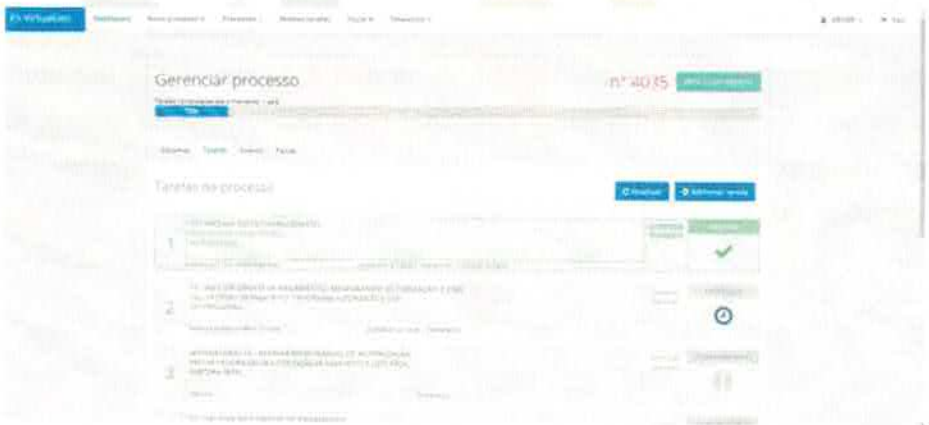
-DETALHAMENTO (DESCRIÇÃO DETALHADA DO QUE SE REFERE O PROCESSO)

-NUMERO DA SOLICITAÇÃO

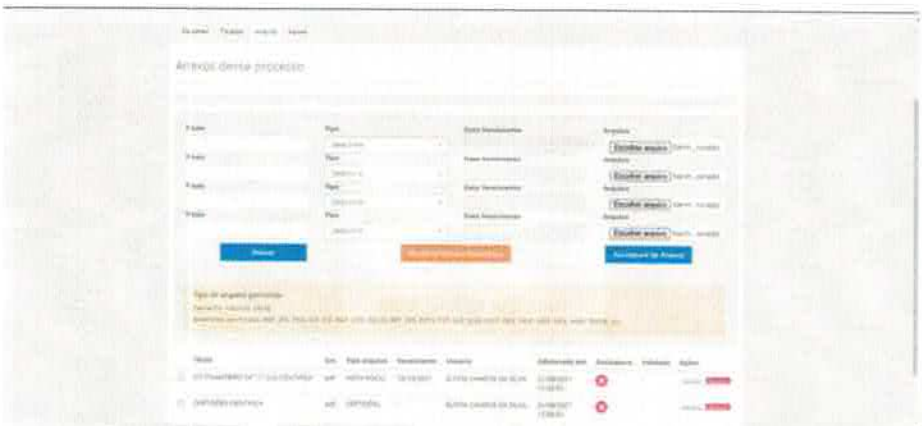
-PROCESSO DE ORIGEM (PROCESSO QUE ORIGINA O PAGAMENTO)

Na aba "TAREFAS" informa o passo a passo do processo até que se possa ter a finalização e conclusão do mesmo, nesse exemplo precisamos iniciar nossa tarefa, clicando no botão "Iniciar Execução" e confirmando a execução da tarefa, para que se inicie as atividades dentro do processo.

Após iniciar a execução, o sistema iniciara a contagem de quanto tempo a tarefa ficara em aberto, até que se conclua essa etapa.

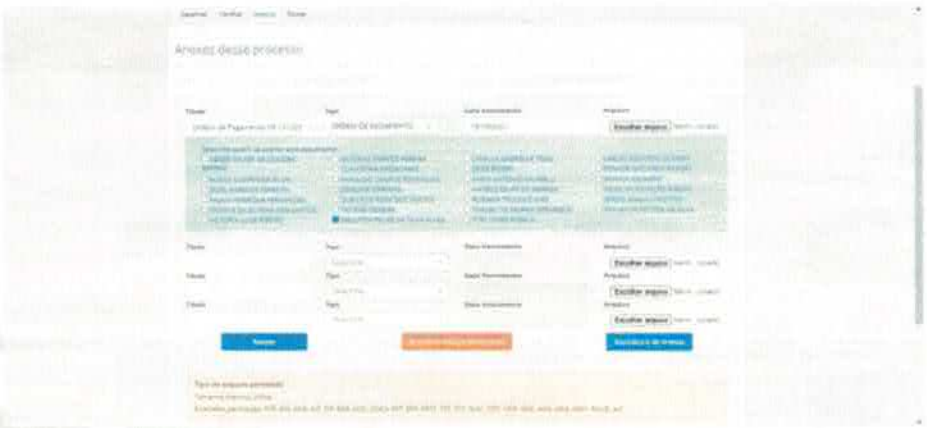


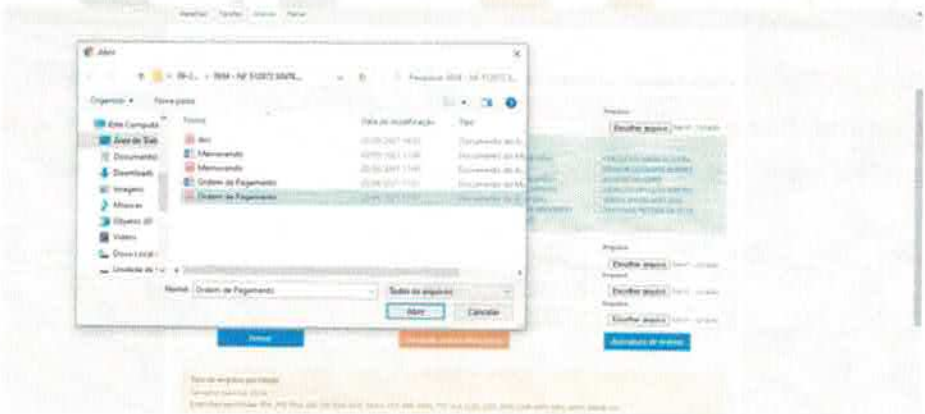
Na aba "anexos" é onde de fato se encontra toda a documentação do processo, e onde se pode anexar mais documentos para composição do processo, neste passo podemos anexar, tanto documentos em formato PDF, EXCEL e em formato Word, mas, somente em formato PDF, que o documento poderá ser visualizado em a necessidade de fazer o download. Os processos já anexados ficam disponíveis em ordem de inclusão, mas podem ter sua ordem alterada apenas "arrastando" e alocando conforme necessidade do usuário.

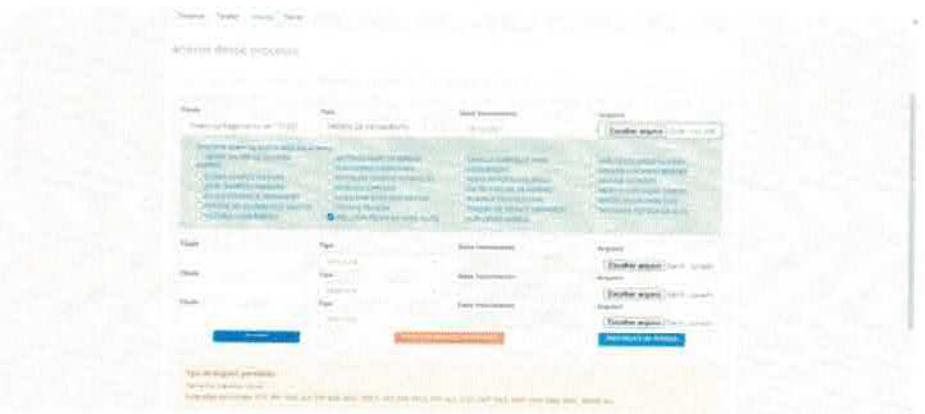


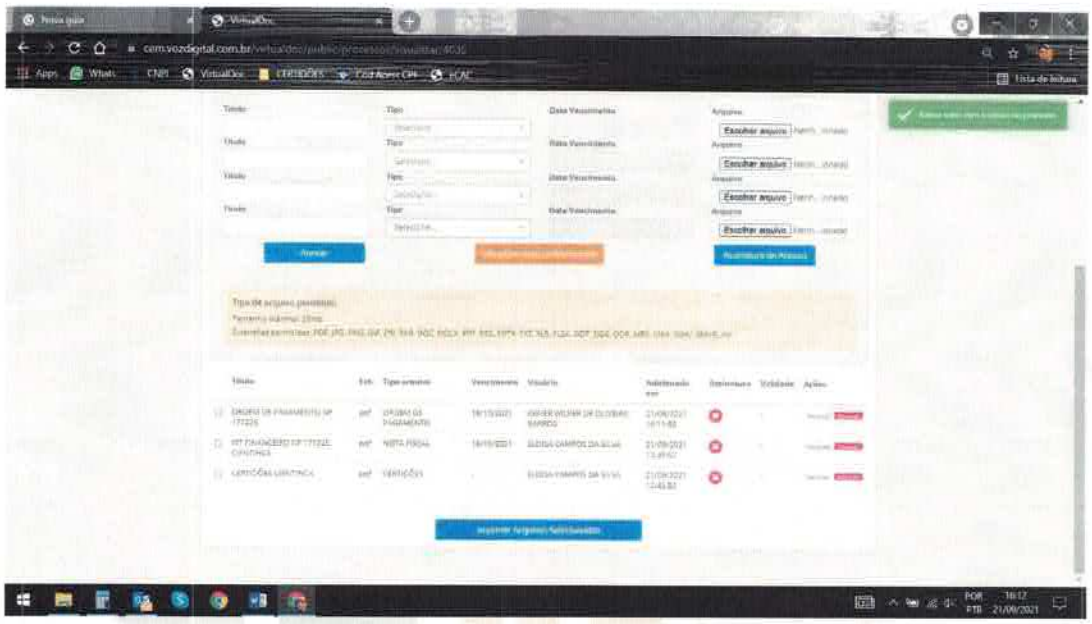
No campo "Título", é campo de descrição livre, podemos colocar o nome do anexo que estaremos inserindo no sistema, não tem quantidade limite de caracteres. No campo "Tipo", é um campo onde já tem descrições já pré-definidas e resumidas, sem opção para edição, como (boletos, relatórios, memorandos, etc) e que vão ser escolhidas conforme anexo que estará inserido, nesse momento, dependendo do anexo e da descrição escolhida, abrirá a caixa de data de vencimento e uma caixa adicional para assinatura do anexo, que permite que qualquer usuário cadastrado possa assinar o anexo digitalmente, validando o documento, clicando no usuário que deva assinar.

Com essas informações preenchidas, basta anexar o arquivo clicando no campo "Arquivo", e escolher qual documento inserir, e clicar no ícone "Anexar", e o documento já estará visível na relação abaixo.

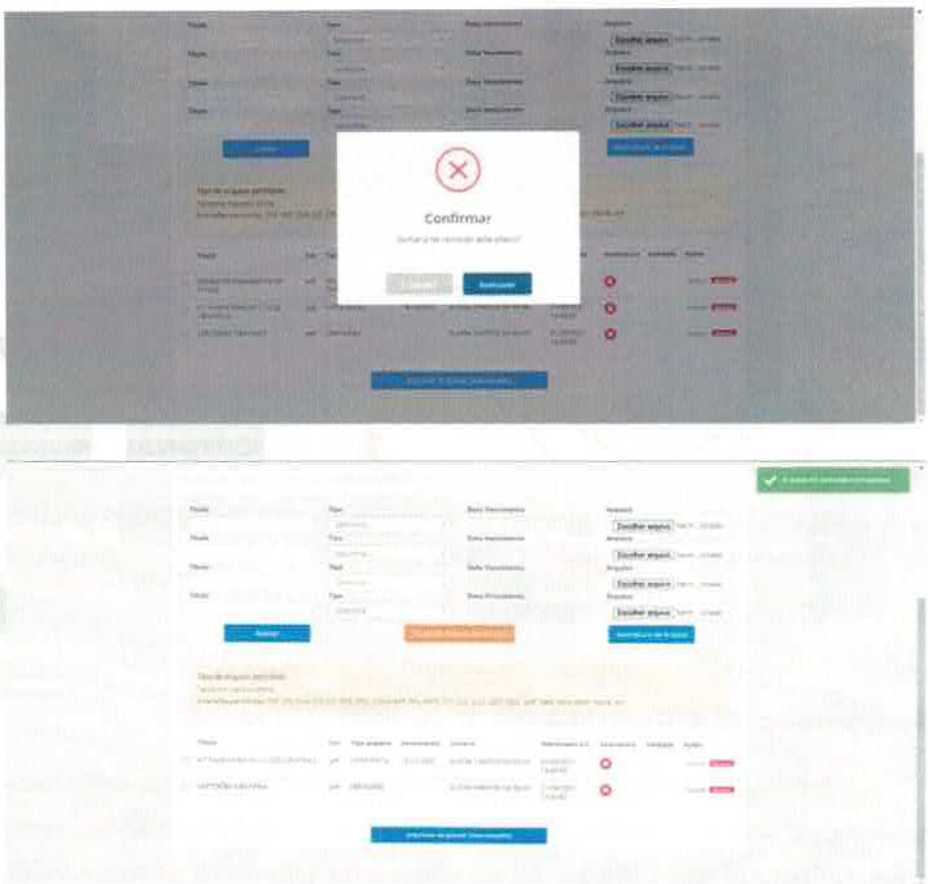






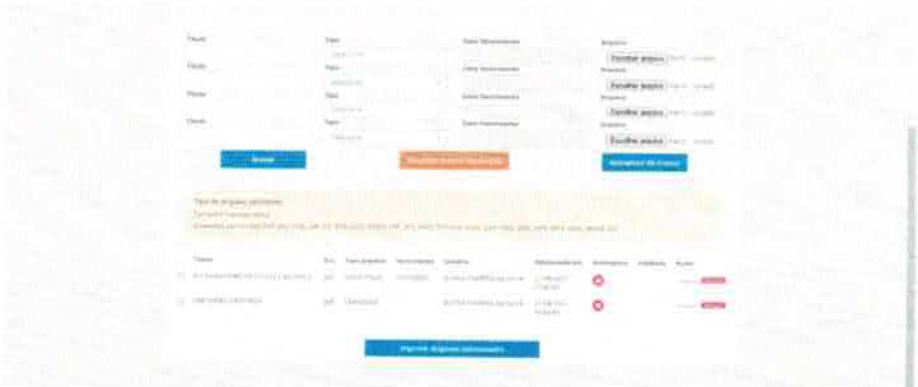


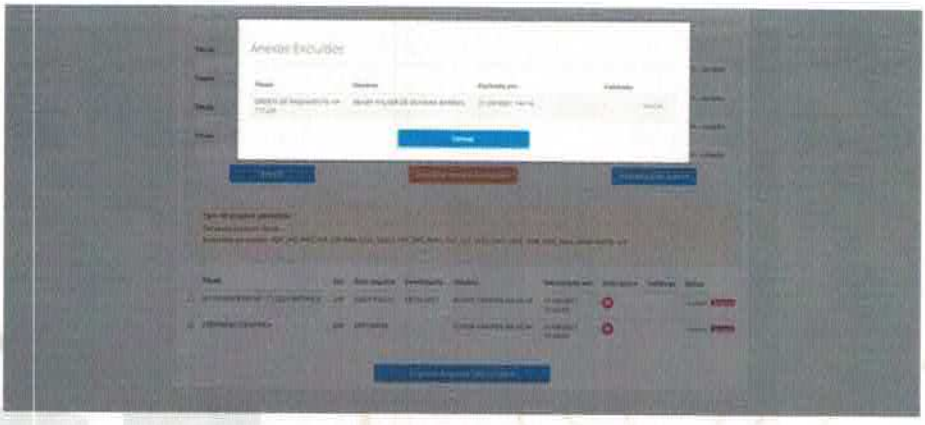
Caso, por algum motivo, haja necessidade de remoção do arquivo, pelo usuário, devera ser solicitado ao Diretor financeiro a exclusão apontando a justificativa, após a autorização basta clicar em "Remover" e confirmar a remoção, e anexar um novo arquivo.



Obs.: Todos os arquivos removidos, permanecem em visualização, e contém informações de qual arquivo foi removido, qual usuário removeu e qual data/hora da exclusão.

Basta clicar no ícone "Anexos Removidos".





DOCUMENTOS CONFECCIONADOS

Na primeira etapa da CONTROLADORIA, são elaborados documentos que dão suporte e veracidade no andamento do processo, são eles:

Memorando de Autorização:

Neste documento, contém informações de origem da nota fiscal, do motivo resumido da compra/prestação de serviços e o tipo de mercadoria que foi comprada, este documento é validado pela diretoria-geral, dando plena ciência e afirmando que tal fornecedor está habilitado a receber pelo passivo ora empregado.

Memorando nº 0XXX/2021 - HEJA

Jaraguá, XX de agosto de 2021.

Assunto: ENCAMINHAMENTO DE NOTA FISCAL REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE HOSPEDAGEM, NO MÊS DE JULHO DE 2021.

Prezado (a),

Venho por meio deste, encaminhar Nota fiscal em anexo, para realização de pagamento de prestação de serviços de hospedagem, Referente ao mês de julho/2021.

Segue o protocolo de entrega da nota fiscal e encaminhada ao Instituto CEM conforme abaixo relacionado:

NF	EMPRESA	VALOR
XXXX	XXXXXXXXXX	XXXX

Atenciosamente,

Diretor Geral

Ordem de Pagamento:

Neste documento, reforçamos informações para conferência de vencimento, fornecedor, data do pagamento, valor a pagar/pago, conta contábil a qual tal produto ira ser alocado, conta de custos para controle de custos, número do contrato/cotação para identificação da melhor oferta, entre outros. Documento é validado pela diretoria financeira, a qual verifica se o processo vai ou não a pagamento na data provisionada.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

CI-FINANCEIRO Pago 05/08/2021

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Despesas com: Prestação de Serviços de Hospedagem

Período: julho/2021 **Valor: R$** XX,XX

Documento: Nota Fiscal XXXXX

Vencimento: 06/08/2021 **Local:** Jaraguá

Fornecedor: XXXX XXXXXXXXXX XX

Contrato nº/Cotação: XX/XXXX

Fonte Pagadora: Instituto Cem

Conta do Projeto: 5.7 Outras Despesas

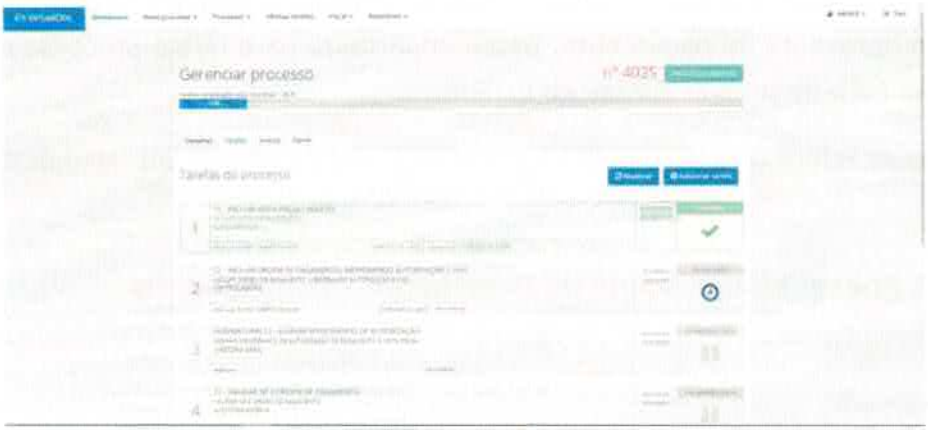
Conta Contábil: 3.2.14.015.011 – Viagens e Estadias

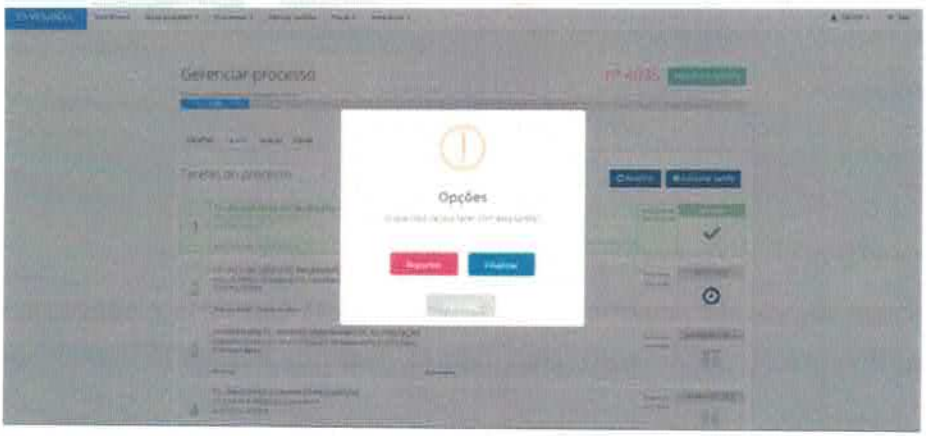
Autorização

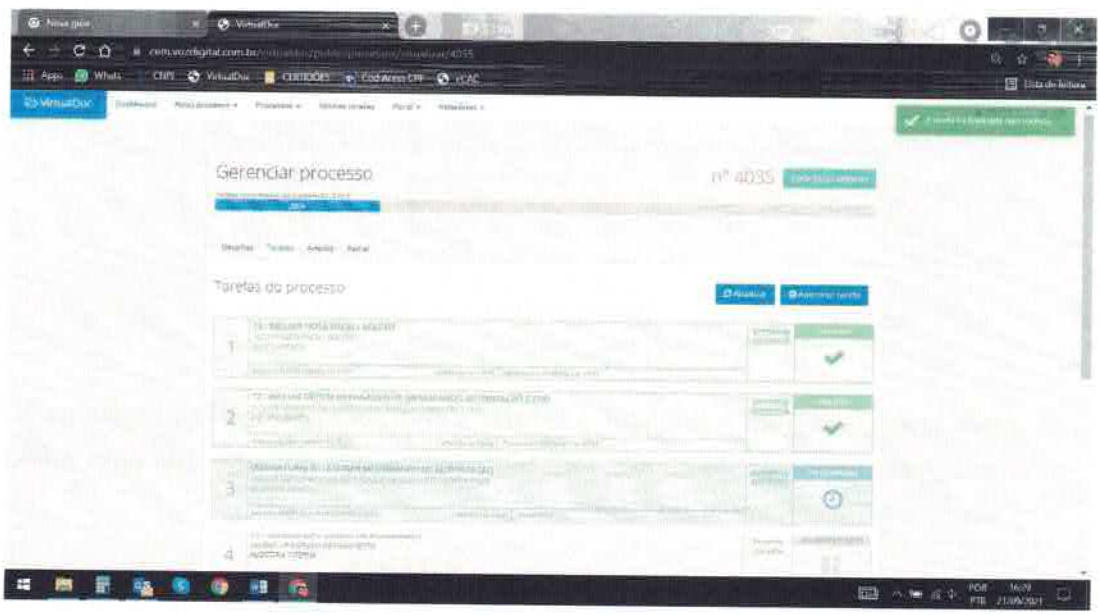
_____

Diretor Financeiro

Após elaborados os dois documentos pela CONTROLADORIA, e anexados no sistema, devemos finalizar o processo, e dar sequência no processo para próximo usuário. Basta voltar na aba "TAREFAS" e finalizar, clicando no "reloginho" e confirmando.







COMPROVANTE DE PAGAMENTO

Na segunda etapa da CONTROLADORIA, já ocorreu o pagamento do processo e é anexado o comprovante de pagamento, passo importante para que o processo esteja apto e completo na hora de prestar contas ao Estado.

No que se refere ao VIRTUAL DOC, esse passo é encontrado em "Minhas Tarefas" no passo 6:

6 | Anexar comprovante de Pagamento - Controladoria

Esse passo ocorre depois do pagamento do processo pela Diretoria Financeira, e somente anexar o comprovante de pagamento, seguindo os mesmos passos já mencionados acima.

Após anexar, somente finalizar a tarefa, e o processo dará sequência para o passo 7, onde o setor de prestação de contas fará o download dos documentos para envio a Secretaria de Estado – SES, por meio do SIPEF.

ROTINA

Abaixo, segue fluxograma das rotinas exercidas pela controladoria.

5.2.1.1 Contabilidade

Do Serviço De Contabilidade

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela administração de todos os lançamentos e conferências dos dados contábeis da Unidade de saúde.

Ao Serviço de Contabilidade compete:

- Controlar e conciliar as atividades e dados históricos resultantes das ações inerentes à área.
- Zelar pelo cumprimento das normas contábeis, fiscais e tributárias.
- Prestar informações sobre a posição financeira da organização, através de balancetes, balanços e demonstrações de resultados, realizando a previsão mensal das possíveis receitas e despesas.
- Conferir mediante registro legal, o inventário contábil, o inventário físico e financeiro dos estoques e bens patrimoniais.
- Responder pela preparação e escrituração dos documentos contábeis.

- Analisar e apropriar os fatos com documentos pertinentes segundo o plano de contas. Promover as devidas depreciações do bens da Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contabilidade é exercido, exclusivamente, por profissional graduado em Contabilidade, devidamente habilitado para o exercício da função.

Objetivo

Estabelecer as ações e padronizar os procedimentos contábeis, o Plano de Contas, a função e funcionamento das contas e as demais ações da área contábil a serem adotadas em âmbito do Instituto CEM.

A escrituração dos atos e fatos administrativos do instituto CEM será feita de acordo com os procedimentos estabelecidos neste manual, nas formas analítica e sintética, com elaboração dos livros Diário e Razão, com base no Plano de Contas aprovado pela Diretoria-Geral e estruturado em grupos, subgrupos, contas e subcontas, em ordem cronológica de dia, mês e ano, à vista dos documentos hábeis (vias originais e legais) e tem a finalidade de:

- Registrar e controlar a execução orçamentária da receita e da despesa
- Registrar os atos e fatos de natureza financeira e patrimonial
- Emitir relatórios e peças contábeis - Diário, Razão, Balancetes e Demonstrações mensais e balanços e demonstrações anuais
- Demonstrar os resultados econômico-financeiros do Instituto CEM para serem analisados e interpretados
- e. Fornecer os elementos para a elaboração da prestação de contas anual.

Procedimentos

Visando à segurança, o controle da documentação e à facilidade de obtenção de informações, a contabilização dos atos e fatos administrativos será, preferencialmente, feita nas dependências do Instituto CEM e obrigatoriamente por Contabilista inscrito no Conselho Regional de Contabilidade.

O Diretor Administrativo é o responsável pela supervisão e coordenação dos serviços administrativos, financeiros e contábeis do Instituto CEM e pelo fornecimento de informações gerenciais ao Diretor Executivo e demais membros dos Conselhos de Administração e Fiscal.

A Contabilidade é a fase final do controle interno que registra todas as operações relacionadas com a execução orçamentária da receita e da despesa, outros ingressos e

saídas de recursos, os créditos a receber e obrigações a pagar, a movimentação de bens patrimoniais e demais atos e fatos administrativos.

Compete ao Contabilista:

- Adotar o sistema contábil informatizado utilizado pelo Instituto CEM, e a legislação aplicável ao processamento dos dados e relatórios relativos aos registros dos atos e fatos administrativos do Instituto CEM;
- Classificar os documentos contábeis de forma que indiquem os códigos das contas debitadas e creditadas e outros dados necessários e esclarecedores do registro efetuado;
- Organizar a documentação por ordem cronológica/sequencial de lançamentos.

Emissão De Relatórios Mensais

As operações econômicas e financeiras do Instituto CEM serão demonstradas após o encerramento de cada mês, de forma analítica e sintética, mediante a elaboração das seguintes peças contábeis:

- Balancete Analítico de Verificação
- Balanço Financeiro
- Balanço Patrimonial
- Balanço da Receita Orçada x Arrecadada
- Balanço da Despesa Fixada x Realizada
- Conciliações bancárias acompanhadas dos respectivos extratos bancários

Os demonstrativos contábeis mensais deverão ser disponibilizados às Coordenações até o dia 20 do mês subsequente ao de referência.

Relatórios Anuais

Por ocasião do encerramento do exercício, serão emitidos, além dos relatórios referentes ao mês de dezembro, os relatórios que demonstram os saldos acumulados, no exercício, das contas de resultado e a posição patrimonial e financeira em 31 de dezembro.

São peças componentes das demonstrações contábeis

- Balancete Analítico de Verificação - com o movimento do período de 1º de Janeiro a 31 de dezembro do exercício encerrado;
- Balanço Financeiro;
- Balanço Patrimonial Comparado;
- Demonstração das Variações Patrimoniais;
- Conciliações bancárias, acompanhadas dos respectivos extratos bancários;
- Análises das contas de Ativo e Passivo (notas explicativas).

O Contabilista deverá encerrar os balanços e apresentar os demonstrativos contábeis anuais até o dia 30 de abril do ano seguinte ao de referência.

Plano De Contas

Estrutura – O Plano de Contas é estruturado de forma hierárquica e é padrão do Instituto CEM, observadas a legislação aplicável e as características específicas do Instituto CEM.

Ativo - Compreende todas as contas correspondentes aos bens e direitos do Instituto CEM, demonstrando a aplicação dos recursos.

- Ativo Financeiro. Compreende a disponibilidade em Caixa e Bancos e os direitos pendentes ou em circulação, realizáveis até o término do exercício seguinte;
- Ativo Permanente. Representa as imobilizações em bens móveis e imóveis, os créditos e valores diversos de caráter permanente.

Passivo - Corresponde às obrigações, evidenciando a origem dos recursos aplicados.

Patrimônio Social - Representa o Ativo Real Líquido.

Receita - São contas representativas dos recursos auferidos no exercício, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, desdobradas nas seguintes categorias econômicas:

- Receitas Correntes – de natureza contínua, resultantes da arrecadação de serviços e patrimoniais;
- Receitas com Subvenções – assistência governamental geralmente na forma de contribuição de natureza pecuniária, mas não só restrita a ela, concedida ao Instituto em troca do cumprimento condições relacionadas às atividades operacionais do contrato assinado pela entidade;
- Receitas Financeiras – juros recebidos, descontos obtidos, o lucro na operação de reporte e os rendimentos nominais relativos a aplicações financeiras de renda fixa;
- Receitas com Doações – constituem-se em transferência de dinheiro ou outros ativos para o Instituto, ou um cancelamento de um passivo, sem a necessidade de uma contrapartida.

Despesa - Compreende as contas representativas dos recursos despendidos no exercício financeiro, a serem computadas na apuração do resultado do Instituto CEM, subdivididas por projeto e/ou contrato de gestão executado.

Rotinas Básicas Do Serviço De Contabilidade Escrituração Fiscal

Ação / Descrição

- Receber as notas fiscais de produto entrada, emitir notas fiscais de produto saída, provenientes dos setores da unidade de saúde quando necessário.
- Importar, validar, conciliar e gerar o arquivo para o Sistema SPED Fiscal, efetuando a apuração do ICMS, repassar o arquivo para envio à RFB, ao Gerente Contábil e Financeiro.
- Apurar PIS/COFINS sobre o faturamento e ICMS, emitir DARE/DARF e repassar ao Gerente Contábil e Financeiro para pagamento.
- Efetuar Backup da Escrituração Fiscal logo após a apuração mensal dos impostos. Organizar a documentação fiscal em ordem cronológica para proceder à encadernação.

Conciliação Contábil

Ação / Descrição

- Receber os relatórios de posição de estoque para posterior conciliação.
- Receber os relatórios de posição de estoque via Sistema de informática, para posterior análise e conciliação.
- Realizar a importação da movimentação mensal no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, para posterior conciliação.
- Conferir a conciliação dos lotes de importação no sistema de informática dos módulos do Financeiro, Caixa, Estoque e Patrimônio, e validar os saldos para emissão do balancete.
- Realizar a conciliação contábil do Razão com os relatórios dos estoques.
- Classificar os documentos conforme o Plano de Contas estabelecido pela Instituição. Sugerir alterações necessárias no Plano de Contas, seguindo os aspectos legais e as necessidades da unidade de saúde.
- Gerar o arquivo de provisão da folha de pagamentos no sistema, importação para o sistema de informática, e validação dos saldos.
- Elaborar e emitir demonstrativos mensais (balancetes contábeis), sempre que se efetivar o fechamento, bem como confeccionar os demonstrativos contábeis anuais da unidade de saúde para efeitos prestação de contas, e submetê-lo a avaliação e validação pelo Gerente Contábil e Financeiro.
- Realizar parametrizações nos sistemas informática, quando necessários visando a correta contabilização quando das importações dos mesmos.

Geração E Transmissão De Arquivos

Ação / Descrição

- Gerar e transmitir a Declaração de Débitos e Créditos de Tributos Federais (DCTF), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Contribuições do PIS e COFINS (DACON), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.

- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto de Renda Pessoa Jurídica (DIPJ), Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil, nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Gerar e transmitir a Declaração de Imposto Retido na Fonte (DIRF). Sistema fornecido pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Receber os dados da folha de pagamento dos colaboradores da unidade de saúde, conferir e transmitir o arquivo para pagamento, colhendo a autorização dos Superintendentes Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetivar o fechamento, gerar e transmitir o Sistema de Fundo de Garantia e Informações à Previdência (SEFIP) Sistema fornecido pela Caixa Econômica Federal. Com as informações do FGTS e INSS da folha de pagamento do mês anterior, de acordo com a legislação trabalhista e previdenciária.
- Gerar e transmitir o SPED Fiscal, no sistema fornecido pela pela Receita Federal do Brasil nos prazos estabelecidos pela Legislação Tributária.
- Realizar a análise e importação da entrada de notas fiscais de produtos e serviços no sistema de informática.

Pagamentos

Ação/ Descrição

- Receber os processos com as Notas Fiscais e demais documentos relativos aos pagamentos a serem efetuados encaminhados por diversos setores via protocolo e encaminhá-los ao Gerente Contábil Financeiro.
- Receber os processos, conferir e separar os pagamentos, distribuindo-os por Bancos, de acordo com os saldos nas contas-correntes.
- Manter controle, e elaborar, caso necessário, a documentação hábil para efetivação de pagamentos e recebimentos.
- Emitir e encaminhar ao Gerente Contábil e Financeiro os cheques/documentos de pagamentos previstos para o dia.
- Conferir os documentos enviados para pagamento, colher autorização e assinatura (física ou eletrônica), dos Diretores, nos pagamentos contidos nos processos com as Notas Fiscais e demais guias.
- Elaborar mapa demonstrativo de despesas e receitas de forma a produzir diariamente a previsão de Fluxo de Caixa (Posição de Saldos), lançando os valores efetivados. Efetuar a baixa na planilha de posição de saldo, os pagamentos realizados que foram debitados nas contas-correntes, efetuando o fechamento e imprimindo-a e apresentar quando solicitado aos Superintendentes, Executivo e Administrativo e Financeiro.
- Efetuar o pagamento, conferir e anexar à documentação hábil correspondente a cada um dos compromissos pagos.
- Formalizar os processos e encaminhá-los aos setores para gestão. Organizar os documentos pagos em seus respectivos processos.
- Alimentar a planilha de Prestação de Contas com as informações dos pagamentos efetuados para fins de prestação de contas à Secretaria da Saúde e ao Ministério da Saúde, quando for o caso.

Rotina Básica Do Serviço De Finanças

- Receber repasse de numerários dos diversos setores. Acompanhamento dos recebimentos do SUS.
- Recebimento de Numerários da Campanha de arrecadação. Pagamento via suprimento de Caixa.
- Pagamento de Fornecedores. Alimentação da Posição de Saldos. Fechamento do Caixa daFinanças.
- Análise dos relatórios e extratos bancários, observando os créditos que houve. Lançamento dos créditos constantes nos extratos na planilha de receita e no sistema de informática.

Acompanhamento De Recebimentos Sus

Ação/ Descrição

- Receber a comunicação do faturamento, referente as faturas do SUS.
- Emitir a Nota Fiscal, juntando, se solicitado for, os documentos hábeis (certidões, declarações, etc).
- Providenciar a entrega das referidas Notas Fiscais aos respectivos clientes. (eletronicamente).
- Aguardar e acompanhar os créditos do SUS.

Pagamento Via Suprimento De Caixa (Fundo Rotativo)

Ação/ Descrição

- Protocolar o repasse de numerário de suprimento de caixa para o comprador
- Conferir as Notas e / ou Cupons fiscais de acordo com a solicitação de compras. Analisar criteriosamente os documentos fiscais, observando o preenchimento correto destes.
- Lançar no sistema de informática os valores das Notas Fiscais pagas e também lançar na REST das Notas fiscais de serviços.
- Organizar os documentos no processo de suprimento de caixa.
- Quando se verificar que o saldo requer um novo reforço, emitir o extrato do caixa e conferir os lançamentos com as notas fiscais pagas e anexar ao processo de suprimento.
- Encaminhar o processo ao gerente Contábil e Financeiro para análise.
- Conferir o processo e solicitar novo reforço de caixa.

Pagamento De Fornecedores (Pagamentos Via Cheque Nominal)

Ação/ Descrição

- Receber as notas e demais documentos relativos a pagamentos previstos.) Efetivar os pagamentos e colher as devidas quitações.

Após pagamento, repassar o processo ao Serviço de contas a pagar e receber.

FECHAMENTO DO CAIXA DA FINANÇAS

Ação/ Descrição

- Controlar o saldo do caixa Finanças, efetuar as transferências devidas dos valores ao caixa central, mantendo um saldo de fundo de caixa para troco.
- Receber o repasse efetuado pela Finanças, conferindo os valores transferidos aos caixas centrais.

5.2.1.2 Gestão Financeira

DO SERVIÇO DE CONTAS A PAGAR / E OU RECEBER

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pelas atividades d contas a pagar /e ou receber e pelos respectivos controle e registros legais.

Ao Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber compete:

- Planejar, e controlar as atividades de contas a pagar e a receber de forma a estabelecer fluxo de caixa.
- Verificar, processar e controlar os pagamentos e recebimentos dentro da codificação estabelecida pelo plano de contas e custos.
- Realizar lançamentos no fluxo de caixa, bem como visar ordens de fornecimento e/ou pagamento.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Contas a Pagar / e ou Receber é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

DO SERVIÇO DE FINANÇAS

É a estrutura subordinada à Gerência Contábil e Financeira, responsável pela aplicação dos recursos financeiros consignados na programação e orçamento.

Ao Serviço de Finanças compete:

- Responder pela efetivação de todos os processos de recebimento e pagamento da Unidade de saúde.
- Gerar relatórios diários gerenciais do fluxo de caixa e sobre a posição bancária de movimento corrente e aplicações financeiras.
- Receber numerário e controlar a operação do caixa de Fundo Fixo Rotativo, utilizado para pagamento de pequenas quantias.
- Formalizar os documentos comprobatórios das contas a pagas e recebidas pela Instituição.
- Outras atividades correlatas.

O Serviço de Finanças é exercido por profissional capacitado para o exercício da função, com experiência comprovada.

OBJETIVO

Padronizar e racionalizar o processamento da despesa em âmbito do Instituto CEM.

PROCEDIMENTOS

As compras e contratações de serviços são realizadas para garantir o suprimento de bens e de serviços imprescindíveis ao cumprimento dos objetivos do Instituto CEM.

Todas as despesas de compra de material ou de contratação de serviços deverão ser feitas mediante processo constituído de acordo com o Regulamento de Compras e Contratações vigentes, devendo ser observados os procedimentos legais estabelecidos.

Como os recursos são repassados pelo órgão contratante e também estão sujeitos às crises econômicas, bem como a problemas referentes a atrasos nos repasses de recursos, a gestão financeira definiu um plano de contingência que consiste nas seguintes premissas:

- Priorizar o pagamento de obrigações assumidas com seus profissionais/empregados e com fornecedores de materiais e insumos que impactam diretamente na segurança da assistência aos pacientes / gerenciamento de riscos;
- Suspender obras e reformas de ampliação realizadas com eventuais sobras de recursos para custeio, bem como aquelas que não impactam negativamente nas metas contratuais de produção;
- Rescindir ou suspender contratos de serviços assessórios;
- Negociar com fornecedores e prestadores de serviço sobre o parcelamento de valores pendentes de pagamento;
- Revisar com os prestadores de serviços de suporte à assistência, fluxos e rotinas que resulte na redução de custos, mantendo a segurança de pacientes e profissionais.

LIQUIDAÇÃO E PAGAMENTO

O material ou o serviço deverá guardar conformidade com as especificações e as quantidades contratadas, devendo ser exigido do fornecedor as garantias relativas à compra ou ao serviço contratado.

Entre o recebimento do material ou do serviço e o pagamento da despesa deverá ser observado um intervalo mínimo para o processamento das previdências necessárias ao controle financeiro.

O pagamento da obrigação somente é autorizado após ser atestado pelo setor requisitante, que além de conferir o material, deverá verificar os documentos do fornecedor, como a legalidade da nota fiscal, a incidência e retenção de tributos e encargos.

Só poderão ser pagas despesas dentro do exercício vigente, salvo se o gasto houver sido registrado contabilmente (emprenhado) para o exercício futuro.

FORMAS DE PAGAMENTO

Os pagamentos de despesas dar-se-ão através de transferência bancária (TED ou TEV), diretamente na conta do fornecedor, sendo admitidos eventualmente a emissão de cheque nominal, ou pelo Sistema Eletrônico de Pagamentos disponíveis na rede bancária.

Poderá haver o depósito em conta-corrente nominal a ele, permanecendo o demonstrativo de depósito em poder da unidade como comprovante do pagamento.

No caso dos pagamentos efetuados via Sistema Eletrônico de Pagamentos, o relatório de pagamentos efetuados, devidamente conciliado com o extrato bancário, é o comprovante da quitação da despesa.

ENCARGOS E TRIBUTOS

Para as despesas de prestação de serviço, mediante emissão de Nota Fiscal, deverão ser observadas as regras de retenção de impostos:

- IR, PIS, Cofins e CSLL – Lei nº 9.430/96, conjugada com as Instruções Normativas das Secretaria da Receita Federal nº 480 e 539;
- INSS – Instrução Normativa nº 3, da Secretaria de Receita Previdenciária d Ministério da Previdência Social;
- IRPF – Tabela Progressiva;
- ISS – Regras definidas por município.

Para serviços de profissionais autônomos, deverá haver retenção do Imposto de Renda (quando ultrapassar o limite de isenção), de INSS e o recolhimento do ISS (conforme regra definida pelo município sede do prestador do serviço).

Todos os pagamentos que tiverem a incidência de retenção de tributos deverão ser previamente submetidos ao Setor Contábil para cálculo do Imposto, da retenção do valor devido e emissão da Guia de Recolhimento correspondente. O Contador responde pelas incoerências e falta de recolhimento de tributos exigidos por Lei.

Quesitos para a execução da Despesa

- Disponibilidade Financeira – existência de recursos financeiros para suportá-la
- Legitimidade – toda a despesa deve ser prevista em Orçamento do exercício a que se refere o gasto, com enquadramento perfeito e claro de dispêndio
- Legalidade – toda a despesa deve se revestir das formalidades legais e das normas internas. Verificar principalmente as certidões negativas da Receita Federal do Brasil, do FGTS e do Município
- Competência - a despesa relativa a contratos e serão apropriadas/compromissadas em cada exercício financeiro, pela parte a ser nele executada.

FUNDO FIXO

Será autorizada a concessão de suprimento de fundos fixos para funcionários alocados na sede, sempre a serviço da Organização, para pagamento de despesas de pronto pagamento.

Os valores concedidos ao funcionário responsável e o seu respectivo substituto, no caso de eventual afastamento, serão definidos e nomeados por meio de portaria da Direção Geral. O setor responsável procederá à solicitação da concessão do suprimento de fundo fixo para o funcionário designado, apresentando posteriormente o documento fiscal que comprove tal despesa. Este documento deverá ser emitido com o CNPJ e razão social do Instituto CEM para o contrato de gestão específico.

INDICADORES FINANCEIROS

Mensalmente também serão demonstrados a partir dos indicadores financeiros abaixo relacionados ao desempenho e evolução mensal financeira do Instituto CEM.

- Índice de Liquidez Corrente
- Índice de Liquidez Imediata
- Índice de Participação de Capital de Terceiros
- Garantia do Patrimônio Social ao Capital de Terceiros
- Composição dos Exigíveis (tipo de obrigação)
- Composição dos Exigíveis (por vencimento)
- Índice de Gastos Administrativos
- Índice de Acumulação de Superávit

FLUXO SIPEF

2 INTRODUÇÃO

O Sistema de Prestação de contas Econômico-Financeiro (SIPEF), é de suma importância para a transparência financeira da prestação de contas de Terceiros (Organizações Sociais, Hospitais Filantrópicos e Concessionárias) aos Órgãos Fiscalizadores, por intermédio da fiscalização eletrônica.

Logo, o objetivo principal do SIPEF é proporcionar segurança jurídica no que concerne aos aspectos financeiro e contábil da administração, possibilitando sua avaliação e, ainda, proporcionar o monitoramento dos contratos de gestão.

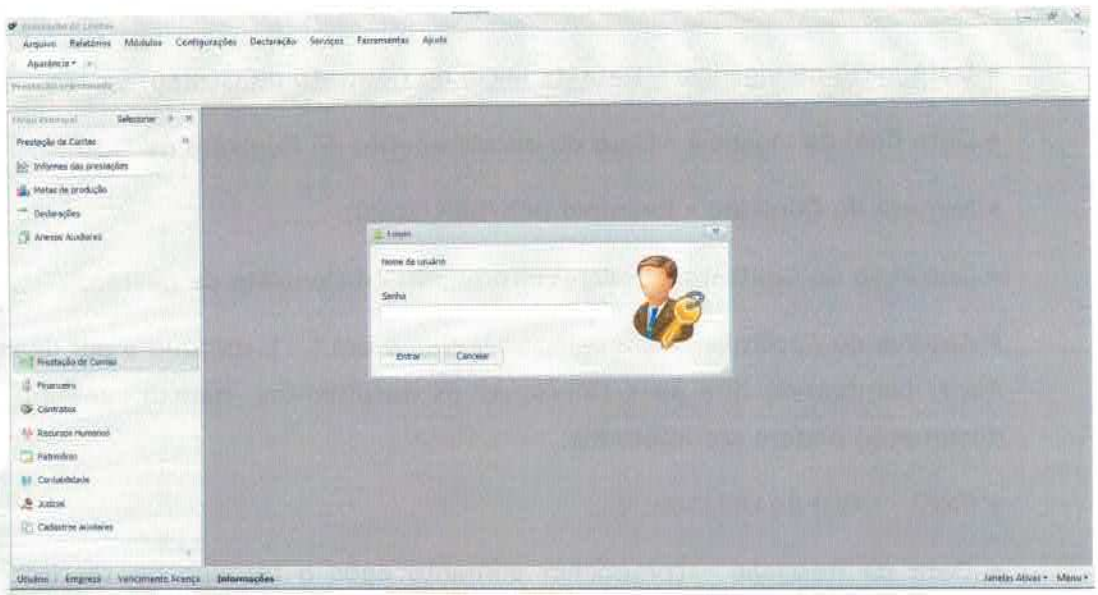
O SIPEF encontra-se em funcionamento na extensão do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), denominada filial, de 08h00 às 18h00, de segunda a sexta, e é gerido pelos Gestores da entidade e seus gestores.

De modo geral, o SIPEF deve funcionar conforme D+1, ou seja, os dados de movimentação financeira são lançados e transmitidos no primeiro dia útil seguinte após a data do movimento financeiro.

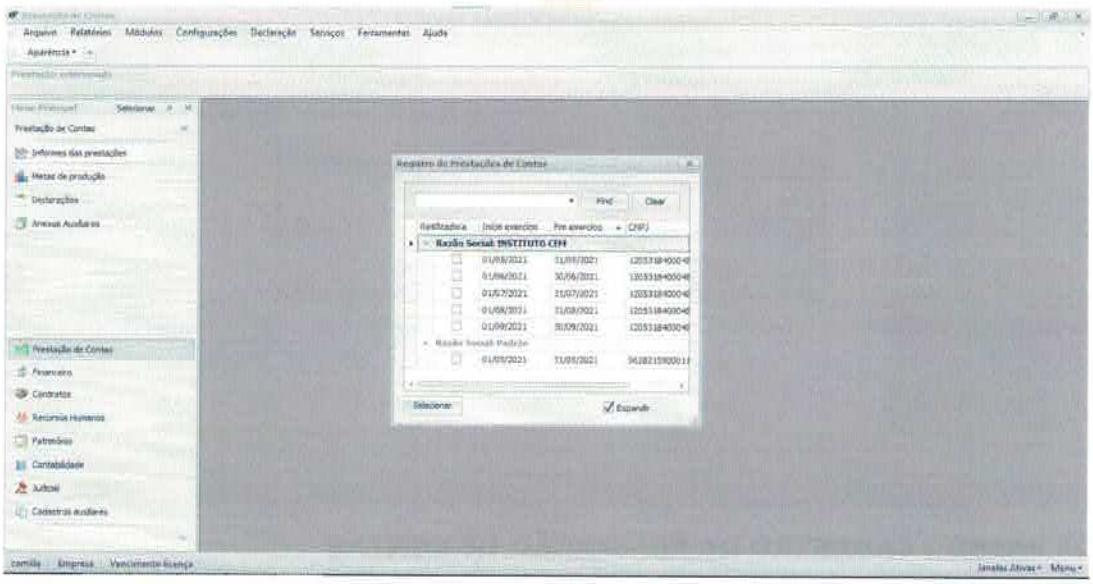
3 MANUAL DE ROTINAS

- ✓ Na área de trabalho, escolher em qual SIPEF irá fazer lançamentos (SIPEF CNPJ MATRIZ ou SIPEF CNPJ FILIAL).

- ✓ Ao executar, informar os dados de usuário e senha.



- ✓ No primeiro aceso, o sistema já possui um registro de prestação de contas padrão. Deve-se selecioná-lo para que se possa criar novas prestações mensais.



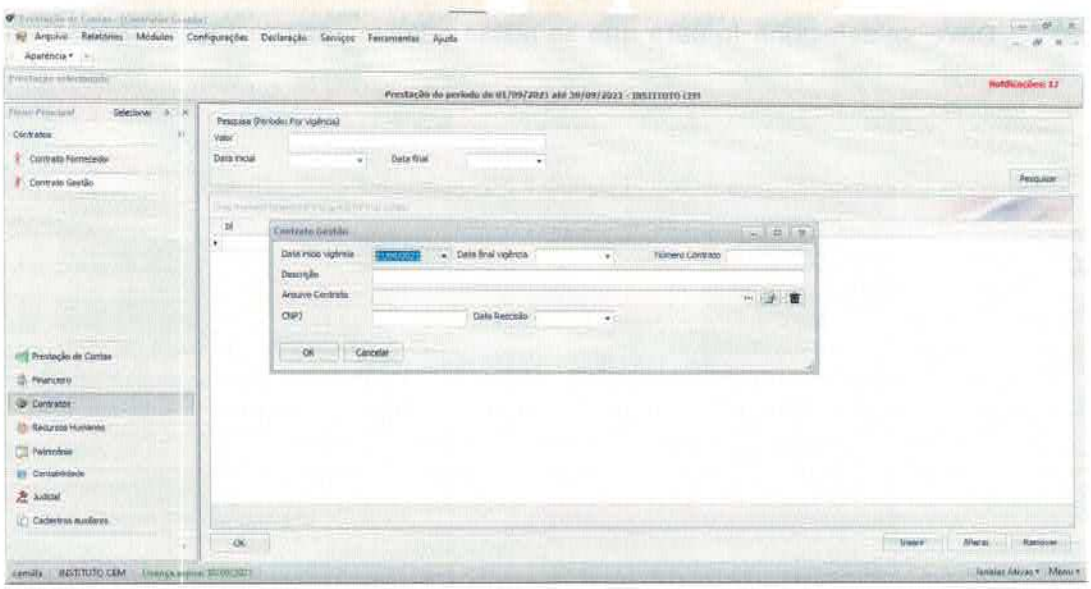
1º PASSO - CADASTRO CONTRATO GESTÃO

– Cadastro Contrato gestão: Clique em **Contratos → Contrato Gestão.**

Clique em **Inserir**, para inserir através de texto externo; para alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Alterar**; caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

Após clicar em **Inserir** abrirá os seguintes campos:

- Data início da vigência - Data de início do Contrato de Gestão;
- Data final da vigência - Data do encerramento do Contrato de Gestão;
- Número do Contrato - Exemplo 065/SES/2020;
- Descrição do Contrato - Descrever o objeto do Contrato de gestão;
- Arquivo do Contrato - Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir. Lembrando que após selecionar os documentos, nem o caminho nem o nome do documento podem ser alterados.
- CNPJ - CNPJ da Unidade; e
- Data da Rescisão - (preencher somente após o término ou rescisão do Contrato de Gestão).



2º PASSO - CADASTRO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

– Cadastro da Prestação de Contas: Clique em Prestação de Contas → Informes das prestações. Na janela Prestações de contas para inserir via sistema um novo período de prestação clique em **Inserir**.

Para **Inserir:** Se houve certificado digital selecionado na configuração, uma tela de listagem será aberta para que o mesmo seja selecionado. Ao selecioná-lo e clicar em **OK**, os campos de Razão Social e CNPJ são preenchidos automaticamente. Caso não deseje que os campos citados sejam preenchidos basta clicar em **Fechar**.

Com a tela de Prestação de Contas aberta preencha o formulário de acordo com os dados da unidade onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Razão Social – Razão social da unidade;
- Nome Fantasia – Nome fantasia da unidade;
- CNPJ – Número do CNPJ da unidade. Obs.: Deve ser o mesmo CNPJ do contrato de gestão com a secretaria (Filial);
- Insc. Estadual – Se houver preencher o Número da inscrição estadual da unidade;
- Insc. Municipal – Se houver preencher o Número da inscrição municipal da unidade;
- Data – Data do cadastro. Obs.: Não é necessário realizar alterações, o campo é preenchido automaticamente pelo Sistema;
- Arquivo – Não anexar nada na abertura (somente depois se precisar);
- CEP – CEP onde se localiza a unidade;
- UF – Estado onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar o estado, clique nos [...];
- Município – Cidade onde se localiza a unidade. Obs.: Basta selecionar a cidade, clique nos [...];
- Bairro – Bairro onde se localiza a unidade;
- Endereço – Endereço da unidade;
- Complemento – Complemento do endereço da unidade;

- E-mail – E-mail da unidade;
- Número End. – Número residencial da unidade;
- Tel 1 – Telefone da unidade (1ª opção);
- Tel 2 – Telefone da unidade (2ª opção);
- Isenta PIS – Unidade isenta do pagamento de PIS (Não mexer); e
- Retificadora – Só preencher no Caso em que a prestação seja uma retificadora de uma prestação já existente.

Na aba Outros Dados:

- Nr Contrato Gestão - Seleciona [...] para anexar um contrato de gestão já cadastrado no Sistema; • Início Exercício – Data do primeiro dia do mês da prestação de contas. Ex.: 01/02/2020;
- Fim Exercício – Data do último dia do mês da prestação de contas. Ex.: 29/02/2020;
- Início Contrato - Data do início do contrato de gestão com a unidade;
- Fim Contrato - Data do fim do contrato de gestão com a unidade;
- Valor Total Contrato – Valor total do contrato de gestão com a unidade (Dados de acordo com o contrato de gestão da unidade com a SES);
- Valor Mensal Contrato – Valor mensal do contrato de gestão com a unidade;
- Desc. Contrato – Descrição do contrato de gestão com a unidade;
- Responsável – Nome do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;
- Cargo – Cargo do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;
- CPF – CPF do 1° responsável pela prestação de contas da unidade;

- Responsável 2° - Nome do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade;
- CRC – CRC do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade; e
- CPF – CPF do 2° responsável (contador) pela prestação de contas da unidade.

Na aba Repasses:

- Desconto Folha – Desconto na folha de pagamento (NÃO PREENCHER);
- Desc. Contratos – Desconto nos contratos obtidos (NÃO PREENCHER);
- Desconto Outros – Outros tipos de descontos (NÃO PREENCHER);
- Data – Data do recebimento do repasse;
- Operação – Número da operação bancária;
- Tarifa Bancária – Valor da tarifa bancária (NÃO PREENCHER);
- Valor Repasse – Valor do repasse recebido;
- Classificação do Repasses – Classificação do repasse recebido:

1. Nenhuma, 2. Fixo + Variável, 3. Odontologia, 4. Investimento, 5. Ensino e Pesquisa, 6. Programas Especiais, 7. Plano de Investimento Autorizado.

(OBS.: REPASSE MENSAL ESCOLHER O NÚMERO 2. FIXO + VARIÁVEL, OS OUTROS REPASSES ESCOLHER DE ACORDO COM O DESCRIMINADO NO EMPENHO); e

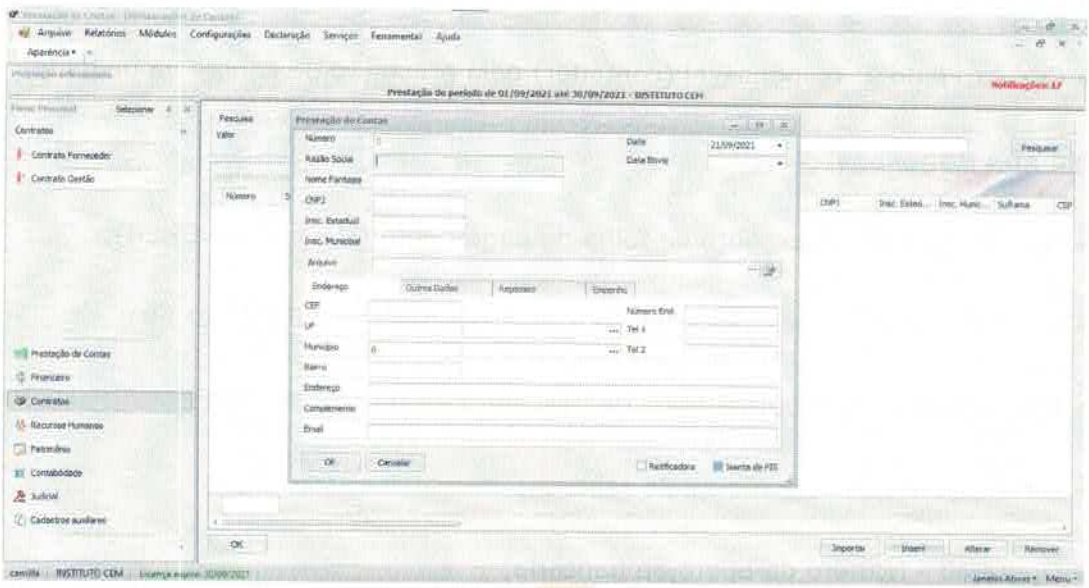
- Responsável pelo Registro – Obs.: É preenchido pelo próprio Sistema.

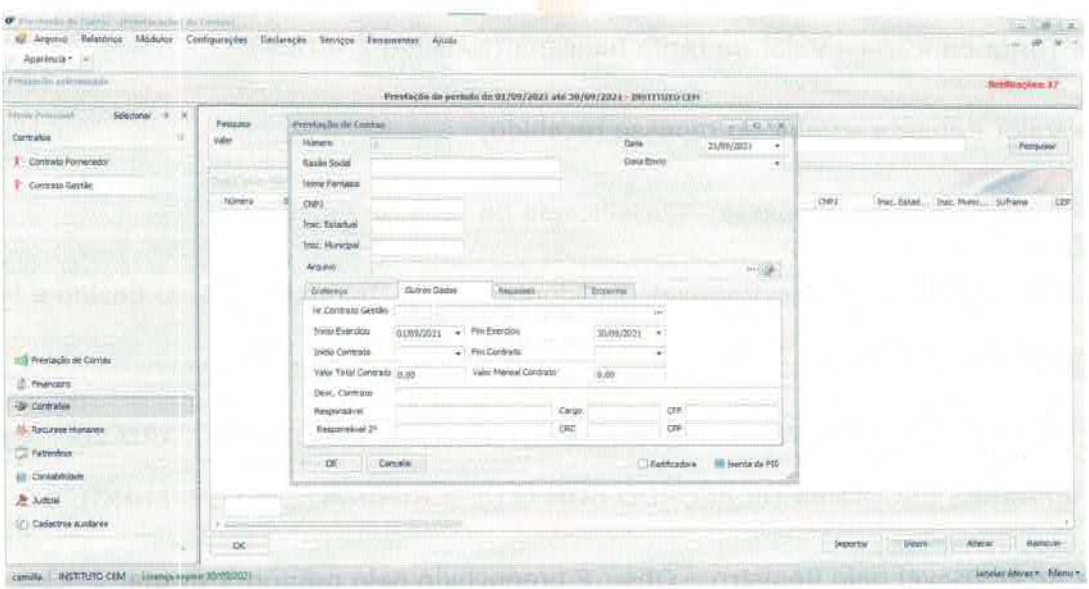
Na aba Empenhos:

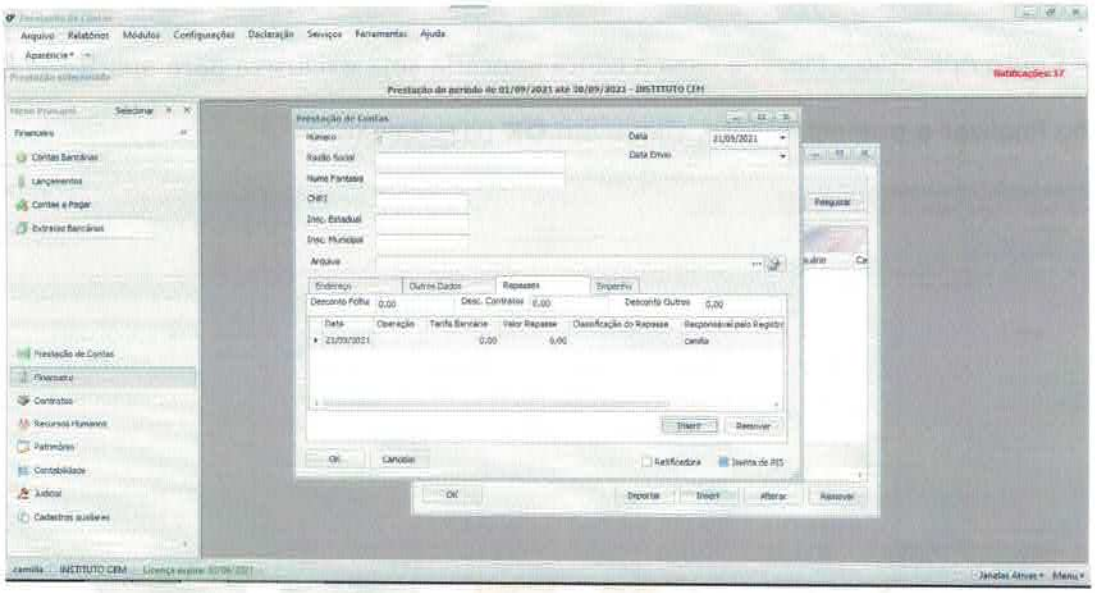
(NÃO PREENCHER).

Observação final: para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de uma prestação já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a

desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para salvar os dados clique em OK.







3º PASSO - CADASTRO DE CONTAS BANCÁRIAS

Cadastro de Contas Bancárias: Clique em **Financeiro → Contas Bancárias**

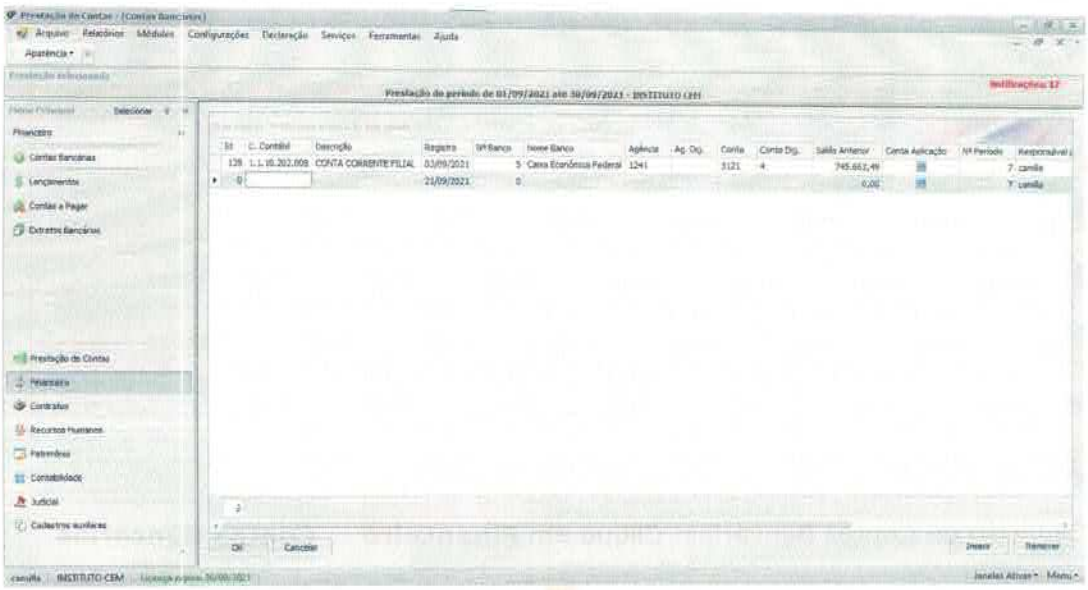
Na janela Contas Bancárias para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para excluir uma conta já cadastrada, selecione a desejada e depois clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Em **Inserir** os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- C. Contábil – Número da conta contábil vinculada a conta bancária. Ex. 1.1.10.202.002;
- Descrição – Descrição da conta bancária. Ex. Conta corrente matriz ou conta-corrente filial;
- Registro – Data em que a conta é cadastrada no sistema. Obs.: É preenchido automaticamente pelo Sistema;
- N° Banco – Selecione o banco na listagem, clicando no símbolo de (+) após clicar no campo;
- Nome Banco – É preenchido após a seleção do banco;
- Agência – Número da agência bancária;
- Ag. Dig. – Dígito da agência bancária;
- Conta – Número da conta bancária;
- Conta Dig. – Dígito da conta bancária;

- Saldo Anterior – Valor do último saldo da conta no mês anterior a prestação de contas; e
- Conta Aplicação – Marque caso a conta bancária seja exclusiva para aplicações financeiras.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.



4º PASSO - CADASTRO DE CONTRATOS E ADITIVOS CONTRATUAIS

Cadastro de Contratos e Aditivos Contratuais: Clique em **Contratos → Contrato Fornecedor.**

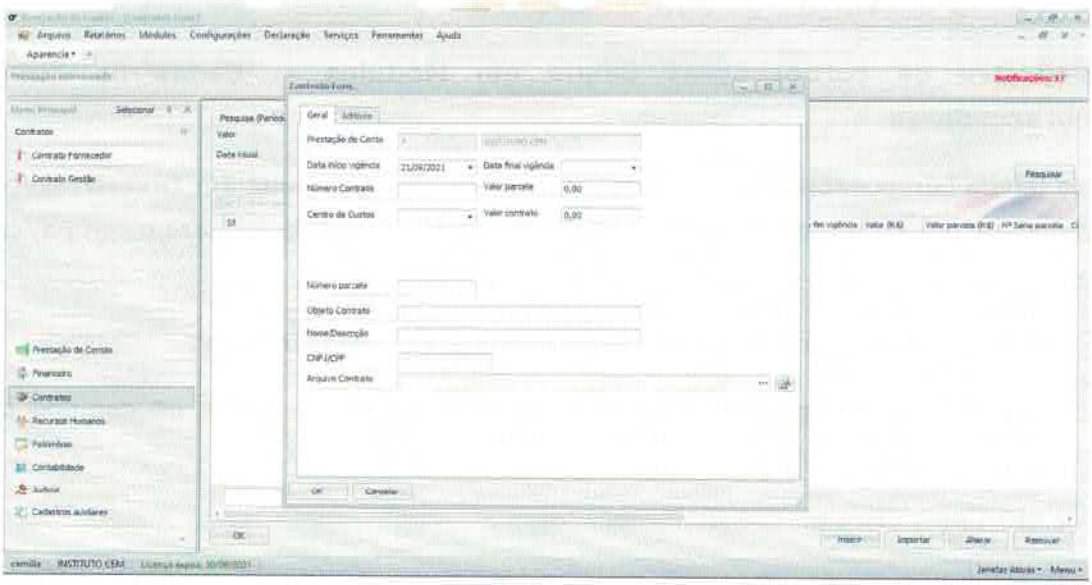
Na janela **Contratos Fornecedor** para inserir via sistema um novo contrato clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, par alterar os dados de um contrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir uma prestação de contas, selecione-a e clique em **Remover**. Para fechar a tela clique em **OK.**

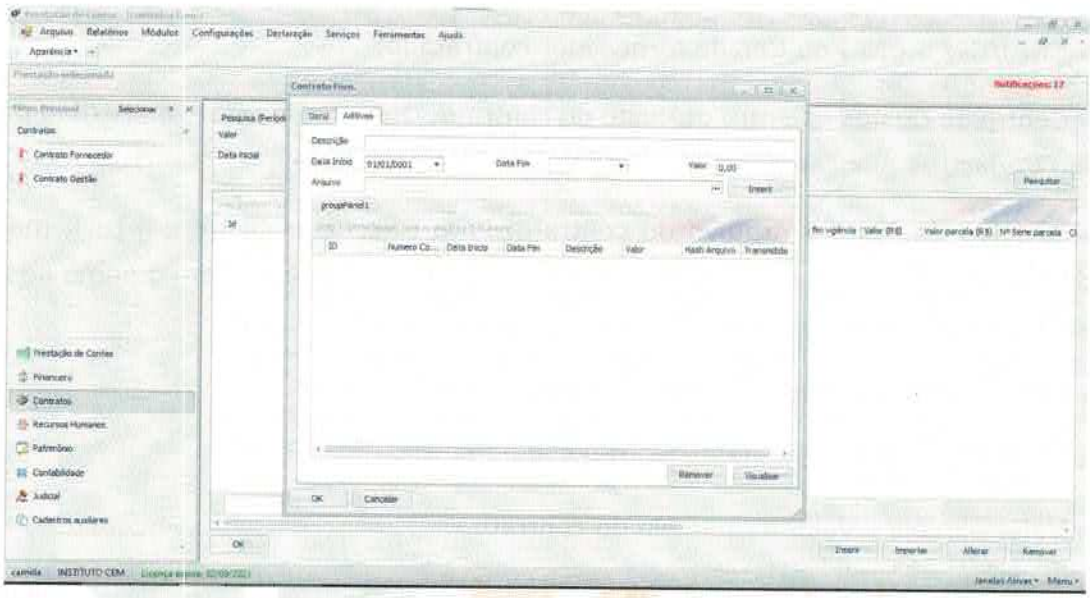
INSERIR: os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Número Contrato – Número do contrato (Exemplo: Contrato nº 001/2021 -);
- Data início vigência – Data do início do contrato;
- Data final vigência – Data do fim do contrato;
- Objeto Contrato – Objeto contratado;
- Nome/Descrição – Nome da Empresa;

- CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor contratado;
- Centro de Custos – Centro de custo do contrato. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (não preencher);
- Arquivo Contrato – Arquivo do contrato. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir (Não poderá ser mudado o caminho nem o nome do documento após ser selecionado);
- Valor contrato – Valor total do contrato;
- Número parcela – Parcela do contrato. Ex.: 1; e
- Valor parcela – Valor da parcela do contrato.

Para salvar os dados clique em **OK**.





5º PASSO CADASTRO DE FORNECEDORES

Cadastro de Fornecedores Clique em Módulos → Cadastros Auxiliares → Fornecedores

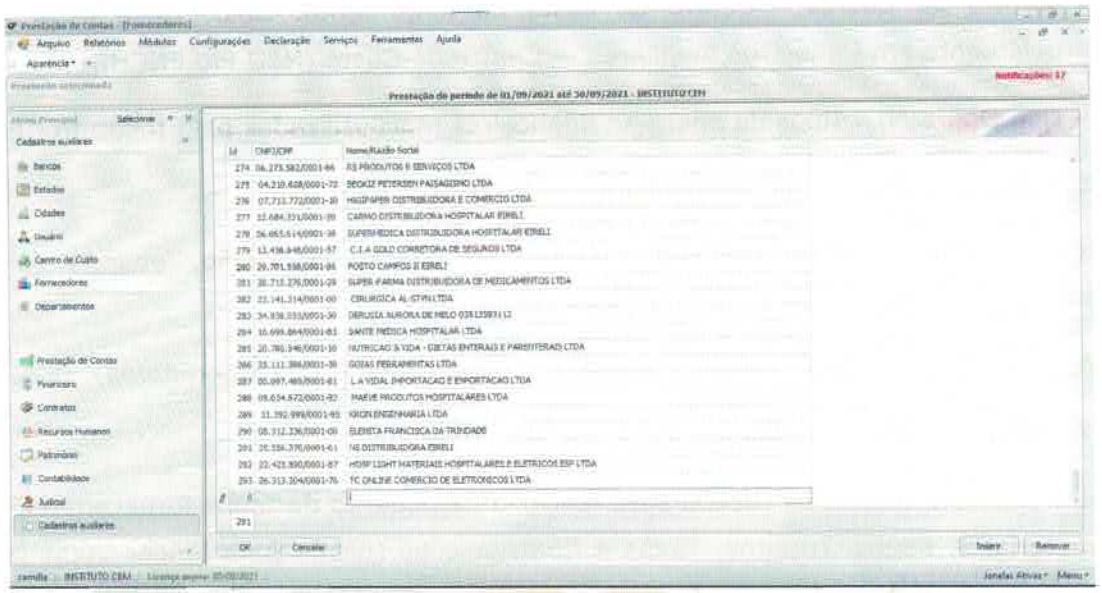
Na janela Fornecedores para inserir um novo fornecedor clique em **Inserir**, para alterar os dados de um fornecedor já cadastrado, selecione o desejado e altere o campo, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para salvar clique em **OK** e para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Clique em **Inserir** para cadastrar um novo fornecedor. Onde os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- CNPJ/CPF – CNPJ ou CPF do fornecedor.
- Nome/Razão Social – Nome ou Razão Social do fornecedor.

Para salvar os dados cadastrados clique em **Ok.**



6º PASSO CADASTRO DE LANÇAMENTOS FINANCEIROS

Cadastro de Lançamentos Financeiros Clique em **Financeiro → Lançamentos:**

Na janela Financeiros para inserir via sistema um novo lançamento clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**.

– Se desejar visualizar a nota fiscal de um lançamento, selecione-o e clique em Visualizar NF. Para fechar a tela clique em OK

Inserir novo lançamento:

Na aba Geral:

- N° Operação – Número da operação bancária do lançamento financeiro;
- N° Documento – Número do lançamento financeiro;
- Valor – Valor pago;
- Conciliado – Informa se o lançamento foi ou não debitado no banco (NÃO PREENCHER);
- Competência - Mês do lançamento;
- Data do Pagamento – Data do pagamento/recebimento;

• Centro de Custos – Centro de custo do lançamento. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Cadastros Auxiliares → Centro de Custo (NÃO PREENCHER);

• Tipo Operação – Tipos de operação financeiras mais utilizadas pelo Instituto CEM:

1. Repasse (VERBAS DA SES PARA O INSTITUTO);

3. Resgate Aplicações (usado somente na contra aplicação, quando for DÉBITO, transferência da aplicação para a conta-corrente);

6. Pagto. Folha Pagto (usado para lançar o pagamento dos colaboradores);

7. Pagto. Títulos Concessionarias (Água, luz, Telefone);

8. Pagto. Fornecedores (usado para lançar o pagamento de todos fornecedores serviço ou material 9. Pagto. Tributos, Taxas e Contribuições (usado para lancer taxas bancárias e impostos, exceto os da folha de pagamento);

11. Transferências Conta Aplicação (utilizados para lançamentos da conta-corrente a DÉBITO, transferência da conta-corrente para aplicação);

12. Aplicações Financeiras (Utilizado para lançamentos da conta Aplicação a CRÉDITO, transferência da conta-corrente para aplicação);

13. Impostos C/A (Utilizado para lançamentos de impostos diversos na conta aplicação a DÉBITO);

14. Resgate Aplicações (utilizado na conta-corrente a CRÉDITO, transferência da conta aplicação para conta-corrente);

23. Reembolso de Rateios (rateios de despesas entre as unidades a DÉBITO – 3%);

26. Rescisões Trabalhistas;

32. Aluguel;

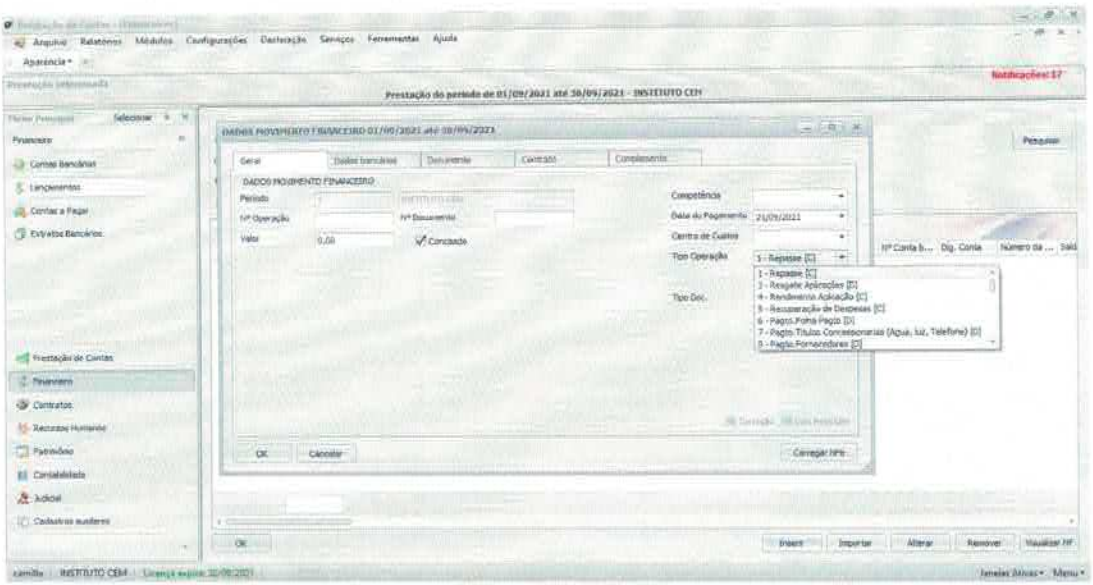
36. Encargos sobre Folha Pagamento (impostos sobre a folha IRRF, PIS, FGTS e INSS);

37. Reembolso de Despesas [Débito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

40. Reembolso de Despesas [Crédito] (Estornos ou movimentação de verbas entres as unidades);

46. Encargos sobre rescisão Trabalhista. (despesas com encargos na rescisão);

47. Reembolso de Rateios. (rateios de despesas entre as unidades a CRÉDITO – 3%);



• Tipo Doc. – Tipo de documento no qual foi realizado o lançamento:

1. CHEQUE
2. DEPÓSITO
3. TED
4. DOC
5. OUTROS
6. DINHEIRO
7. BOLETO
8. TEVS
9. DUA
10. DUAM
11. DARE
12. DARF
13. TARIFAS BANCÁRIAS

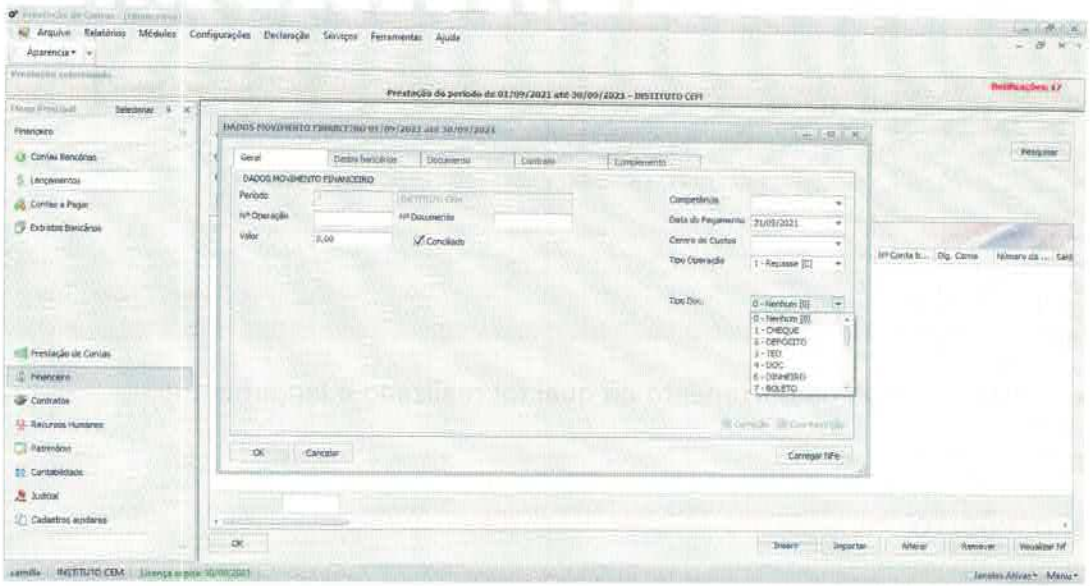
14. IPTU

15. IPVA

16. FATURA

17. GPS

18. FGTS



OBS.: CASO O "TIPO OPERAÇÃO" FOR "8-Pagto.Fornecedores ", OS SEGUINTES CAMPOS PODEM SER VISUALIZADOS E DEVEM SER PREENCHIDOS:

- Classificação Pagto – Classificação do pagamento a fornecedor;

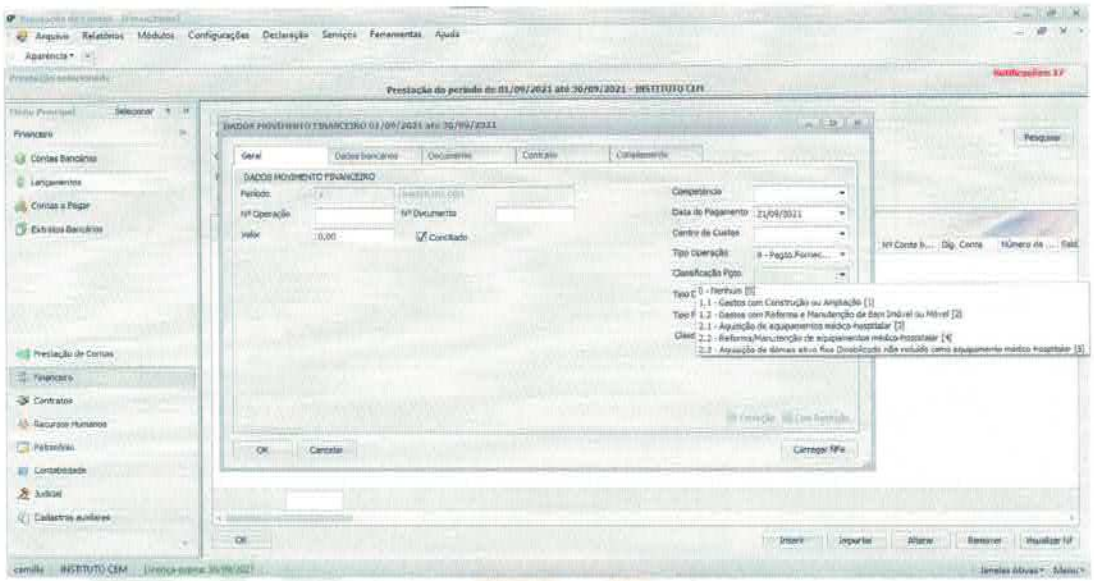
1. Gastos com Construção ou Ampliação;

2. Gastos com Reforma Bem Imóvel;

3. Aquisição de equipamentos médico-hospitalar;

4. Reforma/Manutenção de equipamentos médico-hospitalar;

5. Aquisição de demais ativos fixos (Imobilizado não incluído como equipamento médico-hospitalar);

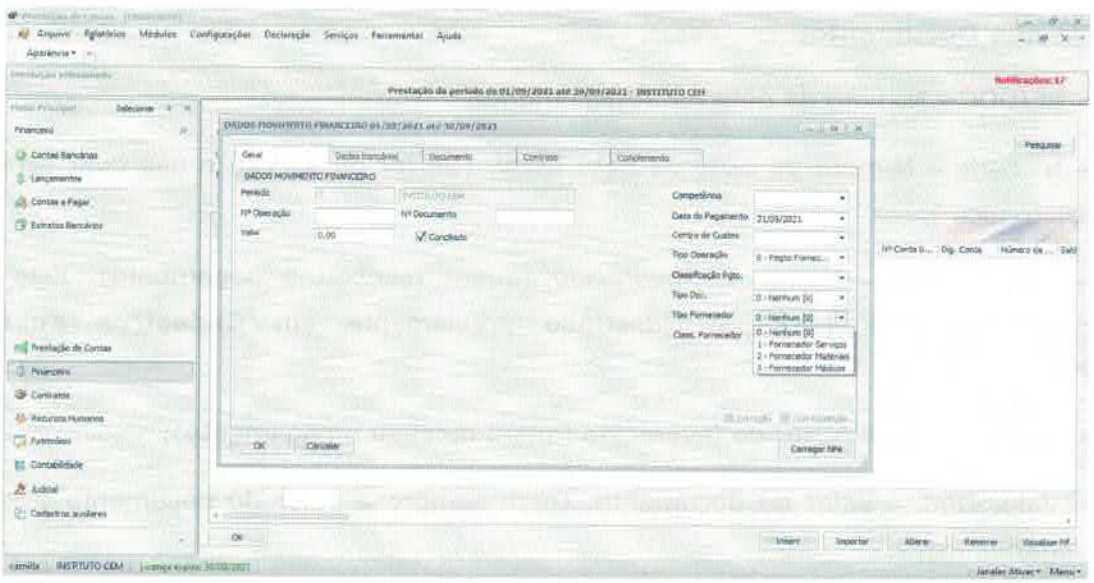


- Tipo Fornecedor – Tipo de fornecedor que gerou o pagamento:

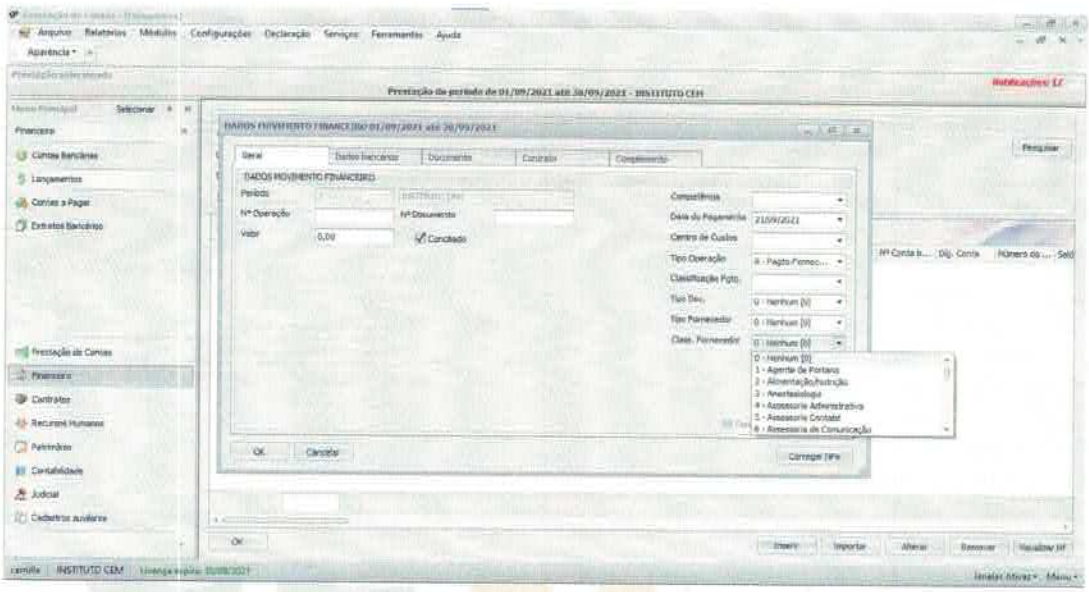
1. Fornecedor Serviços;

2. Fornecedor Materiais;

3. Fornecedor Médicos;



- Classificação fornecedor – selecionar o número que mais se enquadra com o lançamento.



Na aba Dados bancários:

Defina a conta bancária na qual ocorreu a movimentação financeira clicando em [..], selecione a conta desejada (conta corrente ou aplicação) e clique em Selecionar.

Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias. Os demais dados serão preenchidos automaticamente.

Na aba Documento:

- NF/DOC – Número da nota fiscal/documento;
- N° Série – Número de série da nota fiscal. (Se for de serviço e não tiver série escrev "eletrônica");
- Participante – Nome do favorecido (quem recebeu o pagamento). Este pode ser selecionado em [...] se cadastrado previamente em **Cadastros auxiliares → Fornecedores**;
- CPF/CNPJ – CPF/CNPJ do favorecido (quem recebeu o pagamento);
- Valor Doc. – Valor do documento. (nem sempre o valor do documento e igual ao do pagamento);
- Juros/Multa – Valor pago em juros ou multa;
- Desconto – Valor de desconto;

- Frete – Valor do frete;
- Chave da NFe – Chave da nota fiscal. (Não há necessidade de preencher);
- Arquivo NF – Arquivo da nota fiscal. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir (O processo de compras ou aquisição de serviços, assim como os demais documentos devem ser preparados em pastas com locais específicos e apos a inserção no SIPEF o caminho dos documentos assim como foram nominados não mais podem ser modificados)
- Arquivo XML/DANFE - Arquivo do XML/DANFE. Para selecionar clique em [...], marque o XML desejado e clique em **Abrir** (Não precisar preencher ou anexar);
- Data NF/DOC – Data da nota fiscal/documento;
- Vencimento – Vencimento da nota fiscal/documento. (Vencimento do Boleto bancário ou conforme contrato;
- CSRF – Valor das contribuições sociais retidas na fonte;
- INSS/ICMS – Valor do INSS/ICMS (Se tiver discriminado na nota);
- ICMS ST – Valor do ICMS ST (Se tiver discriminado na nota);
- IPI – Valor do IPI (Se tiver discriminado na nota);
- ISS – Valor do ISS (Se tiver discriminado na nota);
- IR – Valor do IR (Se tiver discriminado na nota);
- PIS – Valor do PIS (Se tiver discriminado na nota);
- CONFINS – Valor do CONFINS (Se tiver discriminado na nota);
- CSLL – Valor do CSLL (Se tiver discriminado na nota);

Na aba Contrato:

Obs.: CASO O "TIPO OPERAÇÃO" FOR "8-Pagto.Fornecedores ", "32-Aluguel" ou "7-Pagto.Titulos Concessionária" OS CAMPOS DESTA ABA PODEM SER PREENCHIDOS.

- Descrição – Defina o contrato do qual o pagamento for proveniente clicando em [..], selecione-o e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em **Contratos → Contrato Fornecedor**;

- Contrato N° – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Arquivo Contratos – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- CNPJ/CPF – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Início vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Final vigência – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Valor total – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Valor mensal – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Série parcela – Será preenchido automaticamente após a seleção do contrato;
- Arquivo Certidão – Certidão negativa de débitos do fornecedor contratado. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir; e
- Não possui contrato – Deve ser marcado para o caso de não haver contrato. Obs.: Obrigatório para as operações supracitadas.

Na aba Complemento:

- Histórico – Histórico do pagamento/recebimento
- Observação da Nota Fiscal – Qualquer observação desejada sobre o pagamento/recebimento. No botão Carregar NFe é possível selecionar o XML da nota, esse por sua vez irá preencher os campos supracitados que estiverem disponíveis.

Ao finalizar o preenchimento, clique em **OK** para salvar.

7º PASSO - CADASTRO DE EXTRATOS BANCÁRIOS

Clique em **Financeiro → Extratos Bancários,** na janela Extratos Bancários para inserir um novo extrato clique em **Inserir**, para alterar os dados de um extrato já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluir, selecione-o e clique em **Remover**. Para visualizar o arquivo selecionado, clique em **Visualizar Arq.**

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastrar um novo extrato bancário, clique em **Inserir**, os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Descrição – Deve ser informada a descrição do arquivo, Exemplo "Conta corrente Matriz";

- Arquivo – Arquivo do extrato bancário. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir;

- Conta Bancária – Defina de qual conta bancária é o extrato clicando em [..], selecione a conta desejada e clique em Selecionar. Obs.: Deve estar cadastrado previamente em Financeiro → Contas bancárias; e

- Data – Data de emissão do extrato bancário.

Para salvar os dados clique em **OK**.

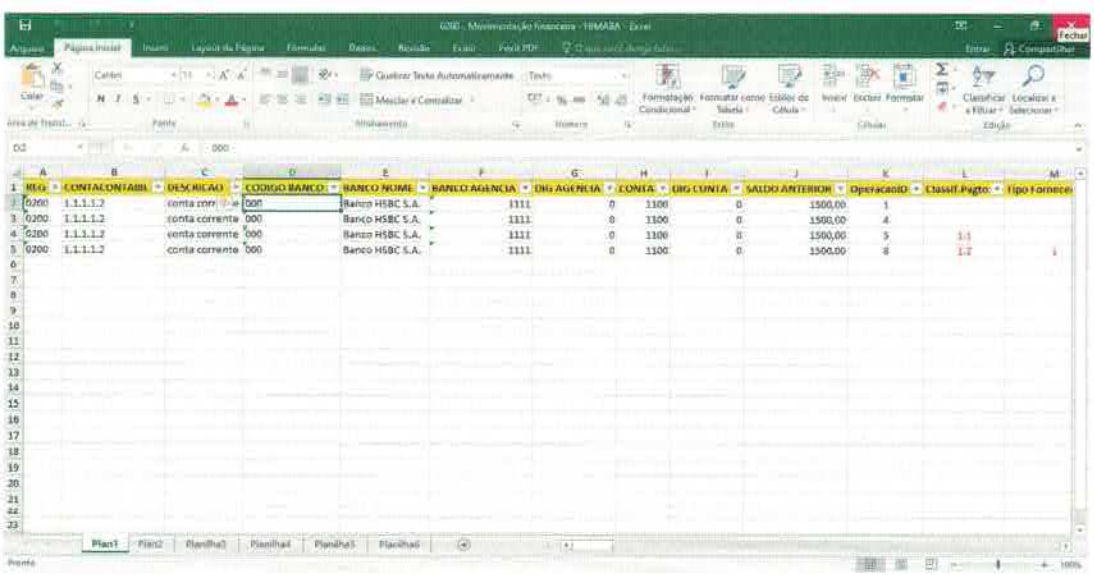
OBS.: O Extrato Bancário mensal deve ser inserido após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

8º PASSO - PLANILHAS

As **planilhas** servem para importação de dados para o Sistema SIPEF, as mais utilizadas pelo Instituto CEM são:

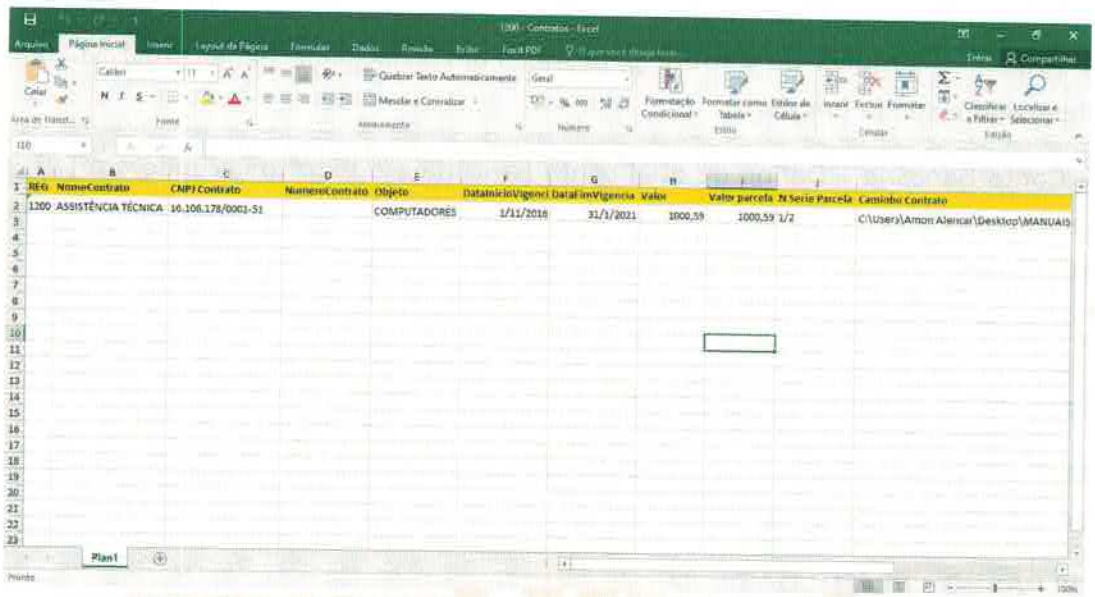
MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA:

- **0200 - Movimentação financeira**: É utilizada para realização dos lançamentos financeiros D+1.



CONTRATOS:

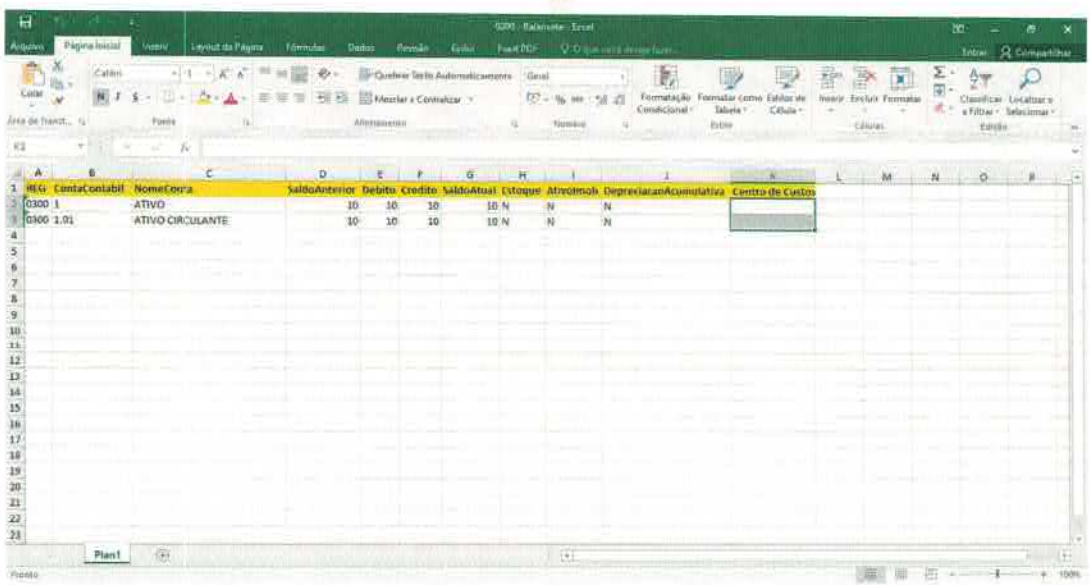
- **1200 - Contratos**: É utilizada para inserir os contratos com fornecedores no Sistema;



REG	NomeContrato	CNPJ Contrato	NumeroContrato	Objeto	DataInicioVigenci	DataFimVigencia	Valor	Valor parcela	N Serie Parcela	Caminho Contrato
1200	ASSISTÊNCIA TÉCNICA	10.106.178/0001-51		COMPUTADORES	1/11/2016	31/1/2021	1000,59	1000,59	1/2	C:\Users\Amon Alencar\Desktop\MANUAIS

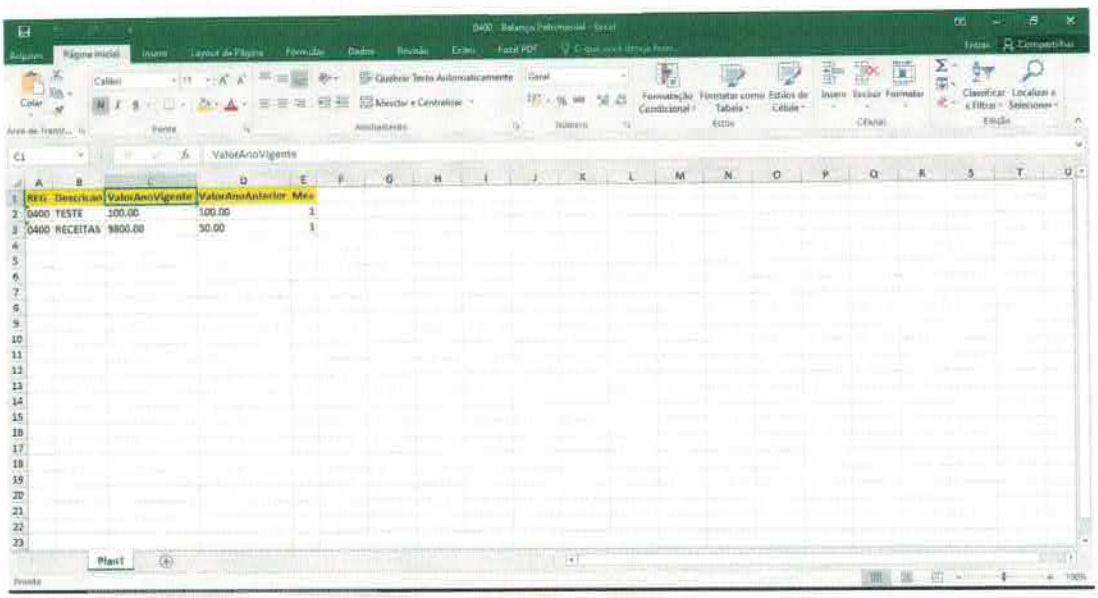
DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS:

- **0300 – Balancete**: É utilizada para inserir os dados do Balancete no SIPEF;



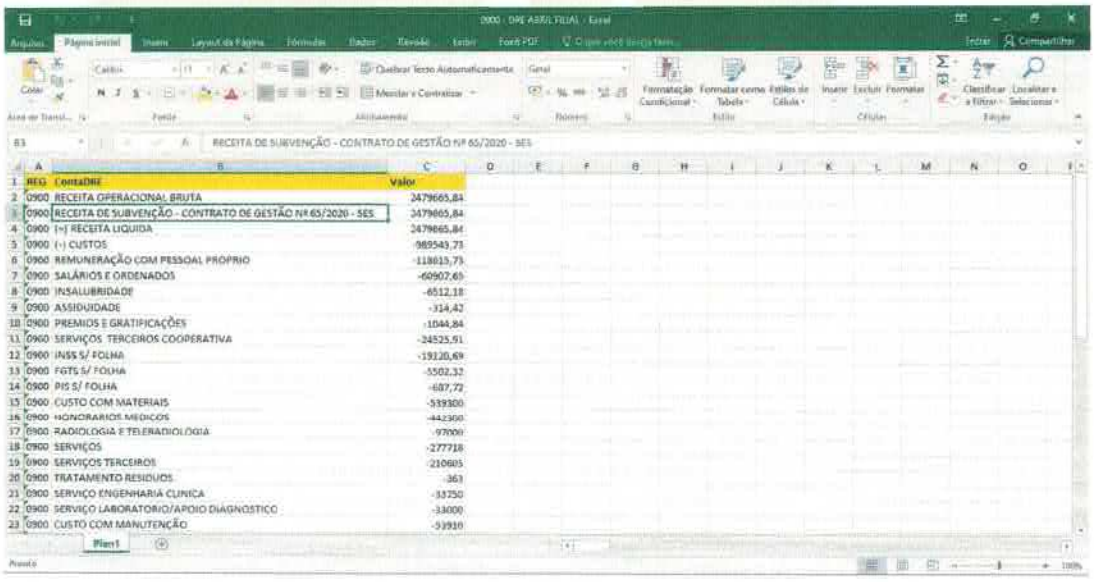
REG	ContaContabil	NomeConta	SaldoAnterior	Debito	Credito	SaldoAtual	Estoque	AtivoImob	DepreciacaoAcumulativa	Centro de Custos
0300	1	ATIVO	10	10	10	10	N	N	N	
0300	1.01	ATIVO CIRCULANTE	10	10	10	10	N	N	N	

- **0400 - Balanço Patrimonial:** É utilizada para inserir os dados do Balanço Patrimonial no SIPEF;



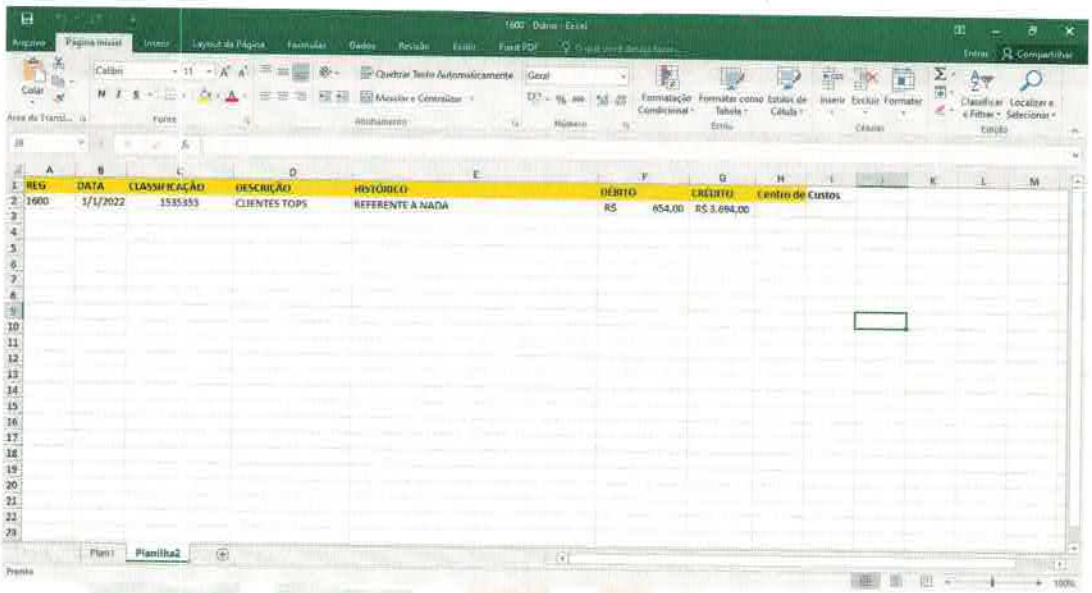
REG	Descricao	ValorAnoVigente	ValorAnoAnterior	Mes
0400	TESTE	100.00	100.00	1
0400	RECEITAS	9800.00	50.00	1

- **0900 - DRE:** É utilizada para inserir os dados do DRE no SIPEF;

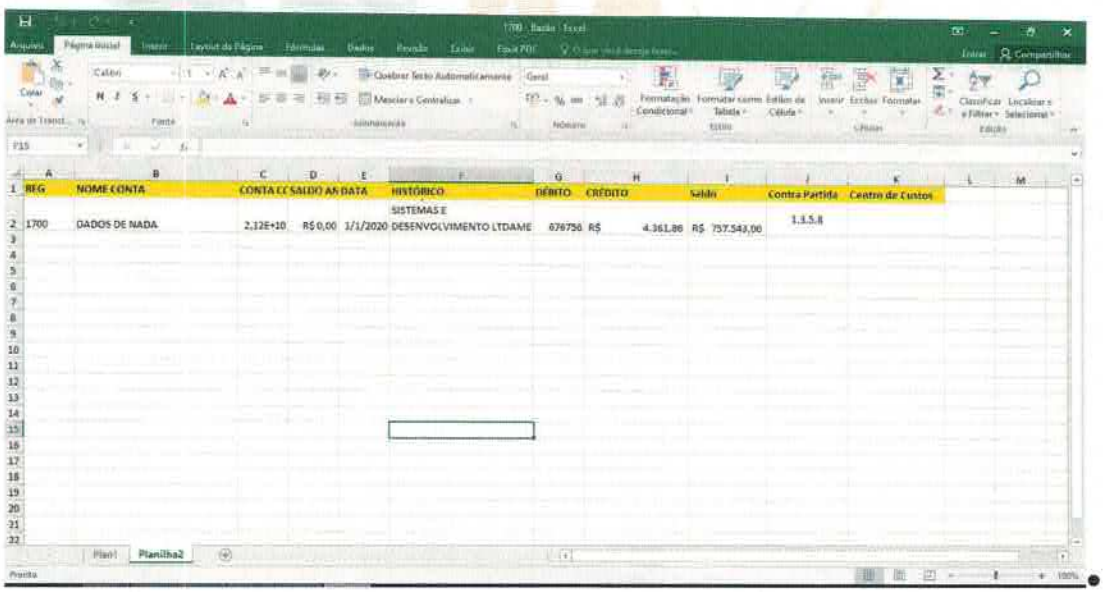


REG	ContaDRE	Valor
0900	RECEITA OPERACIONAL BRUTA	2479665,84
0900	RECEITA DE SUBVENÇÃO - CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES	2479665,84
0900	(=) RECEITA LIQUIDA	2479665,84
0900	(-) CUSTOS	-989543,73
0900	REMUNERAÇÃO COM PESSOAL PRÓPRIO	-118015,73
0900	SALÁRIOS E ORDENADOS	-60907,65
0900	INSALUBRIDADE	-6512,18
0900	ASSIDUIDADE	-314,42
0900	PREMIOS E GRATIFICAÇÕES	-1044,84
0960	SERVIÇOS TERCEIROS COOPERATIVA	-24525,91
0900	INSS S/ FOLHA	-19120,69
0900	FGTS S/ FOLHA	-5502,32
0900	PIS S/ FOLHA	-687,72
0900	CUSTO COM MATERIAIS	-539300
0900	HONORARIOS MEDICOS	-442300
0900	RADIOLOGIA E TELERADIOLOGIA	-97000
0900	SERVIÇOS	-277718
0900	SERVIÇOS TERCEIROS	-210605
0900	TRATAMENTO RESIDUOS	-363
0900	SERVIÇO ENGENHARIA CLINICA	-33750
0900	SERVIÇO LABORATORIO/APOIO DIAGNOSTICO	-33000
0900	CUSTO COM MANUTENÇÃO	-51910

- **1600 - Razão:** É utilizada para inserir os dados do Razão no SIPEF; e



REG	DATA	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	HISTÓRICO	DÉBITO	CRÉDITO	Centro de Custos
1600	1/1/2022	1535353	CLIENTES TOPS	REFERENTE A NADA	R$ 654,00	R$ 3.694,00	



REG	NOME CONTA	CONTA CC	SALDO AN	DATA	HISTÓRICO	DÉBITO	CRÉDITO	Saldo	Contra Partida	Centro de Custos
1700	DADOS DE NADA	2,12E+10	R$ 0,00	1/1/2020	SISTEMAS E DESENVOLVIMENTO LTDAME	676756	R$ 4.361,86	R$ 757.543,00	1.1.5.8	

- **1700 - Diário:** É utilizada para inserir os dados do Diário SIPEF;

OBS.: OS DEMONSTRATIVOS CONTÁBEIS devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro do Balancete Clique em Contabilidade → Balancete (0300)

Na janela Balancete para inserir via sistema um novo balancete clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um balancete já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Balanço Patrimonial Clique em Contabilidade → Balanço Patrimonial (0400)

Na janela Balanço Patrimonial para inserir um novo balanço clique em **Inserir**, para alterar os dados de um balanço já cadastrado, selecione o campo desejado e altere-o, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **Cancelar**.

Cadastro do DRE Clique em Contabilidade → DRE (0900)

Na janela DRE para inserir via sistema um novo DRE clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um DRE já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Diário Clique em Contabilidade → Diário (1600)

Na janela Diário para inserir via sistema um novo lançamento do livro diário clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro diário já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

Cadastro do Livro Razão Clique em Contabilidade → Razão (1700)

Na janela Razão para inserir via sistema um novo lançamento do livro razão clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um lançamento do livro razão já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

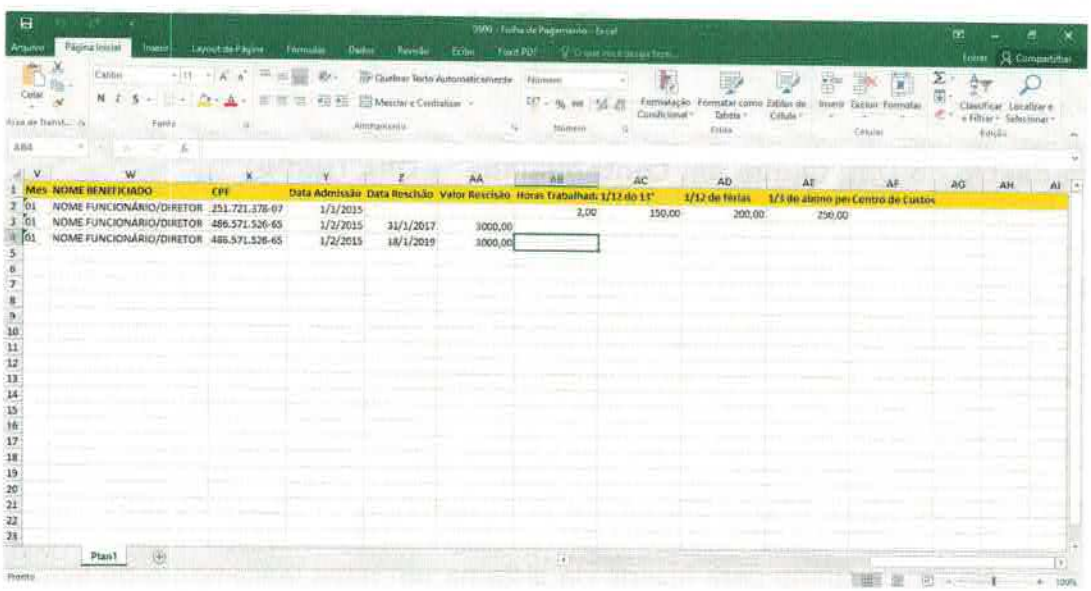
Para fechar a tela clique em **OK**.

OBS.: os demonstrativos contáveis são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o

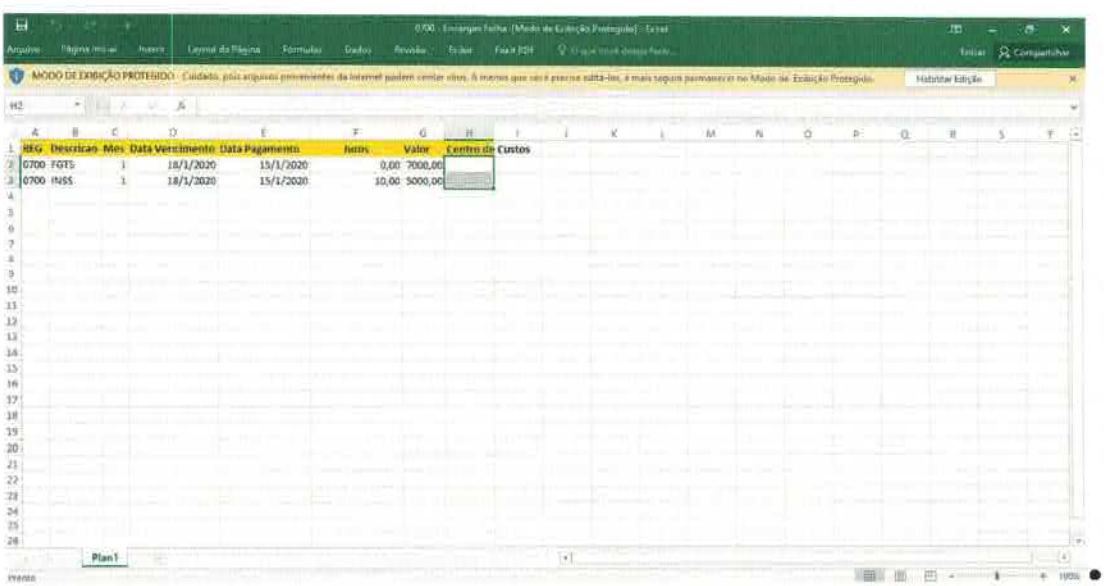
operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema constante no **ANEXO II.**

DEMONSTRATIVOS FOLHA DE PAGAMENTO:

• **0500 – Folha de pagamento:** É utilizada para inserir os dados da Folha de Pagamento no SIPEF;



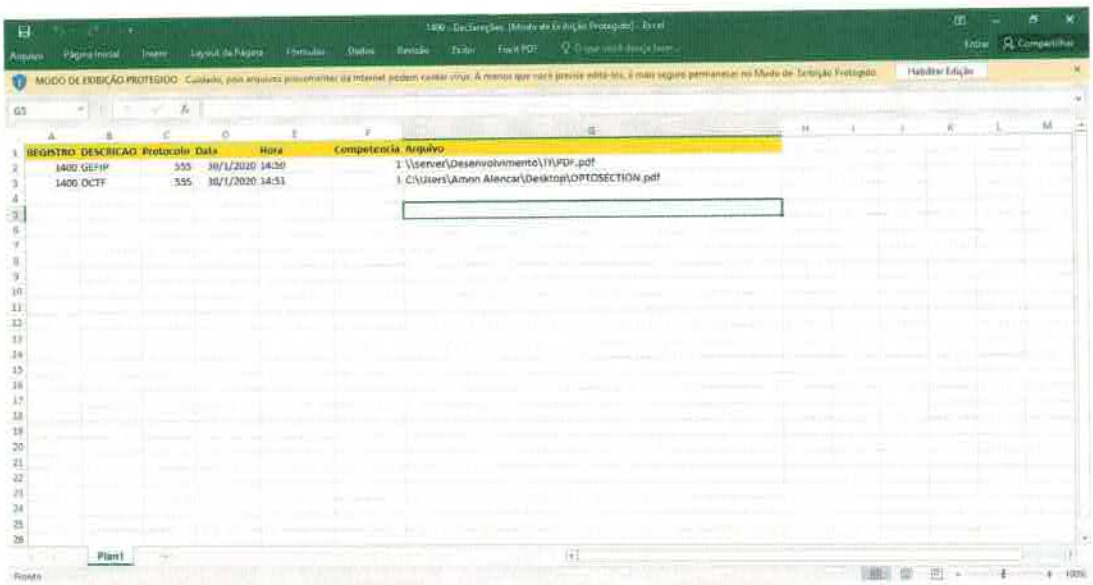
Mes	NOME BENEFICIADO	CPF	Data Admissão	Data Rescisão	Valor Rescisão	Horas Trabalhad. 1/12 do 13°	1/12 de férias	1/3 de abono pec	Centro de Custos
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	251.721.378-07	1/1/2015			2,00	150,00	200,00	250,00
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	486.571.526-65	1/2/2015	31/1/2017	3000,00				
01	NOME FUNCIONÁRIO/DIRETOR	486.571.526-65	1/2/2015	18/1/2019	3000,00				



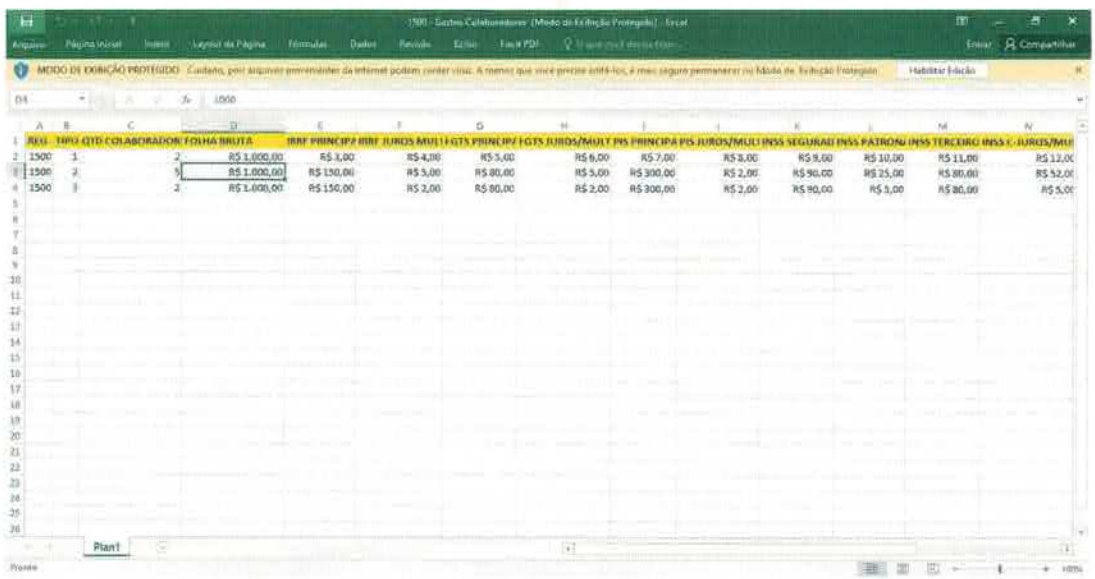
REG	Descricao	Mes	Data Vencimento	Data Pagamento	Juros	Valor	Centro de Custos
0700	FGTS	1	18/1/2020	15/1/2020	0,00	7000,00	
0700	INSS	1	18/1/2020	15/1/2020	10,00	5000,00	

• **0700 – Encargos:** É utilizada para inserir os dados dos Encargos da folha no SIPEF.

- **1400 – Declarações GFIPE:** É utilizada para inserir os dados da Declarações GFIPE no SIPEF; e



- **1500 – Gastos com colaboradores:** É utilizada para inserir os dados dos Gastos com colaboradores no SIPEF.



OBS.: OS DEMONSTRATIVOS DA FOLHA DE PAGAMENTO devem ser inseridos após o fechamento dos lançamentos do mês e antes da transmissão mensal.

Cadastro de <u>Folha de Pagamento</u> Clique em Recursos Humanos → Folha Pagamento (0500)

Na janela Folha de Pagamento para inserir via sistema uma nova folha clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de uma folha já cadastrada, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Cadastro de Encargos sobre Folha Clique em Recursos Humanos → Encargos Folha (0700)

Na janela Encargos Folha Pagamentos para inserir um novo encargo clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar,** para alterar os dados de um encargo já cadastrado, clique sobre o campo e altere-o, caso deseje excluí-lo selecione-o e clique em **Remover**.

Cadastro de Arquivos da Folha Clique em Recursos Humanos → Declarações GFIPE (1400)

Na janela Arquivos para inserir um novo arquivo clique em **Inserir**, para alterar os dados de um arquivo já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione o desejado, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-lo, selecione-o e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

No momento de inserir os campos devem ser preenchidos da seguinte forma:

- Descrição – Descrição/Nome do arquivo.

- Arquivo – Arquivo que deseja enviar. Para selecionar clique em [...], marque o pdf desejado e clique em Abrir.

Cadastro de Gastos c/ colaborador Clique em Recursos Humanos → Gastos c/ colaborador (1500)

Na janela Gasto com colaborador para inserir via sistema um novo gasto clique em **Inserir**, para inserir através de planilha ou texto externo clique em **Importar**, para alterar os dados de um gasto já cadastrado, clique em **Pesquisar** e selecione a desejada, depois clique em **Alterar**, caso deseje excluí-la, selecione-a e clique em **Remover**.

Para fechar a tela clique em **OK**.

OBS.: os demonstrativos da folha são recebidos da contabilidade em uma planilha excel com a formatação diferente da formatação das planilhas dos SIPEF, em consequência o

operador deverá transportar os dados da planilha da contabilidade para a planilha do SIPEF, conforme formatação exigida pelo Sistema SIPEF, constante no **ANEXO II.**

9º PASSO RELATÓRIOS

Feitos os lançamentos, seja por inserção manual ou por importação modular, pode-se verificar os dados incluídos através dos relatórios. Para acesso aos relatórios na tela principal do SIPEF acesse o menu Relatórios: Os relatórios ficam agrupados de acordo com o módulo pelo qual é correspondente. Selecione o relatório que deseja verificar e aguarde a abertura do mesmo. Sendo os mais utilizados pelo Instituto Cem:

- **Pagamento Efetuado – II**

Clique em Relatórios → Financeiro → Pagamento Efetuado – II

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

- **Resumo da Movimentação Financeira – III**

Clique em Relatórios → Financeiro → Resumo da Movimentação Financeira – III

Este relatório pode ser impresso com todos os dados da prestação de contas ou por período (desde que esteja dentro da vigência da prestação de contas selecionada). Para listar os dados de toda a prestação de contas, na tela Seleção basta manter selecionado o Por – Prestação e clicar em **OK**. Para listar os dados por período, selecione Por – Período e preencha a data de início e fim da seleção desejada.

- **Relatório Fluxo de caixa - XXIX**

Clique em Relatórios → Financeiro → Fluxo de caixa - XXIX

Abrirá automaticamente.

- **Relatório Folha de Pagamento Pessoal - X**

Clique em Relatórios → Recursos Humanos → Folha de Pagamento de Pessoal - X

Abrirá automaticamente.

- **Relatório Balancetes Analíticos - XVI**

Clique em Relatórios → Contabilidade → Balancetes Analíticos - XVI

Abrirá automaticamente.

- **Relatório Balanço Patrimonial – XVIII**

Clique em Relatórios → Contabilidade → Balanço Patrimonial – XVIII

Abrirá automaticamente.

- **Relatório DRE - XIX**

Clique em Relatórios → Contabilidade → DRE - XIX

Abrirá automaticamente.

- **Relatório DIÁRIO - XXXII**

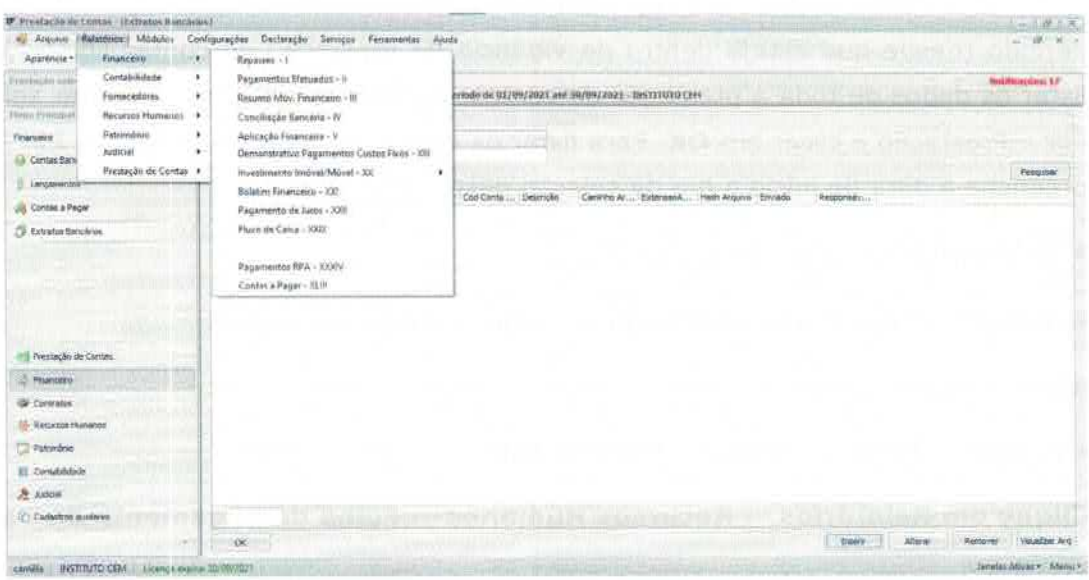
Clique em Relatórios → Contabilidade → DIÁRIO - XXXII

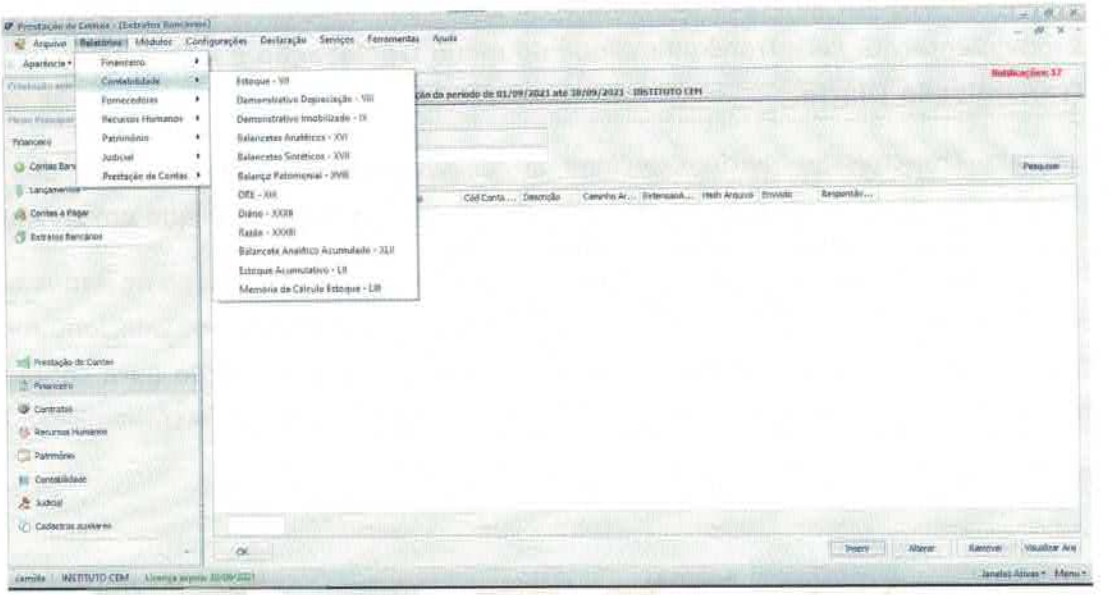
Abrirá automaticamente.

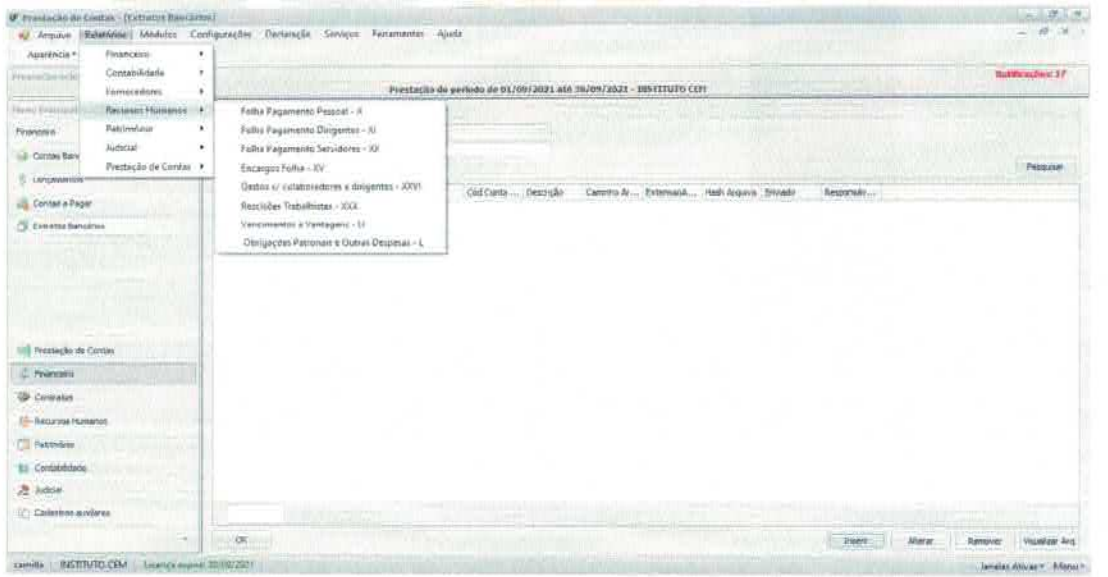
- **Relatório RAZÃO - XXXIII**

Clique em Relatórios → Contabilidade → RAZÃO - XXXIII

Abrirá automaticamente.







10º PASSO TRANSMISSÕES

Após a inserção e verificação das informações necessárias à prestação de contas deve-se transmitir os dados. Antes da transmissão certifique-se de que a máquina tenha conexão com a internet.

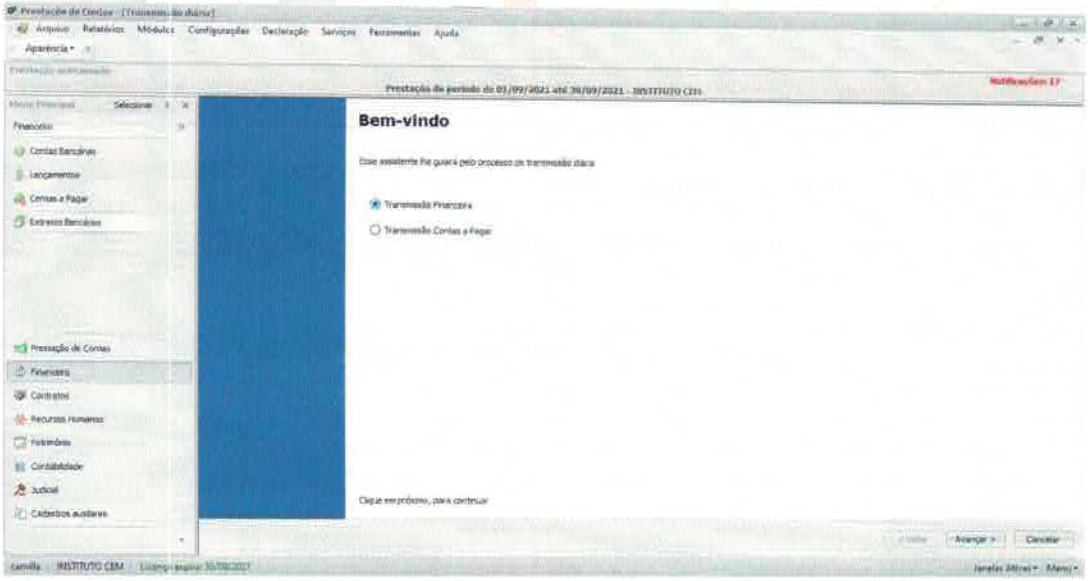
Transmissão Diária

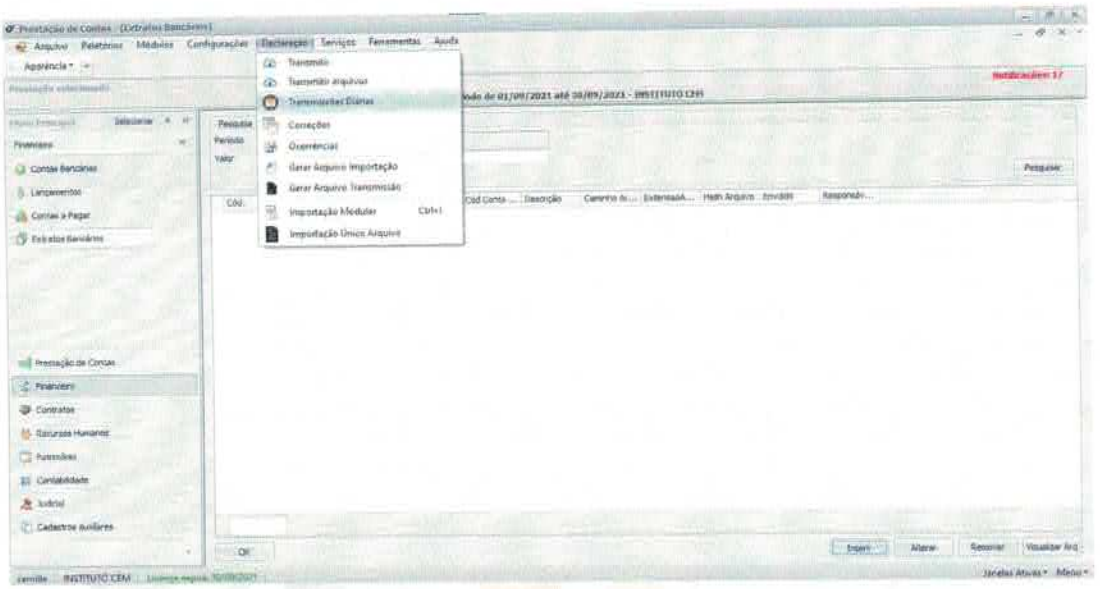
Na transmissão diária são enviados os dados presentes nos lançamentos financeiros e contas a pagar. Diariamente a unidade deve informar ao sistema a movimentação das

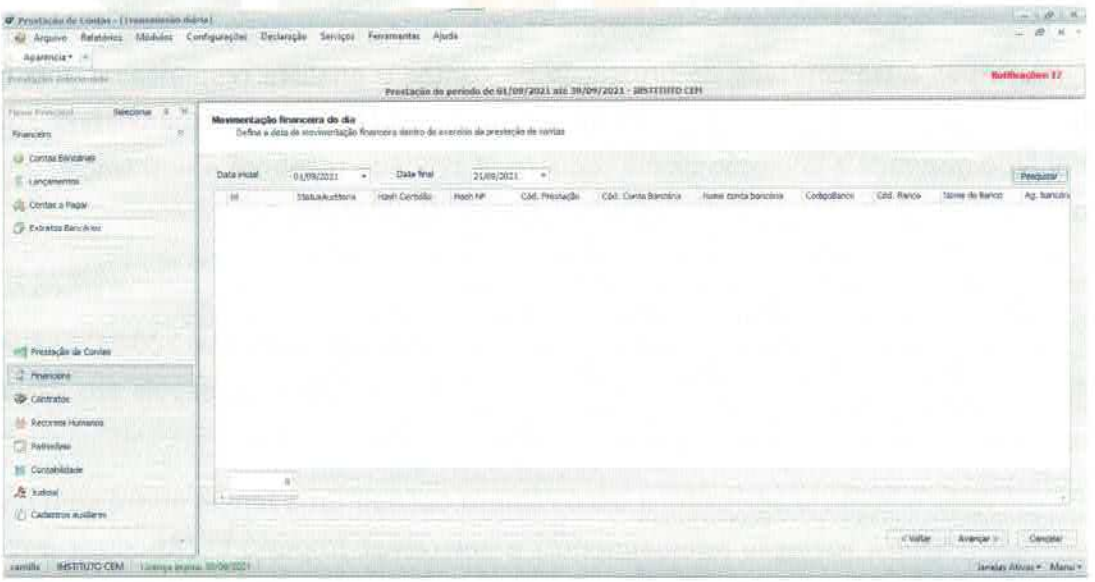
contas e transmitir ao órgão fiscalizador. O prazo para realizar o envio é de até um dia após a movimentação. Para transmitir clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmissão Diária.**

Na tela Transmissão diária selecione se deseja realizar a transmissão dos dados da movimentação financeira ou de contas a pagar, após a seleção, clique em **Avançar**.

Na próxima tela clique em **Pesquisar** para listar os dados na tela, se os dados não tiverem sido inseridos no mesmo dia em que está realizando a transmissão, selecione o período em Data inicial e Data final antes de pesquisar (não existe essa opção para contas a pagar), depois clique em **Avançar** e em seguida em **Concluir** e aguarda a transmissão dos dados.

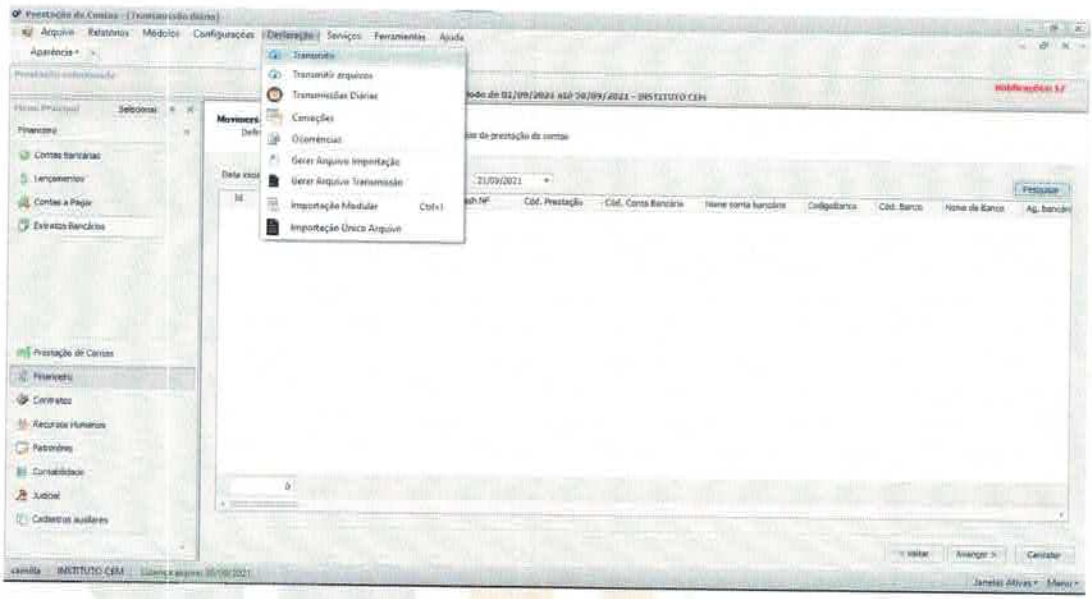






Transmissão Mensal

Na transmissão mensal serão enviadas todas as informações presentes na prestação de contas, menos os dados já enviados diariamente. Siga os passos para transmitir: Clique no menu **Declaração** e logo em seguida clique em **Transmitir**, na tela de Transmissão clique em **Sim** e aguarde a transmissão ser finalizada.



11 º PASSO CORREÇÕES

Após a transmissão da prestação de contas o analista responsável pela fiscalização poderá apontar supostas irregularidades nos dados financeiros enviados solicitando a unidade que faça a correção desse registro. A unidade receberá a notificação através de e-mail e sistema (Canto superior direito – Campo Notificações).

Correção Financeira

Para corrigir o arquivo você deve acessar o menu **Declarações → Correções → Correção Financeira**, na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

Após o analista seleciona a opção Quero Corrigir uma janela abrirá com duas opções, Corrigir (Fazer a correção manualmente) e Selecionar Importado (Atualizar o registro com as informações corretas importando uma matriz). Caso o analista tenha anexado algum documento à restrição, é possível visualizá-lo clicando no ícone de **download** na coluna Anexo, essa fica no painel Documento com restrição. Ao clicar, o documento anexado será aberto.

Sendo identificado pelo prestador de contas que realmente existe algo a ser corrigido, o mesmo deve marcar Quero Corrigir no painel Corrigidos. Ao marcar, será aberta uma tela de correção, onde você deve selecionar entre **corrigir** (alterar apenas os dados com problema dentro do próprio lançamento) ou Selecionar **Importado** (selecionar um lançamento financeiro que foi importado ou inserido no sistema como Retificação/Correção).

Selecionando Corrigir, clique em **OK** e aguarde a tela do lançamento financeiro ser aberta.

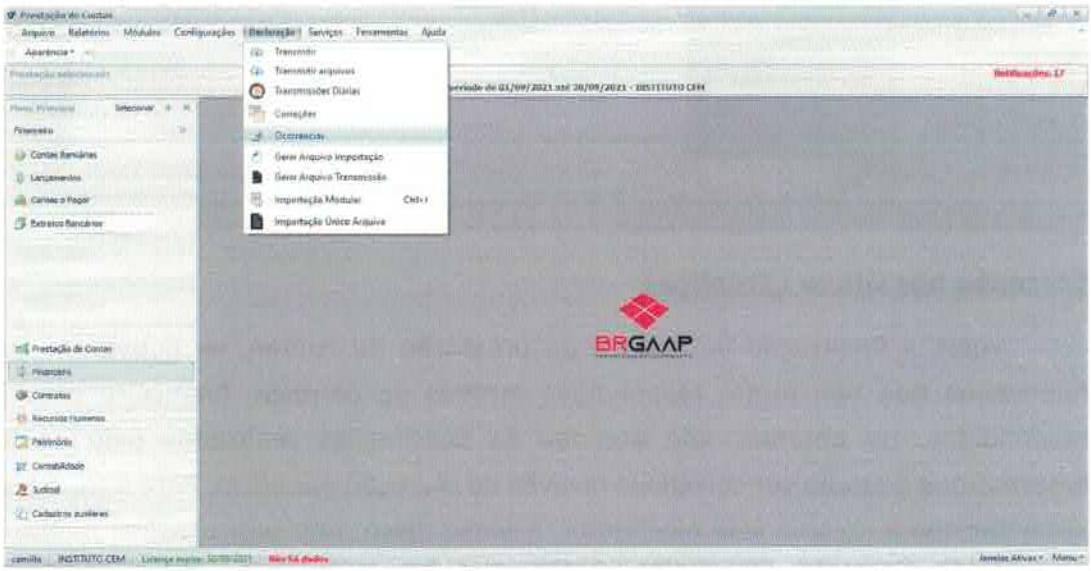
Nela você poderá alterar o dado incorreto e ao finalizar a correção clique em **OK** para salvar.

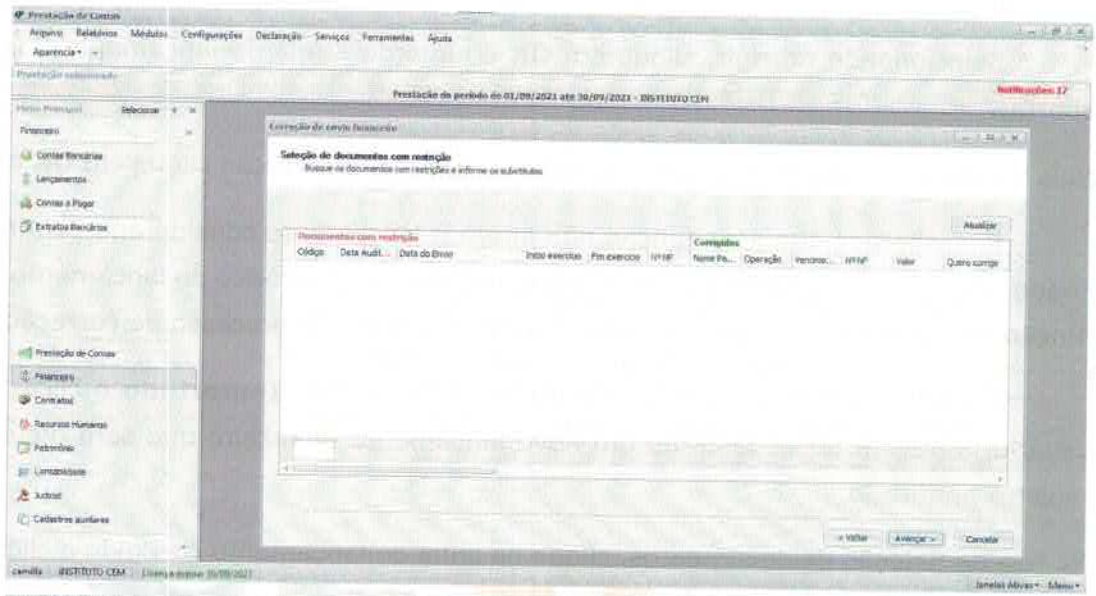
Ressaltamos que essa função não altera o lançamento considerado com restrição, é criado um novo lançamento corrigido, mantendo assim o histórico do lançamento. Com essa função é possível visualizar a restrição apontada durante o processo de correção.

No entanto, se for selecionado o campo Selecionar **Importado** e clicar em **OK**, o usuário já deverá ter cadastrado um novo lançamento financeiro que será o substituto do registro notificado.

Na tela de Seleção de documentos, clique na linha do lançamento corrigido e clique em **OK**.

Para as duas opções de correções os dados do novo lançamento preencherão o painel de corrigidos. Para finalizar com a correção clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da **Movimentação Financeira – III** e Fluxo de Caixa – **XXIX**, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em **Concluir** e aguarde a transmissão da correção financeira. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.





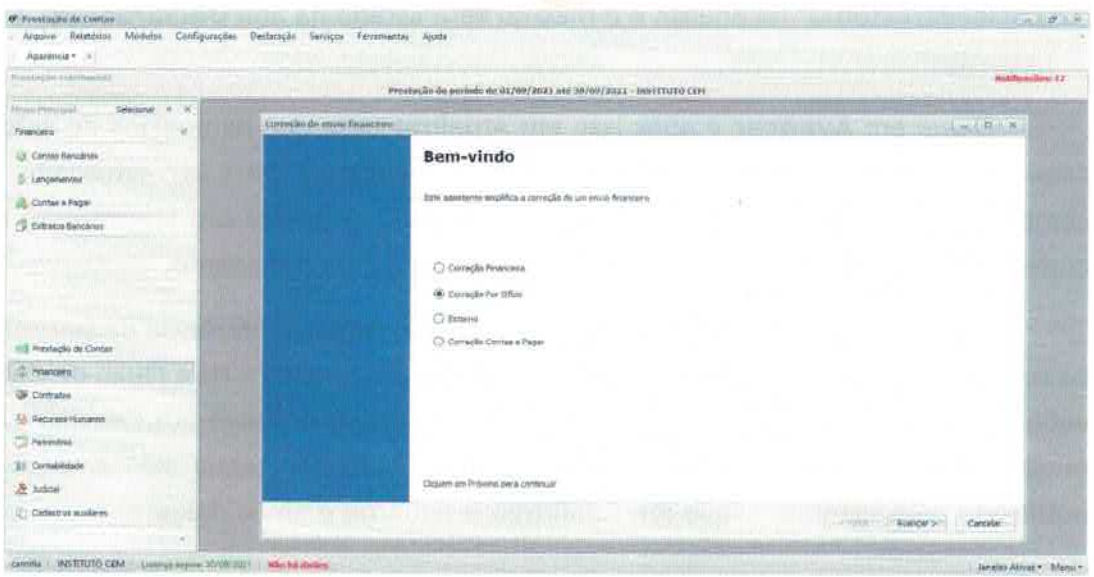
Correção por Ofício (Tréplica)

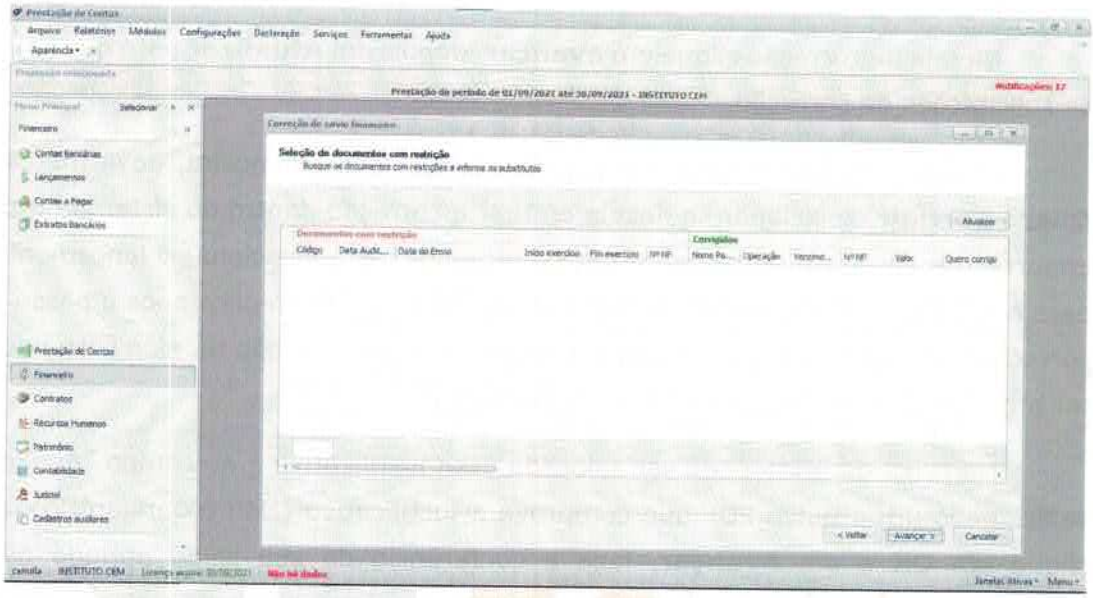
Após a finalização da análise da prestação de contas, se houverem lançamentos financeiros que não foram respondidos através da correção financeira e/ou que foram respondidos, no entanto, não atendeu as solicitações realizadas pelo analista, esses lançamentos poderão ser corrigidos através da correção por ofício. Para isso, o analista deve autorizar que a mesma seja executada. A partir disso, não será possível realizar correções através da Correção Financeira. Assim que for autorizada, essas correções estarão presentes na aba **Declarações → Correções → Correção por Ofício**.

Na tela de correção clique em **avançar**, depois em **Atualizar** para que sejam listadas as solicitações de correção.

O processo de correção é o mesmo da Correção Financeira, deve marcar o campo **Quero Corrigir**, selecionar se deseja efetuar a correção dentro do sistema ou por arquivo importado – corrigir o lançamento para o primeiro caso, selecionar o lançamento corrigido para o segundo – e clicar em **OK**. No caso da correção em tréplica após o passo a passo de correção dos dados, deve-se justificar o fato do lançamento não ter sido corrigido ou de não ter atendido as solicitações da primeira restrição.

Na caixa de texto pode ser colocada essa justificativa e no campo "Anexo" pode ser selecionado um arquivo PDF que comprove a justificativa (Não é obrigatório), ao finalizar clique em **OK** e em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a transmissão da correção por ofício. Caso algum arquivo (pdf) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.



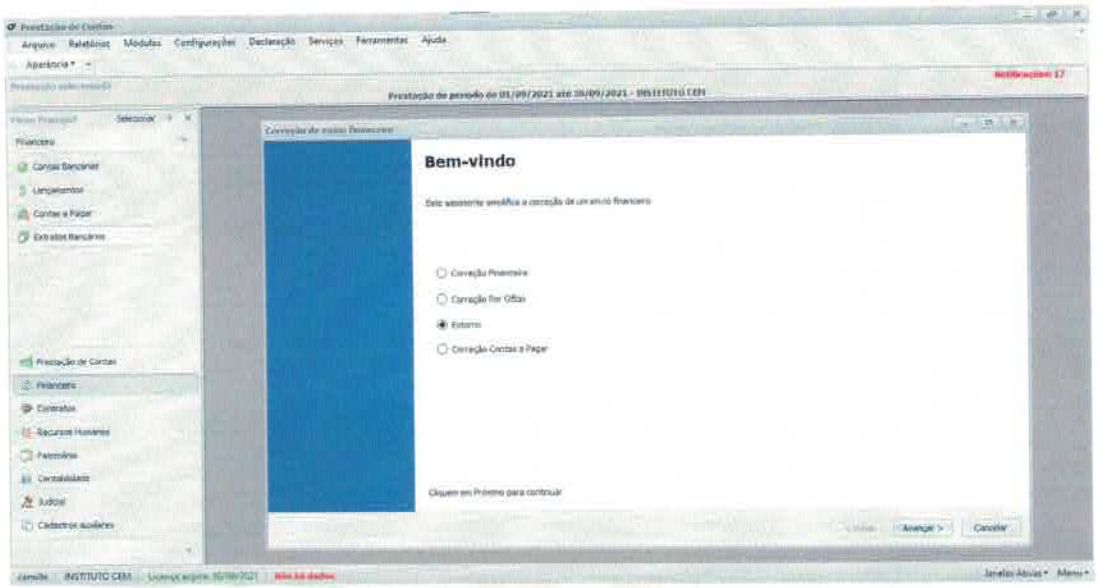


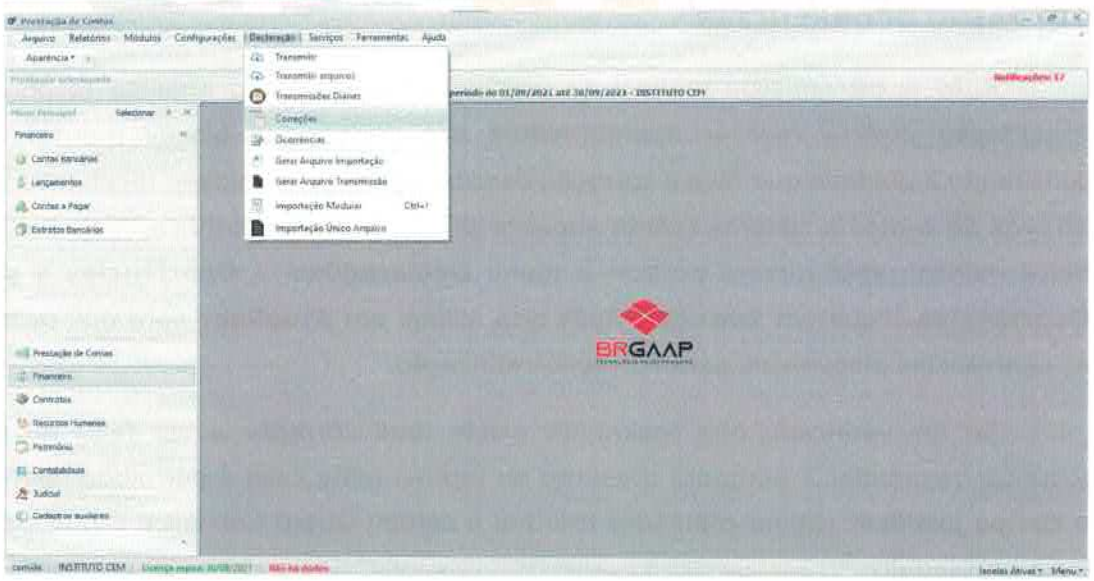
Estorno

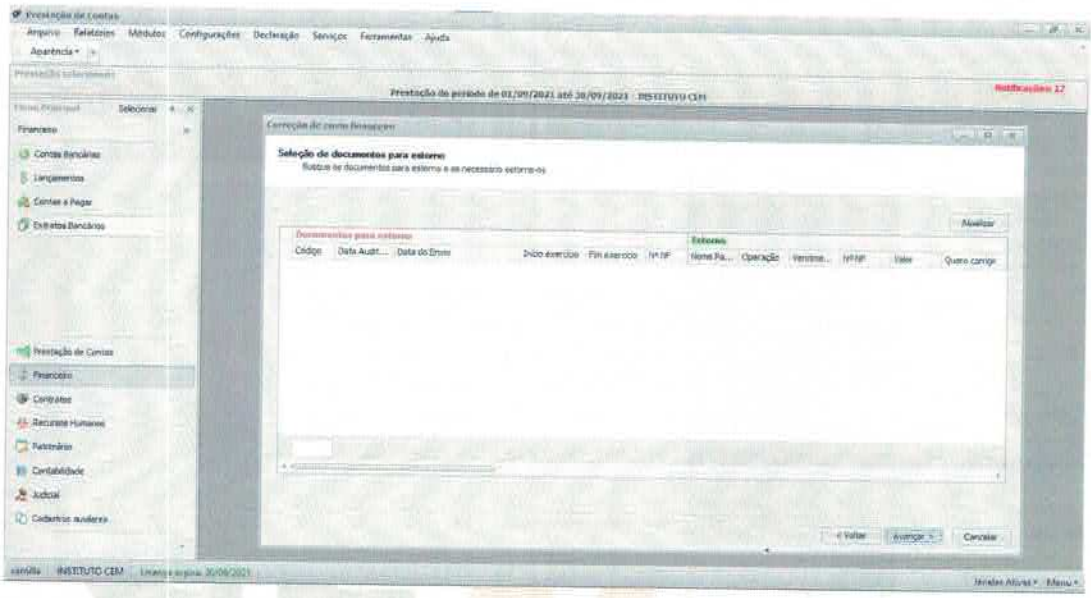
Lançamentos em duplicidade ou que foram enviados em prestações incorretas devem ser estornados, para isso, o analista deve marcar o lançamento como "Duplicidade/Estorno" na análise e o mesmo será listado na aba **Declarações → Correções → Estorno**.

Clique em **Avançar** e após isso em Atualizar para que os pedidos de estorno sejam listados. Se for identificado que o lançamento realmente deve ser estornado, marque o campo Quero Corrigir no painel de Estorno. O sistema gerará um lançamento de estorno correspondente e o painel será preenchido com os dados do mesmo.

Para transmitir o estorno clique em **Avançar**, faça a conferência do seu saldo abrindo os relatórios financeiros Resumo da Movimentação Financeira – III e Fluxo de Caixa – XXIX, estando todos os saldos de acordo com o extrato bancário clique em Concluir e aguarde a finalização da transmissão. Caso algum arquivo (PDF) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.


Bem-vindo
Correção Financeira
Correção Fim Ofício
Estorno
Correção Contas a Pagar
Clique em Próximo para continuar
Avançar >
Cancelar


Transmitir
Transmitir arquivo
Transmissões Diárias
Correções
Ocorrências
Gerar Arquivo Importação
Gerar Arquivo Transmissão
Importação Módulos
Importação Único Arquivo
BRGAAP

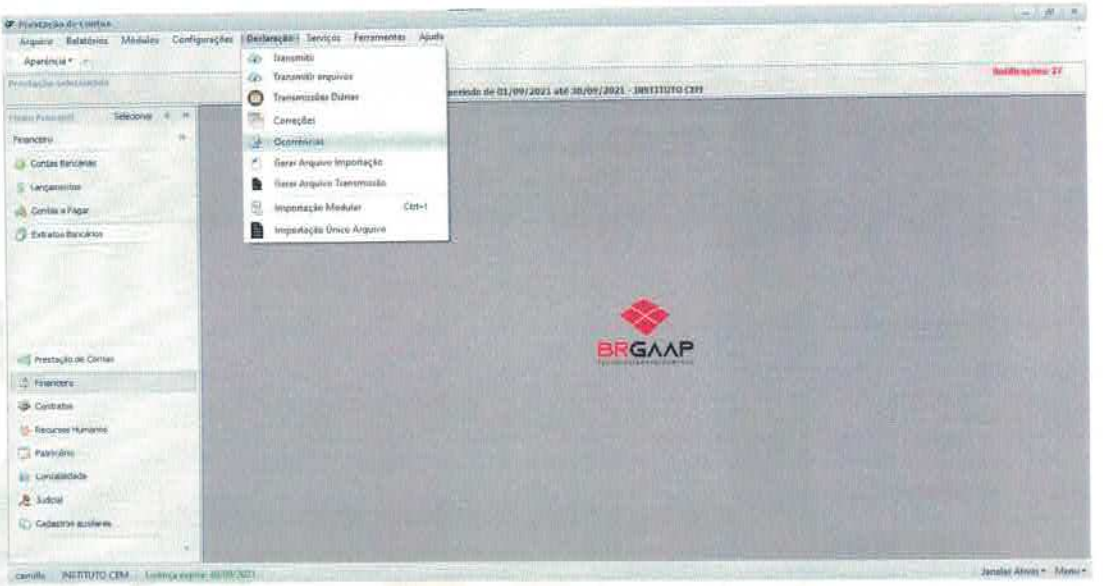


12º PASSO OCORRÊNCIAS

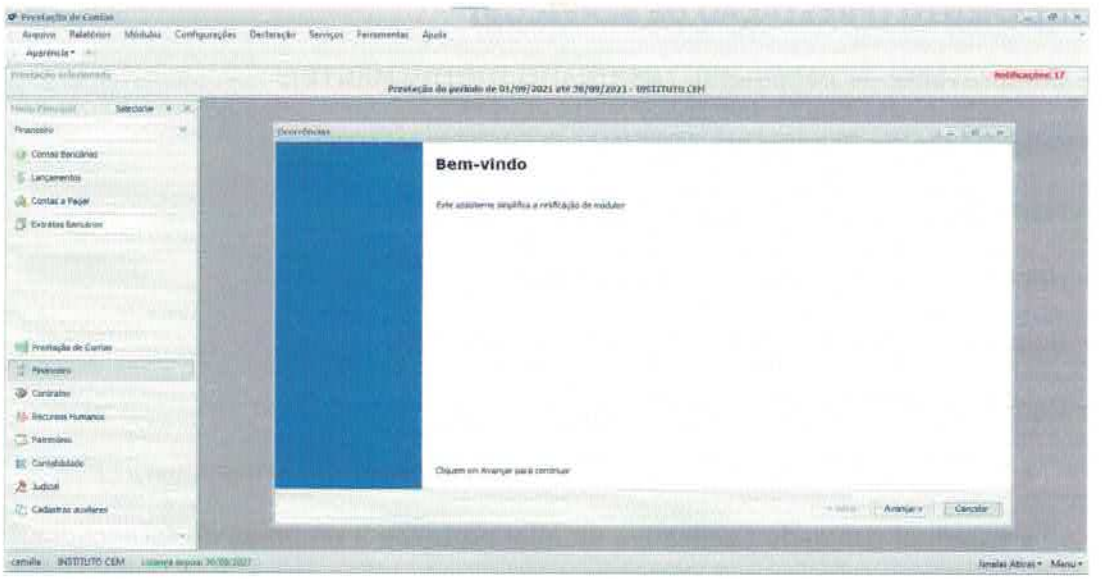
Após a transmissão mensal da prestação de contas, o analista responsável pela fiscalização poderá realizar apontamentos nos dados dos blocos mensais enviados, solicitando à unidade que faça a correção desses registros. A unidade receberá a notificação através de e-mail e sistema (canto superior direito – campo Notificações). Para corrigir o bloco mensal, você deverá acessar o menu **Declarações → Ocorrências e na tela de Ocorrências** clique em **Avançar**. Após isso, clique em **Atualizar** para que sejam listadas as ocorrências disponíveis para correção/retificação.

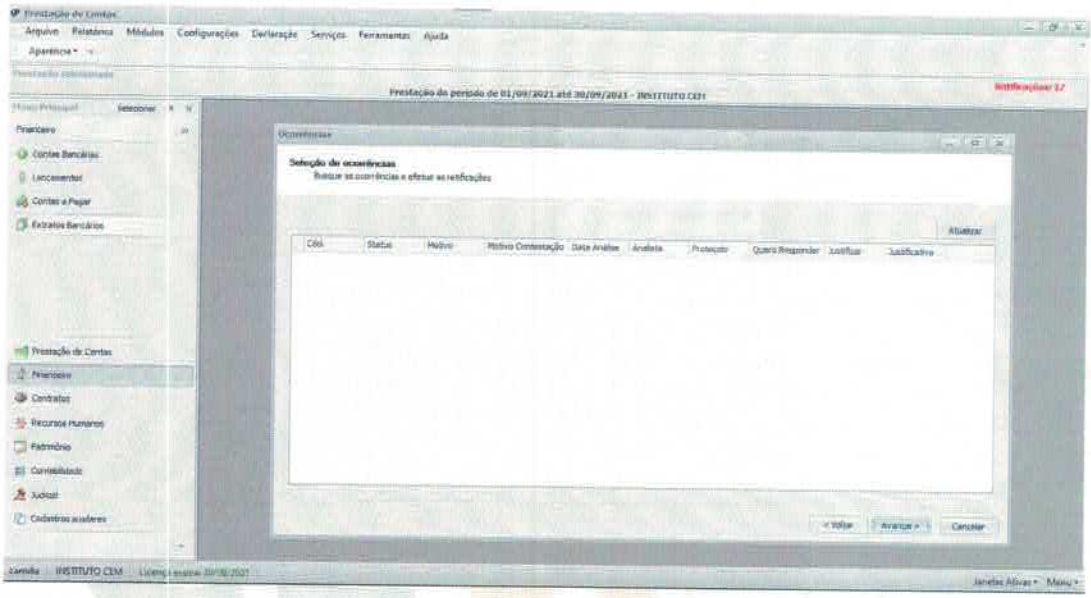
Se for verificado que realmente existe uma correção a ser feita ou se desej justificar/responder a pergunta presente no motivo (este caso é permitido apenas quando o campo justificar estiver marcado) marque o campo Quero Corrigir e clique em **Avançar** para prosseguir.

Se o campo justificar não estiver marcado, o bloco com a ocorrência será aberto. Assim, você terá a opção de alterar os lançamentos com inconformidades, selecionando-os e clicando em **Alterar** (alguns módulos não tem esta opção, para alterar o registro o usuário terá que remover o registro e depois inserir um novo com as informações corretas). Realize os ajustes necessários e clique em **OK**. Para inserir um novo lançamento, basta clicar no botão **Inserir**, preencher o formulário como acima e clicar em **OK**. Caso deseje remover um registro, selecione-o e clique em **Remover**.



Após finalizar a correção ou a justificativa e clicar em **OK** você será redirecionado a tela de Resumo das retificações. Visualize os relatórios relativos ao bloco corrigido e se estiver correto clique em Concluir para finalizar. Caso algum arquivo (PDF) não tenha sido enviado você será notificado pelo sistema, clique em Confirmar e aguarde o envio deles.





CHECKLIST DOCUMENTOS A SEREM INSERIDOS NO SIPEF

Documentos a serem baixados do DocCem.

PROCESSO DE PAGAMENTO FORNECEDORES

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);
    - Municipal (Município ao qual pertence a empresa do fornecedor);
    - Estadual (Unidade Federativa ao qual pertence a empresa do fornecedor);
    - Federal;
    - Trabalhista; e
    - FGTS, regularidade do FGTS.

- Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a serem realizados;
- 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;
- Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;
- Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E
- Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

PAGAMENTO (AQUISIÇÃO MATERIAIS & MEDICAMENTOS)

- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Nota Fiscal (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Boleto (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Certidões (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Cotação por Item (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Cotação por fornecedor (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Dados da Proposta (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Solicitação de Compras (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Notas Explicativa (SE HOUVER) (ASSINADO DIGITALMENTE).
- Ordem de compra da empresa.

PAGAMENTO (PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS POR CONTRATOS)

CONTRATO DEFINITIVO:

- Processo Seletivo;
- Edital de publicação;
- Propostas;
- ATA de resultado de reunião;
- ATA de Homologação; e

- Contrato assinado;

CONTRATO EMERGENCIAL:

- Documento solicitando o início do processo, detalhando os serviços a serem realizados;
- 3 cotações de preços com fornecedores diferentes;
- Documento informando a empresa ganhadora e solicitando a realização dos serviços;
- Relatórios de conclusão de serviço (ASSINADO); E
- Nota explicativa se houver (ASSINADA DIGITALMENTE);

OBS.: Todos os serviços prestados de forma contínua, ou seja, mensal para as unidades d... Instituto CEM, deverão possuir contratos.

OBS.: Quando a prestação de serviço for de hospedagem, o hotel deverá fornecer relatório de consumo de cada colaborador individual.

OBS.: Quando for aquisição de combustível, deverá ser feito documento no qual a diretoria autoriza quais serão os colaboradores autorizados a abastecer e quais os veículos. O fornecedor deverá fornecer mensalmente relatório constando: O dia do abastecimento, a quantidade abastecida, qual combustível, os dados do veículo e os dados do condutor.

PROCESSO DE PAGAMENTOS FOLHA

- Comprovante de pagamento;
- Contracheque ou Recibo de Pagamento Autônomo; e
- Extrato da folha.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS FOLHA

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamento;
- Resumo da Folha; e
- Guias.

PROCESSO DE PAGAMENTOS IMPOSTOS INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamento (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Guias (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Relatório ou demonstrativos do Imposto devido (ASSINADO DIGITALMENTE).

PROCESSO DE PAGAMENTOS RATEIO 3% INSTITUTO CEM

- Autorização de Pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Memorando (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Documento explicativo do rateio (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Notas fiscais (ASSINADO DIGITALMENTE);
- Comprovante de pagamentos (ASSINADO DIGITALMENTE); e
- Comprovante de transferência (ASSINADO DIGITALMENTE).

ROTINA DIÁRIA		
ORDEM	**AÇÃO/DESCRIÇÃO**	**AGENTE EXECUTOR**
1	Solicitar no grupo do aplicativo WhatsApp, denominado "Anexo VII", o extrato das movimentações bancárias do dia anterior para o Diretor financeiro.	Colaborador do SIPEF
2	Havendo movimentação bancária no dia anterior, proceder com a identificação dos pagamentos, através da planilha de controle de contas a pagar, a qual também é enviada no grupo citado.	Colaborador do SIPEF
3	Identificados os pagamentos, proceder com a pesquisa dos processos de origem	Colaborador do SIPEF

	(mãe) e de pagamento, através do sistema DocCem .	
4	Fazer o download dos documentos contidos nos processos de origem e pagamento acima citados, em pasta a ser criada e identificada pelo mês e dia de pagamento, e ainda, pelo nome do fornecedor e nº do processo de pagamento do DocCem. OBS.: Os documentos a serem baixados dependerá do tipo de lançamento a ser feito.	Colaborador do SIPEF
5	Alimentar planilha para controle dos lançamentos que tiveram documentos baixados .	Colaborador do SIPEF
6	Efetuada a juntada de documentos, proceder com os lançamentos das movimentações bancárias do dia anterior no SIPEF, concretizando o D+1. OBS.: Existem vários tipos de lançamentos a serem feitos, portanto, deve-se se atentar nesse momento, para não proceder com lançamentos errados.	Colaborador do SIPEF
7	Alimentar planilha para controle dos lançamentos feitos no SIPEF.	Colaborador do SIPEF
8	Ao final do dia, fazer a transmissão diária dos lançamento feitos.	Colaborador do SIPEF

7 LANÇAMENTOS

Segue abaixo os principais tipos de lançamentos que são feitos no SIPEF:

- Repasses
- Aplicações Financeiras
- Pagamento de folha de pagamento
- Pagamento de concessionárias (água, luz, telefone)
- Pagamento de Fornecedores
- Impostos
- Transferências Tev's
- RPA
- Aporte para caixa
- Rescisões Trabalhistas
- Encargos sobre folha de pagamento
- Encargos sobre rescisão trabalhista

8 REFERÊNCIAS

Sistema de Prestação de Contas Econômico - Financeiro. BRGAAP. Disponível em: http://www.brgaap.com/SIPEF.html. Acesso em: 27 de set. de 2021.

5.2.2 Gestão de Custos

5.2.2.1 OBJETIVO

Apurar os custos utilizando o sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção; mas também agrega as despesas operacionais.

No conceito de Gestão Gerencial de Custos as informações na forma de relatórios de custos serão disseminadas a todos os níveis da organização com o envolvimento e participação das chefias, coordenações e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados para o setor; e com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

5.2.2.2 TERMINOLOGIA

- **Centros de Custos Produtivos** – são aqueles que atendem diretamente ao paciente desenvolvendo as atividades principais da Instituição. Os Centros de Custos Produtivos, por serem finalísticos, não tem seus custos rateados, ou seja, repassados para outros. Pelo contrário eles recebem ou arcam com os custos dos Centros de Custos Administrativos e Auxiliares;

- **Centros de Custos não Operacionais** - são aqueles que não estão diretamente relacionados às atividades principais do Hospital, porém não são rateados, assim como acontece com os Centros de Custos Produtivos;
- **Centro de Custos Auxiliares** - São os Centros de Custos de apoio que produzem bens ou serviços que auxiliam na assistência ao paciente e terão seus custos rateados as demais Centros de Custos;
- **Centros de Custos Administrativos** - São os relacionados com as atividades administrativas e trabalham como suporte para funcionamento completo da Unidade de Saúde e terão seus custos rateados aos demais Centros de Custos.

5.2.2.3 APURAÇÃO DOS CUSTOS

Os custos devem ser monitorados mensalmente a fim de se atingir a meta estabelecida para controle. Anualmente, nas revisões e atualizações do planejamento estratégico a me. de diminuição de custos deve ser avaliada e ajustada conforme critérios internos e externos.

5.2.2.4 Sistemas De Custeio Aplicados À Gestão De Custos Hospitalares

Os diferentes sistemas de custeio aplicados à gestão de custos hospitalares propiciam uma cobertura ampla das necessidades de informações gerenciais. Os métodos de custeio empregados - custeio por absorção, custeio direto e custeio baseado em atividades - apresentam, cada um com suas especificidades, informações relevantes às funções de controle e planejamento de instituições hospitalares.

Embora essa conceituação esteja de acordo com os fundamentos da contabilidade de custos, no processo de operação dos custos hospitalares utiliza-se uma versão adaptada e estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos, independente se custo despesa. Tal adaptação denomina-se "custeio por absorção pleno".

FLUXO DE CUSTEIO PLANISA

Sistemas De Custeio Por Absorção – Apropriação Por Centro De Custos

Dentre os sistemas de custeio descritos, a abordagem de custeio por absorção tem sido a mais utilizada pelas instituições hospitalares e, desta forma, a conceituação compreende um sistema de custeio por absorção pleno, ou seja, a extensão dos insumos utilizados para o custeio dos serviços não fica restrita aos custos de produção, mas também agrega as despesas operacionais.

ESTRUTURAÇÃO E CONCEITUAÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS

As atividades da organização são subdivididas em setores ou departamentos, nos quais são alocados os recursos para atender a inúmeros propósitos, entre eles, o do controle. Tais divisões constituem-se em centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade passa a constituir um centro de custos. Assim, **Centro de Custos** é uma **conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custos que incorrem em cada período nos centros de atividades**. É recomendável, então, para constituir um centro de custos, que se tenham custos claramente identificáveis e atividades quantificáveis, através de uma unidade de mensuração.

A consecução do sistema de custos hospitalares sob a orientação de apropriação por centros de custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de custeio por absorção. O cálculo do custo de produção dos serviços, sob esta conceituação, compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda a extensão do Hospital.

À medida que a conceituação indica que o cálculo compreende a segmentação dos custos por centro de custos, algumas referências passam a ser básicas. A conceituação de centro de custos de serviços hospitalares segue os mesmos fundamentos de segmentação utilizada pela contabilização dos custos de qualquer empresa - centros de **produção** com as características de representar a localização onde os serviços estão sendo prestados e centros de **apoio** e **administrativos** como complementação imprescindível à consecução das atividades de prestação de um serviço de assistência médica.

CENTRO DE CUSTOS PRODUTIVOS

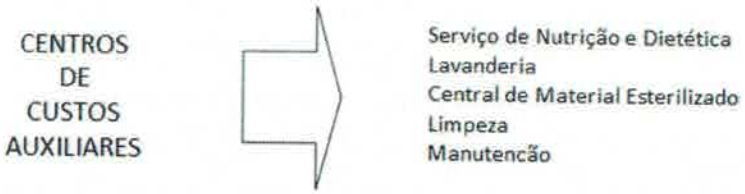
Correspondem aos centros geradores de serviços finais aos pacientes. Essa categoria de centro de custo contém valores de receita (pela venda de serviços) e custo.

CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

- Unidades de Internação
- Unidade de Terapia Intensiva
- Centro Cirúrgico
- Laboratório
- Radiologia

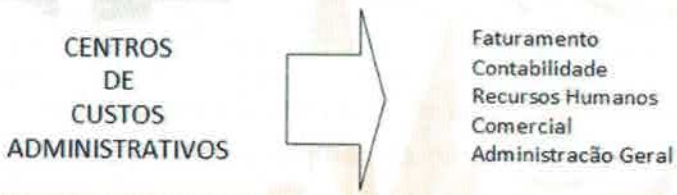
CENTRO DE CUSTOS AUXILAIRES OU DE APOIO

Consistem dos serviços de apoio do hospital, são geradores de custos e tem como objetivo fornecer suporte aos centros produtivos.



CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Correspondem às unidades de natureza administrativa, os custos gerados por estes centros de custo envolvem a administração (normalmente burocrática) das atividades do Hospital.



CONCEITUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DOS CUSTOS

As contas utilizadas para a apuração do custo devem ser programadas em conformidade com o plano de contas do Instituto. Embora o plano de contas identifique os itens de custo (custo dos serviços prestados) e as despesas (despesas operacionais), para o cálculo dos custos será utilizada apenas a expressão "custos", reunindo tanto os custos quanto as despesas provenientes da terminologia contábil.

A definição do elenco de contas representa uma etapa importante no processo de constituição de um sistema de custos. As contas utilizadas para a apuração do custo dev refletir uma resenha de itens de custos relevantes, de modo a ser compreendido pelos níveis gerenciais e/ou encarregados de departamento a medida da necessidade de cada um.

Essa conceituação é fundamental para a constituição do custo de um produto ou serviço e é imprescindível a classificação dos custos em diretos e indiretos.

CUSTOS DIRETOS

Os custos diretos consistem em custos utilizados nas atividades do hospital, cuja identificação com um centro de custos seja possível, sem a utilização de qualquer instrumento de apropriação ou rateio. Como ilustração, pode-se dizer que os salários dos funcionários que trabalham na lavanderia são custos diretos deste centro de custo, em razão da inquestionável identificação da utilização desses custos com essa unidade. O mesmo

poderia se dizer para uma requisição de medicamentos para a Clínica Médica, ou seja, esses insumos destinam-se à utilização nesta unidade.

CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos correspondem aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular. Portanto, para apropriação desses custos aos centros de custos é necessária a utilização de instrumentos de rateio, que estabelecem as proporções adequadas de distribuição desses insumos aos centros de custos.

Como exemplo, temos a energia elétrica ou a depreciação predial, que são custos que não surgem de forma segmentada por centro de custos e, portanto, só serão apropriados aos centros de custos devidos por meio de algum critério de apropriação ou rateio, que estabeleça as regras de distribuição.

CRITÉRIOS E MÉTODOS DE RATEIO

O processo de cálculo do custo dos serviços sob a orientação do custeio por absorção compreende a adoção de critérios de rateio que permitam a distribuição dos custos indiretos e dos custos dos centros auxiliares e administrativos. Esses critérios de rateio consistem em estabelecimento das condições de distribuição dos custos, de forma a representar um parâmetro de utilização de tais custos e que permitam a geração de um custo final dos serviços.

São, portanto, divididos em dois grupos os critérios de rateio a serem definidos no modelo de custeio por absorção total:

5.2.2.5 Etapa Do Sistema De Custos

A consecução do sistema de custos, contemplado neste Manual compreende uma sequência de etapas que exige a **participação de todos os níveis de responsabilidade internos**, cujas atribuições envolvem a coleta de dados necessários à constituição do cálculo dos custos e à avaliação das informações geradas pelo sistema.

Neste sentido, as seguintes etapas passam a compreender o sistema de custos do Hospital:

COLETA DE DADOS

A resenha de dados a serem coletados, numa frequência mensal, pode ser classificada em três categorias:

CUSTOS DIRETOS

Coleta dos valores dos custos que podem ser diretamente identificados aos centros de custos que os consumiram.

CUSTOS INDIRETOS

Coleta das importâncias referentes aos custos que não tem possibilidade de identificação direta com um centro de custo em particular.

DADOS ESTATÍSTICOS

Em razão da existência dos custos indiretos, e a orientação do sistema de apropriação por centros de custos, que compreende rateios interdepartamentais (rateio dos custos dos centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos), uma série de dados estatísticos é necessária para a consecução do cálculo dos custos, como demonstrado no exemplo que segue:

Custos Indiretos:	Critério de rateio:
Aluguel	Área ocupada (m²)

Depreciação	Área ocupada (m²)
Seguros	Área ocupada (m²)
Energia Elétrica	Consumo de energia (Kw/h)
Água	Consumo de água (L)
Telefone	Nº de Ramais
Impostos e taxas	% de custos diretos

Centros de Custos (Aux. e Adm.)	Critério de rateio:
Serviço de Nutrição e Dietética	Número de refeições X Peso
Lavanderia	Quilos de roupa processada
Central Material Esterilizado	Volumes processados X Peso
Limpeza	Área (m²) X Níveis de criticidade
Almoxarifado	Número de itens movimentados
Manutenção	Horas de manutenção
Financeiro	% de custos diretos
Recursos Humanos	Número de colaboradores

ESTATÍSTICA DE PRODUÇÃO

Os dados relacionados à produção são necessários para a apuração do custo unitário dos serviços produzidos pelos centros de custos produtivos do Hospital. Para cada um dos centros de custos produtivos deverá ser identificada uma unidade de produção.

Centros de Custos Produtivos	Produto:
Clínica Médica	Paciente-Dia
Unidade de Terapia Intensiva	Paciente-Dia
Centro Cirúrgico	Hora de cirurgia
Pronto Socorro	Atendimento
Ambulatório	Consulta
Radiologia	Exame

Em razão da necessidade dos dados de custos e estatísticas como insumos à consecução do custo dos serviços, as diferentes áreas do Hospital deverão mensalmente fornecer os referidos dados ao responsável pelo processamento dos custos, obedecendo um cronograma estabelecido, permitindo assim, a preparação dos relatórios em tempo adequado e oportuno para as finalidades gerenciais a que o sistema de custos se propõe.

PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

À medida que todas as informações estejam preparadas e à disposição do setor de custos, passa-se às etapas de registro, cálculo dos rateios e apropriações das informações recebidas. Posteriormente os dados deverão ser analisados e interpretados, gerando informações para tomada de decisão e gerenciamento em todos os níveis do Hospital.

Para o processamento das informações recebidas, devem ser observadas as seguintes etapas :

REGISTRO DAS PRODUÇÕES DOS CENTROS DE CUSTOS PRODUTIVOS

Este passo compreende o registro das produções realizadas em cada um dos centros de custos (produtivos), tais como: quantidade de pacientes-dia, quantidade de horas cirúrgicas realizadas, quantidade de consultas médicas e não médicas realizadas, etc.

REGISTRO DOS CUSTOS DIRETOS

Este passo compreende o registro dos custos diretos: custos de pessoal, consumo de materiais, custos e despesas gerais em cada um dos centros de custos identificados.

REGISTRO DOS CUSTOS INDIRETOS

Os custos indiretos consistem dos itens de custos para os quais não há uma alocação direta aos centros de custos e portanto exigem a adoção de fórmulas de rateio pertinentes a cada caso para a apropriação aos diferentes centros de custos.

Para a consecução dos cálculos relativos aos custos indiretos é feito o registro do valor total de cada um dos custos e aplicada a fórmula (critério de rateio) correspondente, obtendo-se parcelas adequadas a cada um dos centros de custos do Hospital.

Exemplo 1:

Custo de locação .....:R$ 10.000,00

Critério de rateio .....:Área Ocupada (m^2)

Área Ocupada (m^2) .....: Unid. de Internação .....:600 m^2

UTI .....:500 m^2

Centro Cirúrgico .....:300 m^2

Nutrição .....:180 m^2

Rouparia .....:120 m^2

Administração .....: 300 m^2

TOTAL.....: 2.000 m^2

Cálculo do Custo da locação por centro de custo :

Valor Total da Locação = R$ 10.000,00

Total Área Ocupada =2.000 m^2

. Custo da locação por m^2= R$ 10.000,00= R$ 5,00

. Valor da locação por centro de custo:

Internação .....:600 m^2 x R$5,00 = R$ 3.000,00

UTI .....:500 m^2 x R$5,00 = R$ 2.500,00

Centro Cirúrgico .....:300 m^2 x R$5,00 = R$ 1.500,00

Nutrição .....: 180 m² x R$5,00 = R$900,00

Rouparia .....:120 m² x R$5,00 = R$600,00

Administração.....:300 m² xR$5,00 = R$ 1.500,00

Total .....: R$ 10.000,00

REGISTRO DAS ESTATÍSTICAS E RATEIO DOS CENTROS AUXILIARES E ADMINISTRATIVOS

Essa etapa consiste da transferência dos custos apurados nos centros auxiliares e administrativos para os centros produtivos, de modo a alcançar o custo final dos serviços, obtendo-se assim, o custeio global das atividades operacionais. A razão do rateio dos centros auxiliares e administrativos justifica-se pela função que exercem, de suporte ou de atividades meio no processo de prestação de um serviço de assistência médico-hospitalar, ao mesmo tempo que não constituem áreas geradoras de receitas.

As receitas operacionais são provenientes apenas dos serviços produzidos nos centros produtivos e, em razão disto, todos os custos devem estar contemplados na esfera destas unidades.

Um sistema de custos dessa natureza exige a participação de todos os níveis de responsabilidade, no sentido de fornecer informações imprescindíveis ao cálculo do custo. Informações estas de natureza estatística, relacionadas ao volume de atividades desenvolvidas nos centros de custos.

Uma das condições básicas de funcionamento de um sistema de custos dessa natureza é a existência de um fluxo de informações formal, de modo a caracterizar a participação de todos os níveis de responsabilidade.

Para a consecução deste cálculo, toma-se o valor total dos custos de cada um dos centros auxiliares e administrativos e aplica-se a fórmula (critério) de rateio pertinente a cada caso, obtendo-se o valor atribuído a cada um dos centros de custos.

Exemplo 2:

Custo da Rouparia .....:R$ 2.400,00

Critério de Rateio .....:Kg Roupa Processada

Kg de Roupa Lavada .....:

UTI .....: 400

U. Internação .....:450

C.Cirúrgico.....:750

Total .....:1.600

Cálculo do custo da Rouparia por centro de custo:

Custo total da Rouparia = R$ 2.400,00

. Custo do Kg. Roupa Lavada =R$ 2.400,00= R$ 1,50

1.600 Kg

. Valor da lavanderia por centro de custo :

UTI .....:400 Kg. x R$1,50 = R$600,00

U. Internação .....:450 Kg. x R$1,50 = R$675,00

C. Cirúrgico .....:750 Kg. x R$1,50 = R$ 1.125,00

Total .....: R$ 2.400,00

8 UNIDADE PONDERADA

Unidade ponderada é uma unidade de produção que resulta da utilização de relações de equivalência.

Quando um centro de custos apresenta/realiza vários produtos precisamos identificar esta relação de equivalência para quantificar corretamente a produção desta unidade; por exemplo, para identificarmos a unidade de produção do centro de custos "Nutrição" faz-se necessária a utilização de critérios que padronizem os diversos tipos de refeições oferecidas, de maneira a se obter uma única unidade de produção representativa do centro de custo. Para tanto devem ser atribuídos "pesos" a cada tipo de refeição. A partir da aplicação desses pesos à produção do serviço serão obtidos valores ponderados que, somados, representarão o número total de refeições.

Exemplo:

Desjejum ..... R$6,84

Almoço ..... R$ 16,50

Jantar ..... R$ 21,77

Ceia ..... R$ 5,20

Ceia = menor valor = R$ 5,20 = Peso 1

Almoço = R$ 16,50

Cálculo Unidade Equivalente: R$ 16,50 = 3,17

R$ 5,20

	Refeições	(Peso)
	Desjejum	1,32
	Almoço	3,17
	Jantar	4,19
	Ceia	1,00

CÁLCULO DOS CUSTOS TOTAIS E UNITÁRIOS

A sequência de cálculos realizados, descritas nas etapas acima, permitem o alcance do custo total para cada um dos centros produtivos que, dividido pela sua produção, determina o custo unitário dos seus serviços.

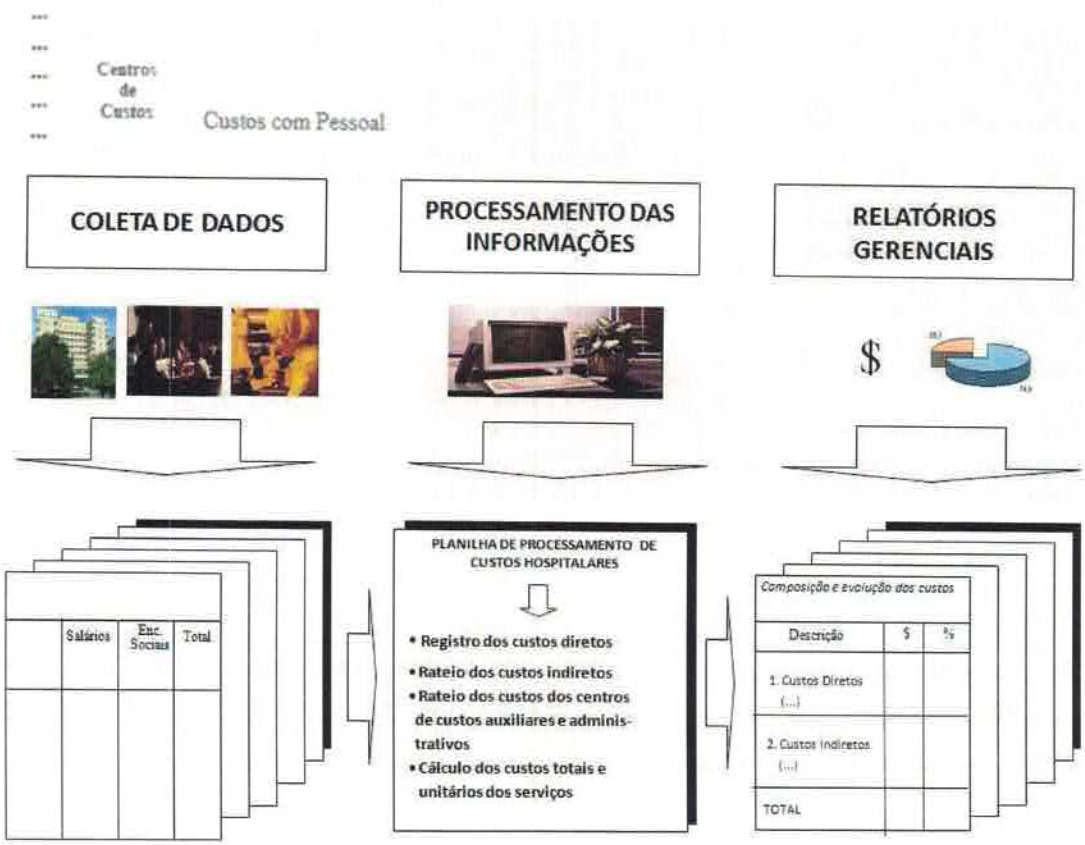
O custo total dos centros produtivos é representado pela soma dos três subtotais que foram objeto das ilustrações anteriores, ou seja, o custo direto, o custo indireto e os custos provenientes dos centros auxiliares e administrativos.

FLUXOGRAMA DO SISTEMA DE CUSTOS

RELATÓRIOS

À medida que se encerram todas as orientações de estruturação dos centros de custos, classificação dos custos, critérios e métodos de apropriação e o cálculo dos custos totais e unitários dos serviços, resta a organização das informações obtidas sob o formato de relatórios gerenciais, que permitam sua utilização à administração como instrumento de gestão.

A geração das informações gerenciais de é resultado de um fluxo que compreende a coleta, processamento e emissão dos relatórios de custos, cujos passos encontram-se descritos no seguinte diagrama:



- A adequada gestão de custos implica na disseminação das informações, por meio de relatórios de custos, a todos os níveis da organização, com o envolvimento e participação das chefias, gerências e diretorias, para a avaliação de desempenho do setor e adequação dos custos de acordo com parâmetros e perfis adequados par[illegible] setor, com o objetivo de que cada nível hierárquico tenha condições de planejar, controlar e decidir com eficiência e eficácia.

- O profissional responsável pelo bom desempenho das informações de custos deve envolver-se ativamente com os usuários no processo inicial (coleta de dados) e na conclusão, através dos relatórios gerenciais. O relacionamento entre usuário e o pessoal de custos gera um treinamento de ambas as partes. A área de custos transmite ao usuário qual a melhor forma para utilizar bem a informação recebida, além de passar noções de custos e técnicas de análise. Por sua vez, o usuário retribui a área de custos com informações sobre o processo produtivo do setor. Esse relacionamento entre as partes deve ser constante a fim de aperfeiçoar o sistema de custos, gerar informações de qualidade e envolver o usuário no sistema.

- Todos os setores devem estar preparados e treinados para gerar informações de qualidade e fidedignas ao sistema, desde informações monetárias ou estatísticas até informações estruturais e/ou operacionais que podem passar desapercebidas à área de custos (mudança na área física do setor, alteração de funcionários, mudança no processo produtivo, etc.).
- Muitos setores que recebem as informações (relatórios gerenciais) para análise, são os mesmos que geram os dados para a consecução do sistema (coleta de dados). Com esse envolvimento, caso os dados cheguem de forma insatisfatória e/ou atrasados, a área de custos processará dados incorretos e os usuários da informação receberão os relatórios com falhas motivadas muitas vezes por eles mesmos, desta forma, subentende-se que o processo gera uma autocorreção.

5.2.2.6 Custo De Procedimentos Hospitalares

A metodologia de apropriação de custos de procedimentos hospitalares compreende um processo sequencial da abordagem de custeio por absorção. As orientações referentes à apropriação de custos por centro de custos, têm como objetivo a geração dos indicadores do custeio das atividades, sob a segmentação da estrutura funcional de um hospital. Embora a conceituação e a correspondente obtenção dos custos dos produtos ou serviços, gerados sob a classificação de centro de custos, compreenda valiosa informação de custeio das atividades de um hospital, somente a complementação com o custeio de procedimentos hospitalares é que encerra o ciclo da apropriação de custos, sob a abordagem de custeio por absorção.

Custo por procedimento representa um conceito de acumulação de custos compreendido dentro das definições básicas da contabilidade de custos. Consiste em uma acumulação de custos que apura o custo da assistência prestada ao paciente. A relevância desta forma de apuração de custos é inquestionável em razão da possibilidade de se estabelecer uma plena comunicação com a área médica através da composição física e monetária de cada procedimento, ao mesmo tempo que permite a avaliação dos resultados quando a remuneração dos serviços é praticada desta forma.

O sistema de custeio por absorção oferece a informação do custo dos componentes de um tratamento. Esse valor representa o custo diário do tratamento do paciente, porém, não informa o valor de toda a duração do tratamento e os serviços auxiliares e de diagnósticos requeridos.

À medida que se estabelece o custo por procedimento, passa-se a dispor de elementos de avaliação do desempenho, compreendendo-se a eficiência na utilização dos serviços (conduta médica) e os correspondentes custos incorridos. Essa avaliação é possível através da utilização de indicadores (estabelecidos por equipes médicas especializadas e com a indicação da premissa do nível de qualidade adequada), que representam o perfil de desempenho a níveis de eficiência desejados.

Um dos conceitos da contabilidade de custos adequado à avaliação do desempenho dos procedimentos denomina-se custo padrão (*standard cost*). A elaboração do custo padrão compreende a definição da quantidade (n.º de diárias, n.º de exames, quantidade de horas de cirurgia, etc.) e o correspondente valor (custo da diária, custo do exame, custo da hora de cirurgia, etc.). A análise de variações oferece a possibilidade da identificação das diferenças entre o custo real (efetivamente incorrido) e o custo padrão, se estas foram propiciadas pela quantidade ou pelo custo, o que indica os níveis de eficiência da área de operação do serviço ou da área econômica.

A iniciativa de apuração de custos por procedimento torna-se bastante simplificada em razão da existência de um sistema de custos que dispõe do custo dos diferentes componentes que correspondem ao tratamento do paciente. A estatística deve utilizar uma amostra significativa de cada procedimento.

Exemplo :

CENTRO DE CUSTOS (Descrição dos Insumos Consumidos)	QUANTIDADE	CUSTO UNITÁRIO	CUSTO DO PROCEDIMENTO
Diárias	3 DIAS	R$ 200,00	R$ 600,00
Taxas de Sala	1 HORA	R$ 100,00	R$ 100,00
Exames	3 EXAMES	R$ 50,00	R$ 150,00
Materiais	5 UNIDADES	R$ 20,00	R$ 100,00
Medicamentos.....	10 FRASCOS	R$ 10,00	R$ 100,00

TOTAL	-X-	-X-	R$ 1.050,00

CRITÉRIOS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

- Procedimentos homogêneos

Só é possível o desenvolvimento da metodologia do custeio por procedimentos para as patologias semelhantes na aplicação da conduta médica, caso contrário o desvio entre os casos analisados prejudica a apuração da média a ser alcançada.

- Procedimentos com relevância

Devemos observar, para a apuração do custo por procedimentos, quais os casos de maior incidência, pois, dedicar-se para custear casos que ocorrem raramente, além da dificuldade para o alcance de uma boa amostra, torna-se irrelevante para qualquer negociação ou tomada de decisão devido à baixa ocorrência do evento.

- Procedimentos com importância financeira

Em primeira estância, após cumprido os requisitos acima descritos, é recomendável a análise do procedimento com maior significância monetária para posteriormente avançarmos os estudos para os demais casos.

ETAPAS PARA IMPLANTAÇÃO DO CUSTO POR PROCEDIMENTO

1 Definição da amostra a ser analisada, de forma aleatória, e com critérios pré-definidos.

2 Coleta da amostra através dos prontuários, contas e/ou dados do sistema de gestão, definidos na amostra.

3 Triagem dos procedimentos. Análise pela área médica dos casos coletados com o objetivo de excluir da amostra os casos que fogem à normalidade do procedimento escolhido para análise.

4 "Digitação" e valorização da amostra após a triagem médica e substituição dos casos excluídos para recompor a amostra inicialmente proposta,

passando então para a fase de "digitação" e valorização dos prontuários, contas ou dados do sistema de gestão.

5 Após a apuração da média dos insumos consumidos para realização dos procedimentos da amostra definida, bem como a valorização destes, a "planilha" com estes cálculos e descrições deverá ser encaminhada à área médica com objetivo de que seja elaborada uma conduta preestabelecida, de acordo com os protocolos médicos.

5.2.2.7 Análise De Custos Para Tomada De Decisão - Custeio Direto

O sistema de custeio direto constitui uma valiosa ferramenta de análise de custos resultados para a tomada de decisão. Enquanto o custeio por absorção contempla mais especificamente a apuração do custo de produção dos serviços, o custeio direto amplia as possibilidades de análises para fins gerenciais e reúne informações adequadas no processo de tomada de decisão.

O custeio direto estabelece no escopo de suas orientações, uma oportuna atenção à análise das relações entre custo, volume e lucro. Com isto, torna-se fundamental a classificação dos custos sob a abordagem de comportamento em relação ao volume das operações, o que torna imprescindível a conceituação sob as expressões de custos fixos e custos variáveis.

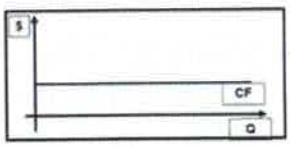
Sob essa conceituação, os custos fixos representam insumos ocorridos muito mais para oferecer as condições de operação do que propriamente como recurso utilizado para a produção de um serviço específico. O conceito de custeio direto considera como custo do produto ou serviço apenas as parcelas de custos variáveis, enquanto os custos fixos são compreendidos como custos da empresa em sua totalidade, não sendo, portanto, objeto de apropriação ou rateio dos serviços produzidos.

CUSTO FIXO (CF)

Os custos fixos são definidos como os custos que não sofrem alteração diante de mudanças no volume de produção. Em geral, estão representados pelos custos decorrentes da estrutura instalada, cujos exemplos mais comuns são os salários mensais fixos,

depreciação, aluguel, entre outros.

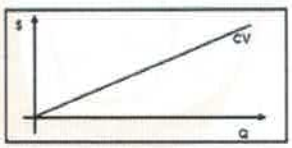
CUSTO FIXO



CUSTO VARIÁVEIS (CV)

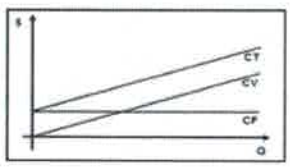
Ao contrário dos custos fixos, os custos variáveis sofrem modificações de acordo com as alterações do volume de produção. O exemplo inquestionável de custo variável na composição dos custos hospitalares é o consumo de materiais, em especial os materiais médico-cirúrgicos e medicamentos.

CUSTO VARIÁVEL



Portanto, o custo total é o resultado da soma dos comportamentos dos custos fixos e variáveis

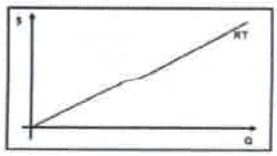
CF + CV = CT



COMPORTAMENTO DA RECEITA

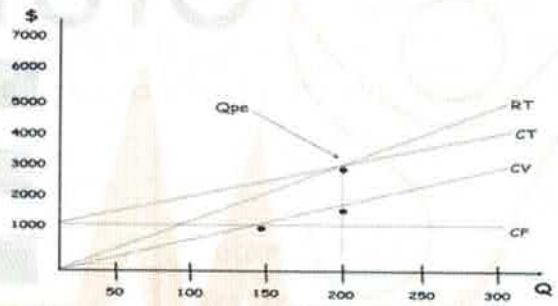
A receita proveniente das atividades operacionais da empresa corresponde à remuneração pelos serviços prestados. Em razão disto, o comportamento é semelhante à equação do custo variável, ou seja, varia à mesma proporção do volume de atendimento.

RECEITA OPERACIONAL



PONTO DE EQUILÍBRIO (PE)

O conceito de ponto de equilíbrio representa uma valiosa ferramenta de gestão dos resultados operacionais da empresa. Expressa o nível de atividades em que o resultado da empresa é zero, onde ocorre, portanto, a igualdade entre a receita total e o custo total. Em decorrência dessa conceituação, fica claro que o hospital deverá operar com volumes de atendimento acima do ponto de equilíbrio.



MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO (MC)

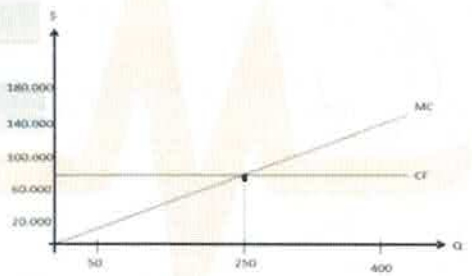
A conceituação de margem de contribuição consiste em mais um relevante instrumento, cuja utilização com as ferramentas de análise das relações de custo-volume-lucro descritas, propicia um acervo de equações fundamentais à avaliação de resultados e tomada de decisão.

A margem de contribuição corresponde à diferença entre o valor da receita total de custo variável, cuja expressão compreende a parcela de contribuição do produto ou serv destinada à cobertura do custo fixo e à geração de resultados, caso o montante da referida contribuição seja superior ao valor do custo fixo.

Uma das compreensões mais importantes deste conceito corresponde à análise da destinação dos valores de contribuição gerados sob as condições de diferentes níveis de produção de serviços.

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS			
Descrição	200 internações	250 internações	300 internações
Receita Total.....	120.000,00	150.000,00	180.000,00
(-) Custo Variável.....	- 66.000,00	- 82.500,00	- 99.000,00
Margem de Contribuição.....	54.000,00	67.500,00	81.000,00
(-) Custo Fixo.....	- 67.500,00	- 67.500,00	- 67.500,00
Lucro.....	- 13.500,00	-	13.500,00

A ilustração gráfica permite compreender os diferentes comportamentos de resultados, com base nos fundamentos da conceituação de margem de contribuição.



COLETA E PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES

As informações necessárias, insumos dos sistemas, deve ser previamente identificadas e definidos os setores responsáveis pela sua emissão.

Após a definição dos dados, os setores envolvidos na geração dos dados receberam relatórios de coleta para o devido preenchimento de maneira adequada.

Para a obtenção de uma apuração de custos mais precisa, foram então estabelecidos fluxos de informações, abrangendo os dados financeiros: custos com pessoal, honorários e serviços médicos, materiais, serviços prestados e custos gerais, dados estatísticos e produções, que serão descritos a seguir.

1º Etapa

Crie em seu computar 8 pastas em seu computador para arquivar as planilhas e documentos que serão elaborados conforme os diagnósticos elaborados pelo consultor da Planisa e o Diretor Financeiro da unidade.

Pastas:

1 – Consumo

2 – Estatística

3 – Folha

4 – Notas Fiscais

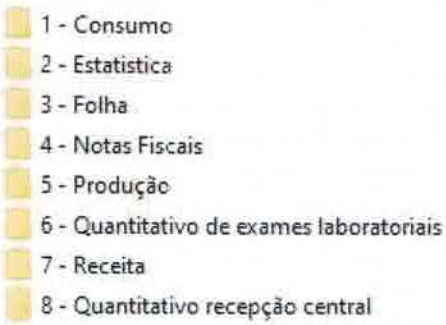
5 – Produção

6 – Quantitativo de exames laboratoriais

7 – Receita

8 – Quantitativo recepção central

Exemplo:



Vale ressaltar que deve ser elaborando todo o processo conforme as necessidades da unidade com os devidos responsáveis pela emissão dos relatórios mensais abaixo:

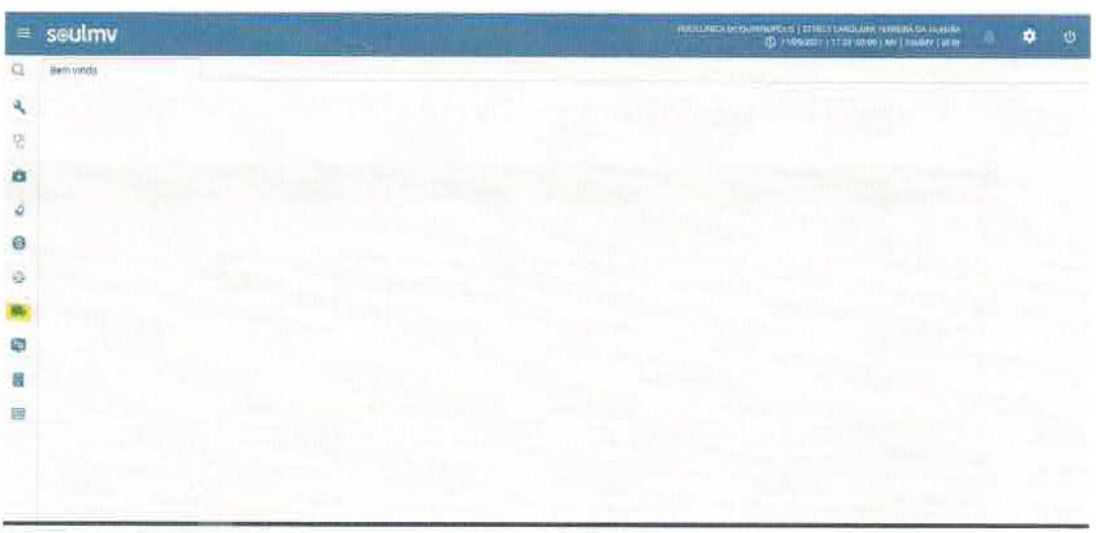
2º ETAPA

Dentro da pasta de consumo ira ficar dois relatórios extraído do sistema MV um do consumo do Almoxarifado e outro do consumo da Farmácia.

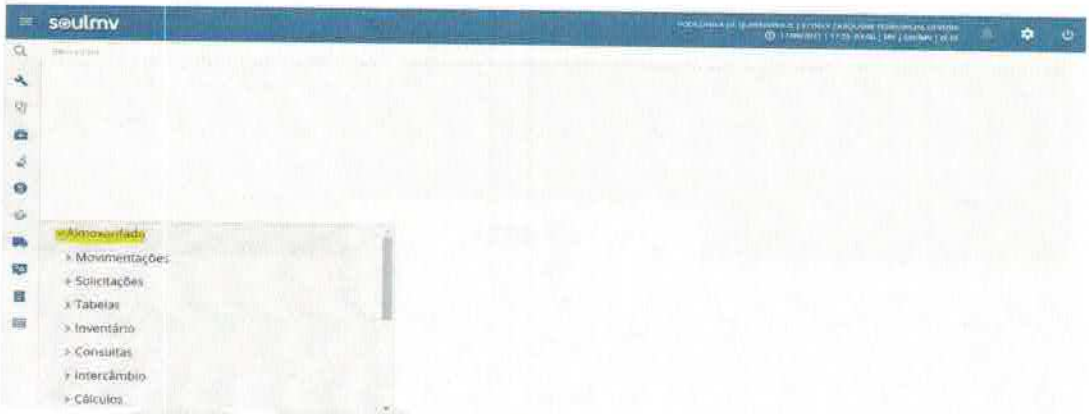
- Passo a passo para extrair o relatório de consumo do Almoxarifado e Farmácia.

  Materiais e Logística • Relatórios • gerenciais • saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.

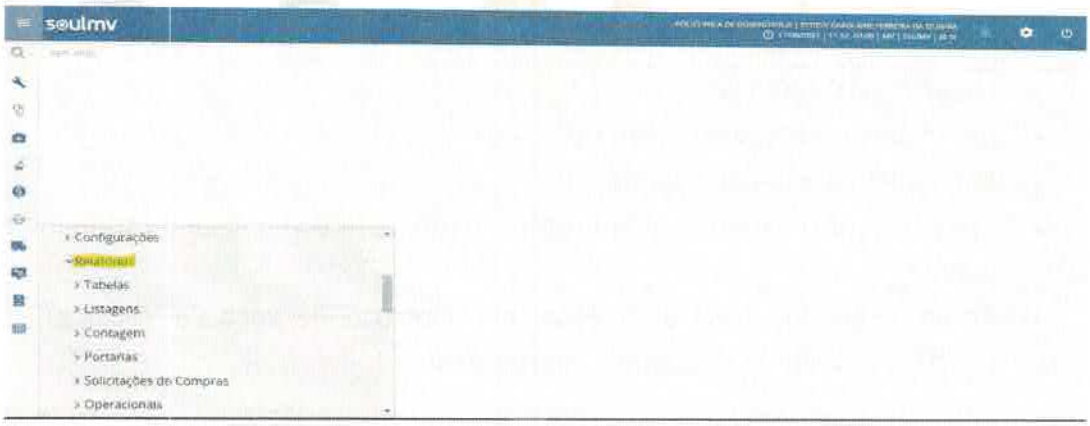
- Logar no sistema MV
- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login
- Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo



- Clique em almoxarifado

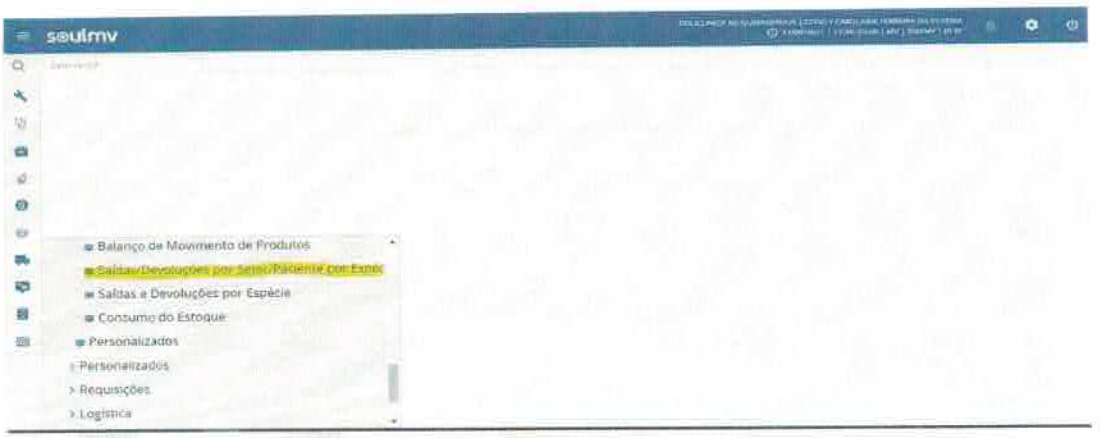


- Clique em relatórios

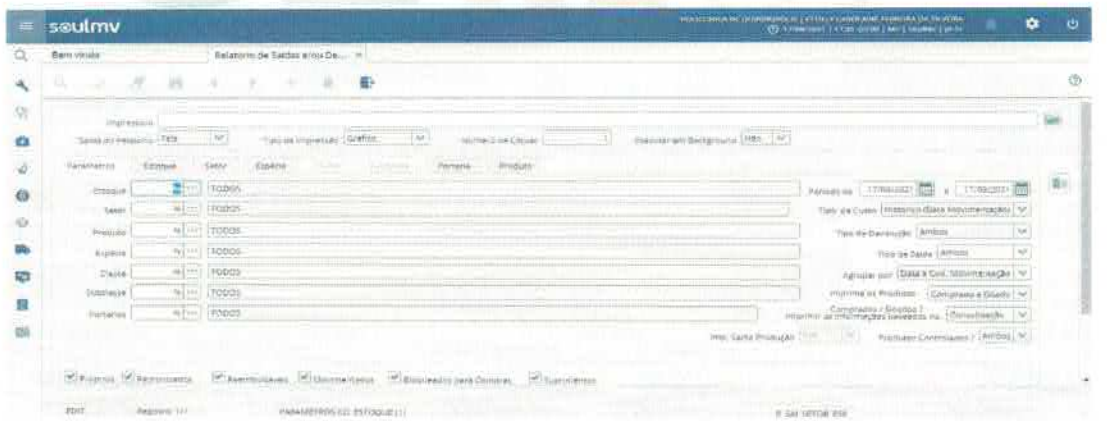


- Clique em Gerenciais

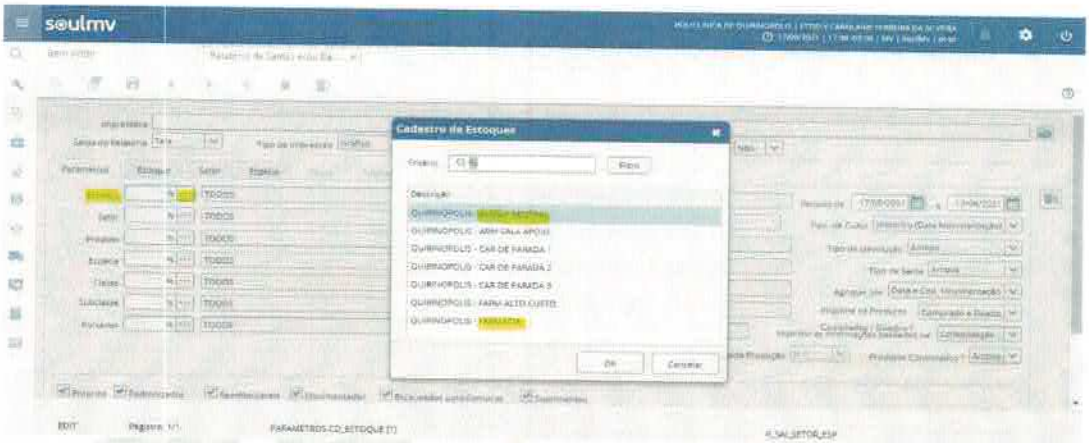
- Clique em Saída/ Devolução por Setor/Paciente por Espécie



Após esse passos vai abrir a seguinte tela

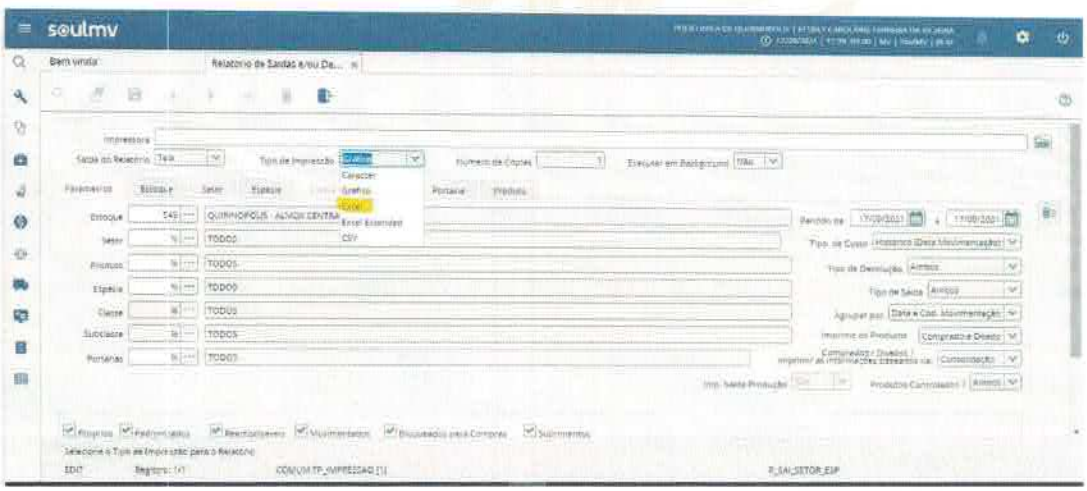


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

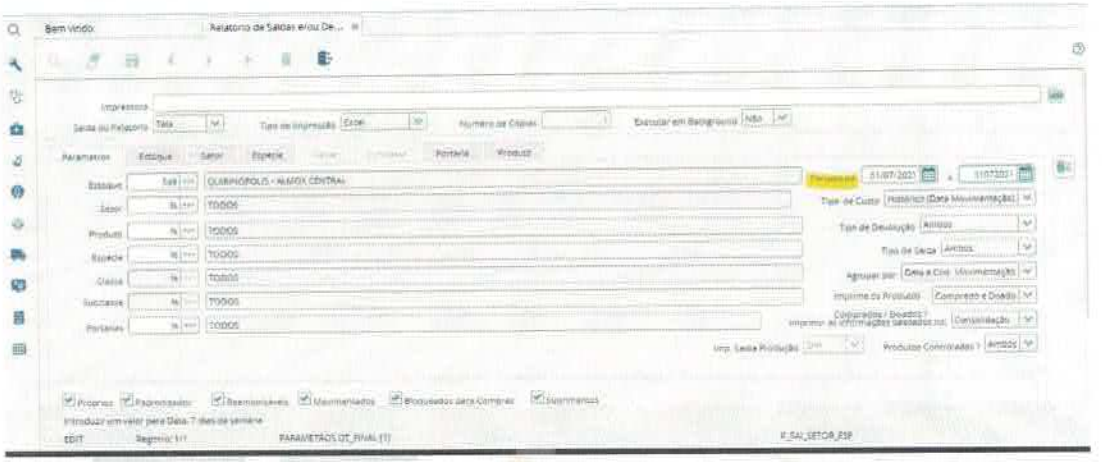


Selecione e clique em ok.

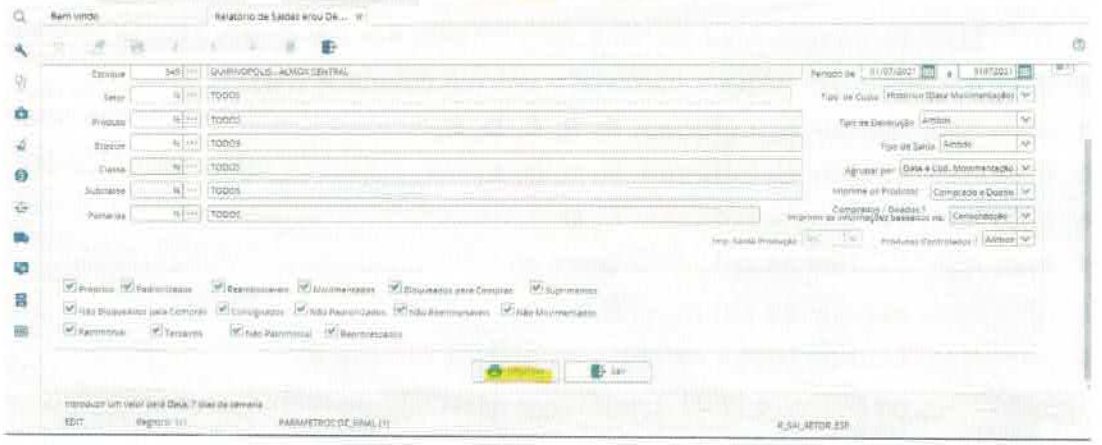
- Em tipo de Impressão clique em Excel



- Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



➢ Clique em Imprimir



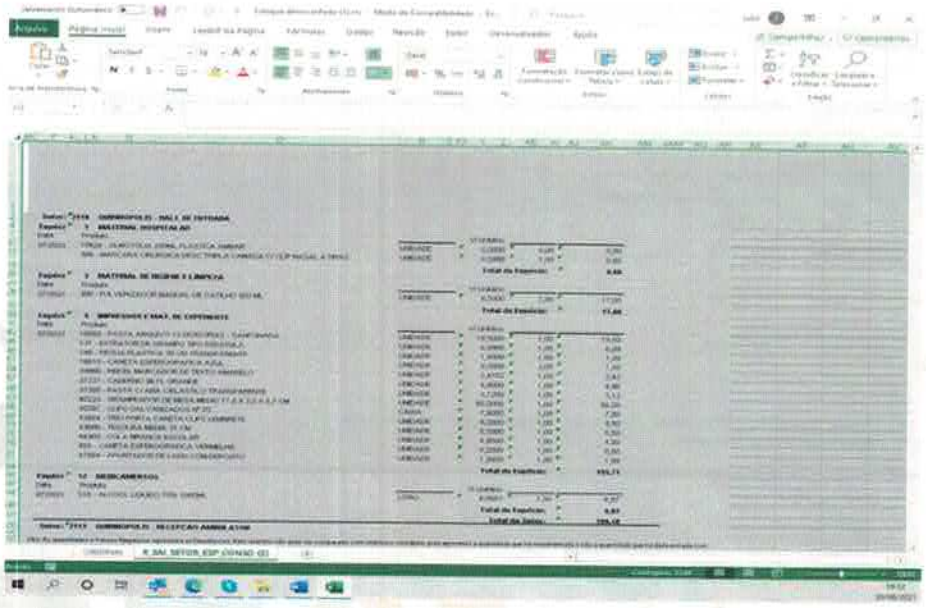
Salve o relatório na pasta de Consumo – Renomeie o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Consumo da farmácia como o do almoxarifado

❖ Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

1 Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

2 Na outra aba, **selecionar todas as linhas e colunas,** desmarcar a opção de **quebra de texto automática** e a opção **mesclar e centralizar;**



3 Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

4 Após isso, **excluir as colunas: A, B, C, D, E.**

5 Após isso, **excluir as colunas: B, C, D, E.**

6 Após isso, **excluir as colunas: C, D.**

7 Após isso, **excluir as colunas: D** até **K.**

8 Após isso, **excluir as colunas: E** até **K.**

9 Após isso, **excluir todas as colunas após a coluna E.**

10 Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte fórmula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a fórmula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**

11 Selecionar as duas linhas com fórmulas e **arrastar até a última linha escrita da planilha.**

12 Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

13 Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

14 Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque, na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha • F5 no teclado • clique em especial no canto inferior esquerdo • clique em "em branco" no canto esquerdo • OK • faça a fórmula =F1 • clique em CTRL + ENTER.** Execute

o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a fórmula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

15 Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

16 Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

17 Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de **A a E • Classificar e Filtrar • Classificação personalizada • Classificar por coluna A • ok.**

18 Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

❖ Passo a passo para converter a planilha acima em CSV para importar.

1 Crie uma aba na planilha e renomeie como **CONSUMO DE ESTOQUE;**

2 Na primeira linha, coloque em sequência os seguintes nomes: **COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; CODIGO; ITEM; QUANTIDADE; CUSTO UNITÁRIO.**

3 **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

4 **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

5 **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

6 **CÓDIGO:** Coluna **A** da planilha manipulada anteriormente;

7 **ITEM:** Selecione todos os itens da coluna **CÓDIGO,** clique em: **texto para colunas • delimitado • avançar • na parte superior esquerdo marque a caixa de seleção outros • coloque um traço (-) • avançar • concluir;**

8 Verifique se algum item teve sua descrição cortada, caso tenha ocorrido, fazer novamente a junção manualmente;

9 **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

10 **CUSTO UNITÁRIO:** Coluna **C** da planilha manipulada anteriormente;

- Passo a passo para converte o relatório em CSV.
  1. Após fazer o procedimento acima, vá na aba **consumo de estoque • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**
  2. Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**
- Salve a Planilha em consumo também. (Este será o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Modelo da planilha consumo pronta para importação.

RELATÓRIO
CONSUMO ALMOXA

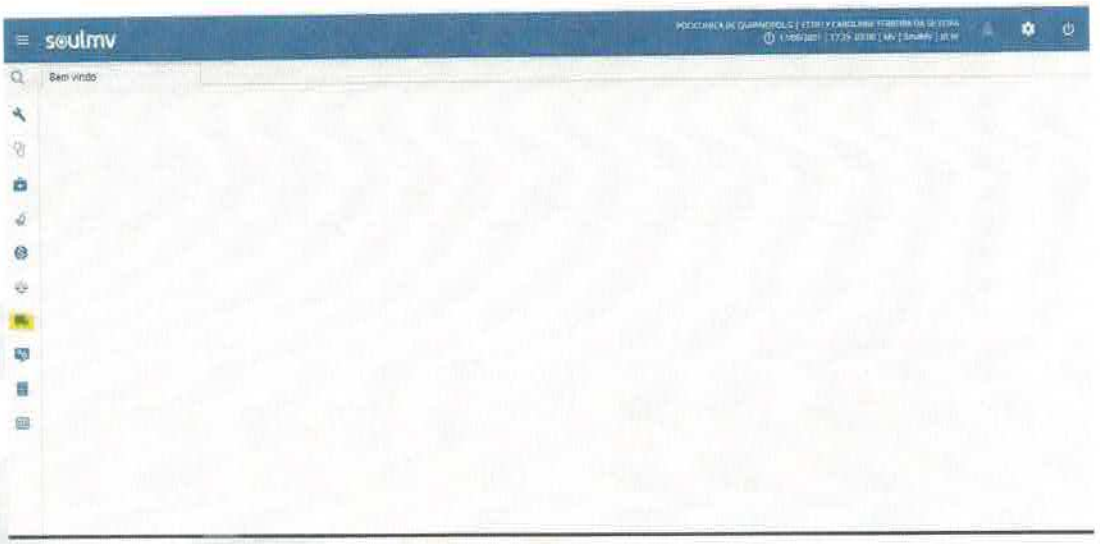
❖ Passo a passo para Emitir o relatório de estastística Almoxarifado e Farmácia. (Mesmo local onde emite o relatório de consumo).

Materiais e Logística • Relatórios • gerenciais • saída/devoluções por setor/ pacientes por espécie.

➢ Logar no sitema MV

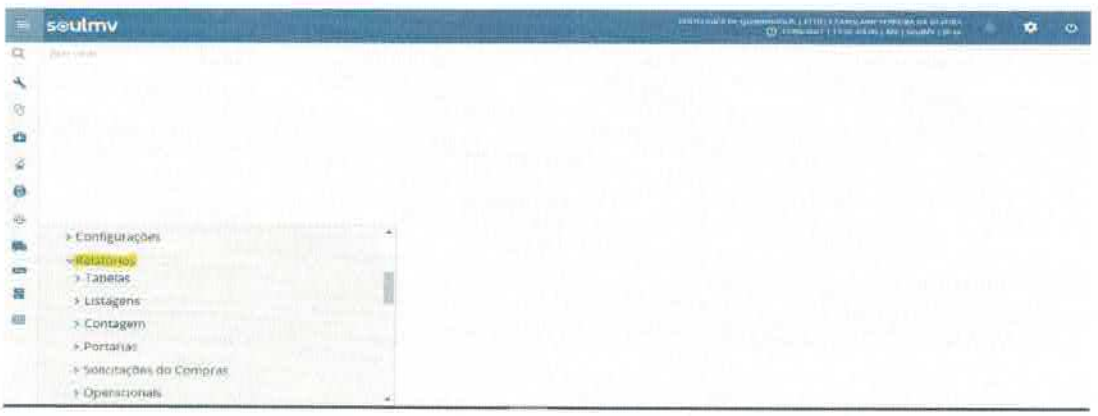
- Em usuário coloque seu usuário;
- Em senha coloque sua senha;
- Após colocar o usuário vai aparecer em empresa o seu local de trabalho e clique em login

➢ Ao clicar em login vai abrir essa tela abaixo onde você vai clicar em materiais e logística (caminhão) no canto inferior esquerdo

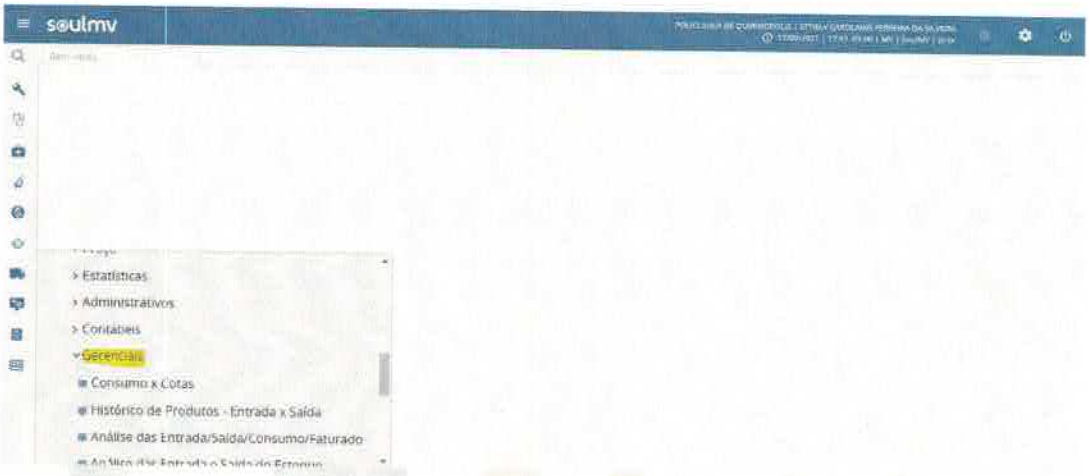


- Clique em almoxarifado

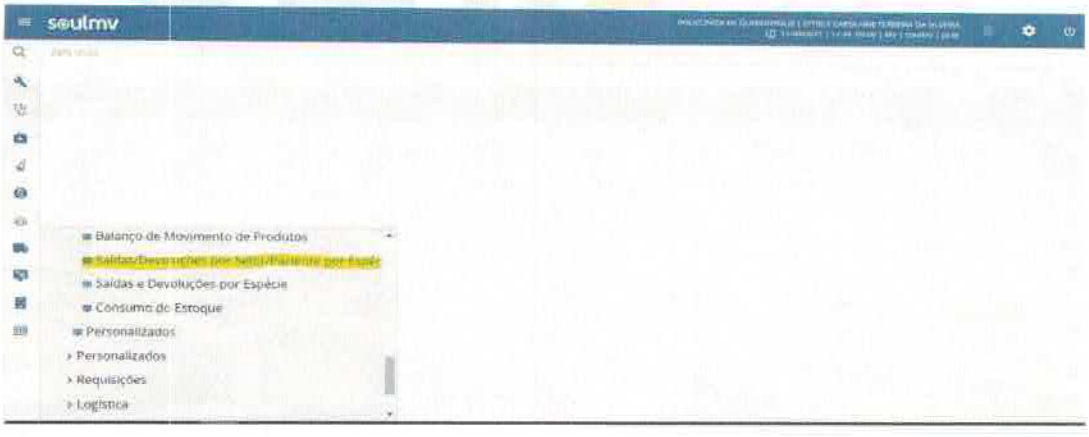
- Clique em relatórios



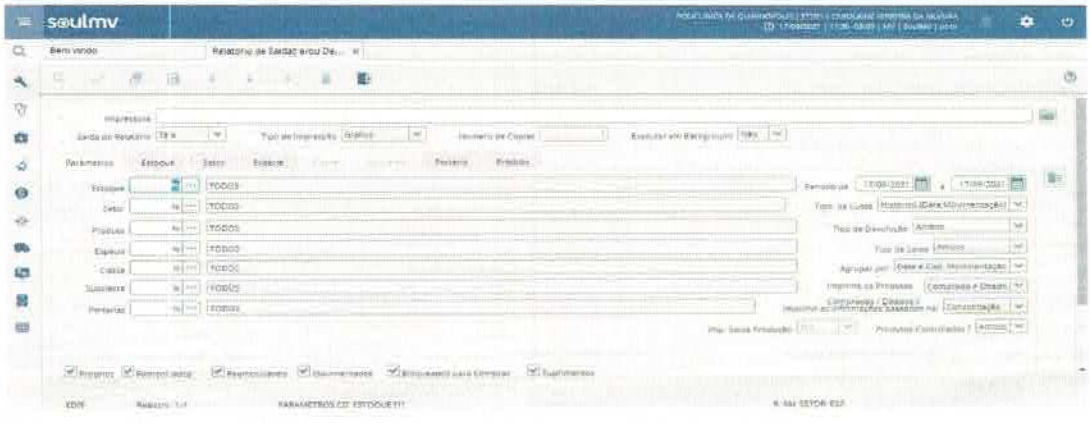
- Clique em Gerenciais



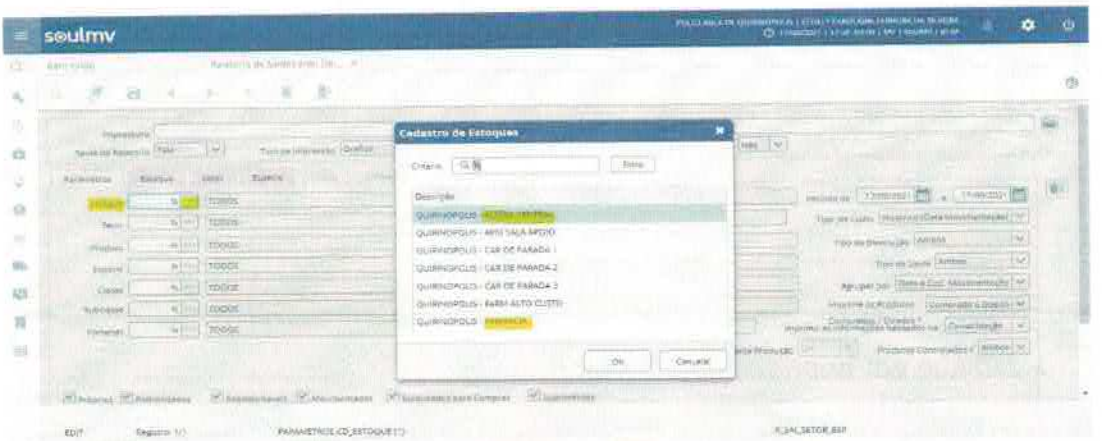
- Clique em Saida/ Devolução por Setor/Paciente por Espéciei



Após esse passos vai abrir a seguinte tela:

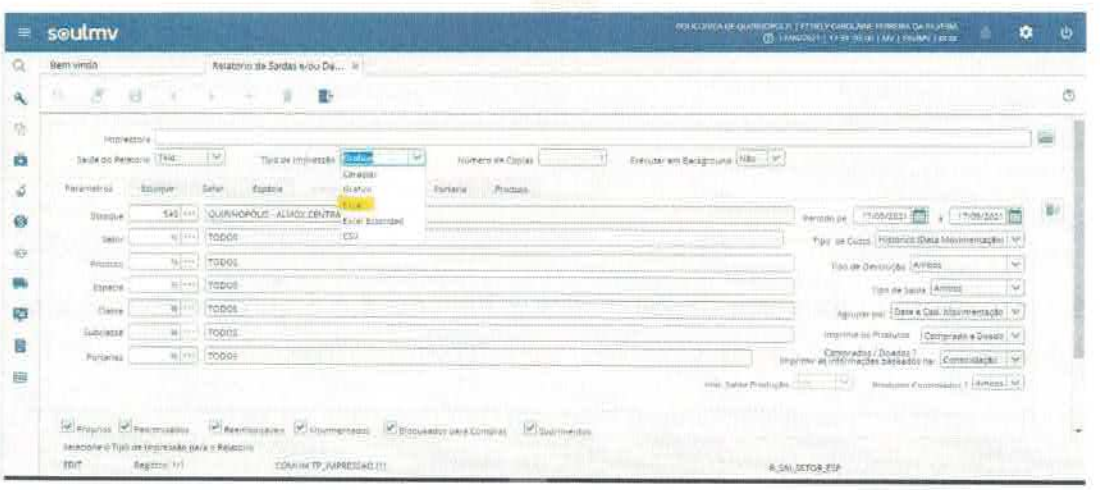


- Ao clicar reticências (três pontinhos) em estoque você poderá selecionar tanto almoxarifado quanto farmácia. (Emitir um relatório por vez).

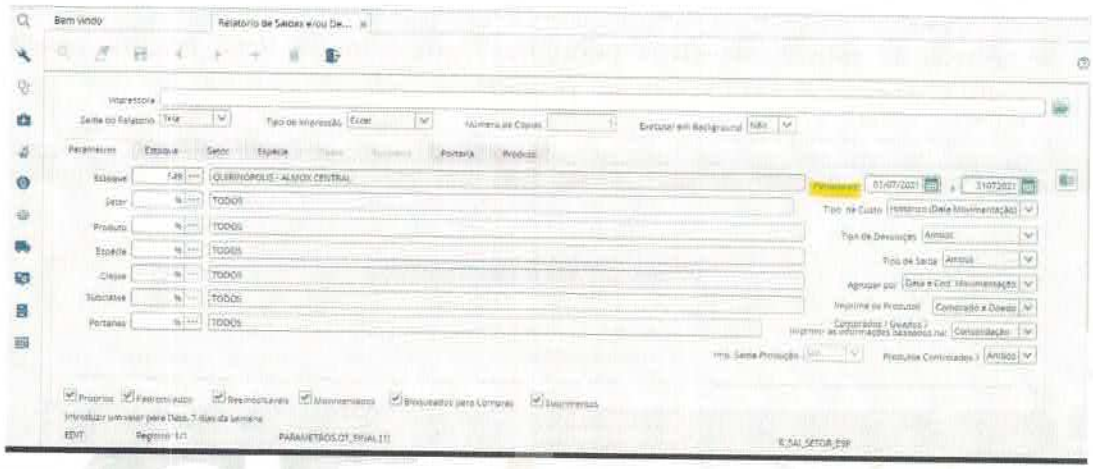


Selecione e clique em ok.

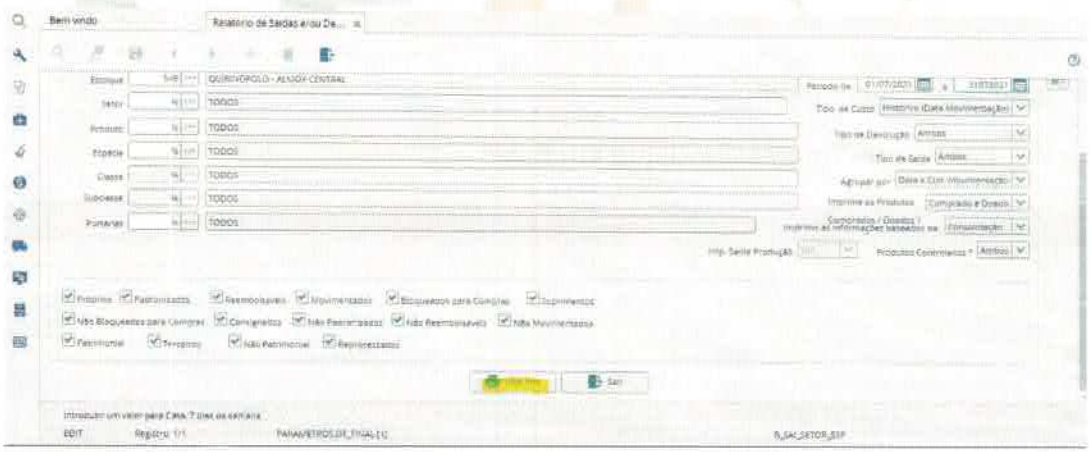
- Em tipo de Impressão clique em Excel



- Em período coloque o período desejado conforme a necessidade.



➢ Clique em Imprimir

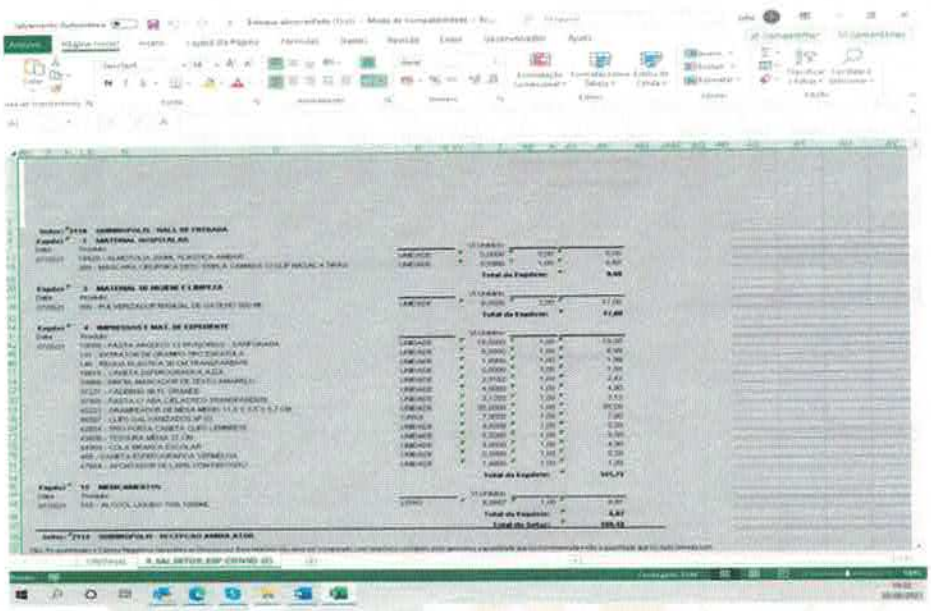


Salve o relatório na pasta de Estatística – Renomeie o arquivo conforme a extração dele (almoxarifado ou farmácia)

Lembre se que deve emitir tanto o relatório de Estatística da farmácia como o do Passo para converter o relatório conforme padrões da Planisa.

1 Abrir arquivo no **EXCEL** e criar uma cópia da aba com a descrição **ORIGINAL; (**A aba **original** servirá como backup caso seja necessário fazer uma pesquisa na planilha original);

2 Na outra aba, **selecionar todas as linhas e colunas,** desmarcar a opção de **quebra de texto automática** e a opção **mesclar e centralizar;**



3 Feito isso, ainda com toda planilha selecionada, dar um **duplo clique** na divisão entre a **primeira** e **segunda linha** e na divisão entre a coluna **A** e **B;**

4 Após isso, **excluir as colunas: A, B, C, D, E.**

5 Após isso, **excluir as colunas: B, C, D, E.**

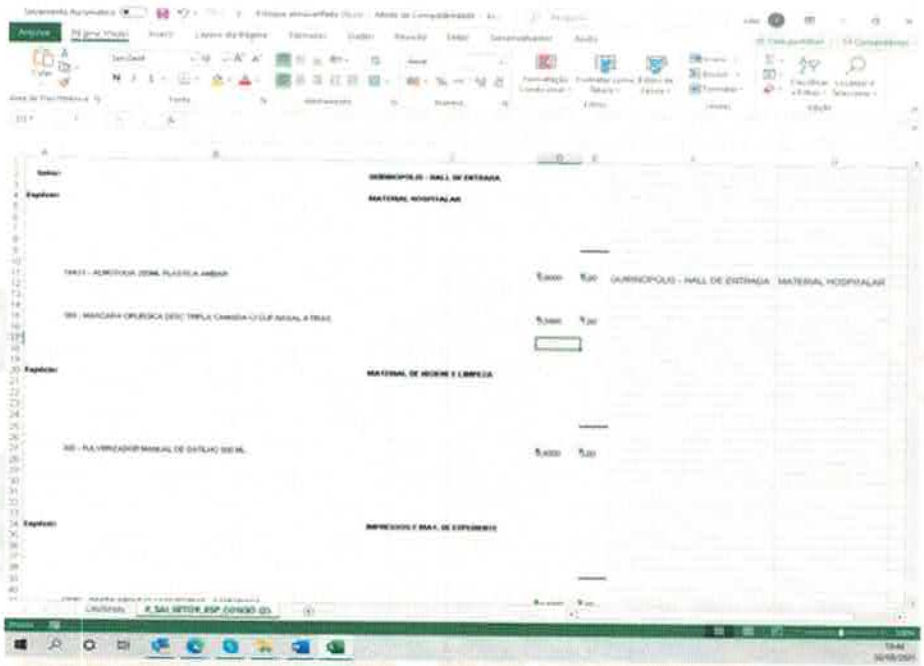
6 Após isso, **excluir as colunas: C, D.**

7 Após isso, **excluir as colunas: D** até **K.**

8 Após isso, **excluir as colunas: E** até **K.**

9 Após isso, **excluir todas as colunas após a coluna E.**

10 Feito isso, na primeira linha que possua descrição de materiais, bem como quantidades, fazer a seguinte formula na coluna **F**: **=SE(A2="Setor:";C2).** Na coluna **G** digite a fórmula: **=SE(A4="Espécie:";C4).**



11 Selecionar as duas linhas com fórmulas e **arrastar até a última linha escrita da planilha.**

12 Feito isso, selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

13 Feito isso, ainda com as colunas **F e G** selecionadas, clique em **CTRL + L,** em localizar escreva **FALSO,** altere para a aba substituir e clique em **SUBSTITUIR TUDO.**

14 Feito isso, exclua todas as linhas acima da primeira que contem 1 item de estoque, na coluna **F** note que a primeira linha é um centro de custo, **selecione toda a linha • F5 no teclado • clique em especial no canto inferior esquerdo • clique em "em branco" no canto esquerdo • OK • faça a fórmula =F1 • clique em CTRL + ENTER.** Execute o mesmo procedimento na coluna **G.** Observação: Ao fazer a fórmula, lembre-se de altera-la para **=G1.**

15 Após isso, selecione as colunas **F e G,** selecione as colunas **F e G,** copie e cole especial (somente valores). Os atalhos no teclado para executar essa ação é: **CTRL + C** para copiar e **CTRL + ALT + V** selecione **valores** no canto superior esquerdo e clique em OK.

16 Feito isso exclua a coluna **A e C** na planilha.

17 Feito isso sua planilha está pronta, para organizá-la, selecione as colunas de **A a E • Classificar e Filtrar • Classificação personalizada • Classificar por coluna A • ok.**

18 Ao fazer isso, note que as colunas **D e E** possuem mais nomes que as colunas **A, B e C.** Exclua todas as palavras excedentes nas colunas **D e E.**

19 Crie uma aba na planilha e renomeie como **ESTATISTICAS;**

20 Na primeira linha, coloque em sequência os seguintes nomes: **COMPETÊNCIA; GRUPO; CENTRO DE CUSTO; QUANTIDADE;**

21 **COMPETÊNCIA:** Colocar a competência do relatório, ex: jul/2021;

22 **GRUPO:** Coluna **E** da planilha manipulada anteriormente;

23 **CENTRO DE CUSTO:** Coluna **D** da planilha manipulada anteriormente;

24 **QUANTIDADE:** Coluna **B** da planilha manipulada anteriormente;

- Passo a passo para converte o relatório em CSV.

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba **estatísticas • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**

2 Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**

- Salve a Planilha em consumo também. (Este será o modelo que você vai importar no sistema KPIH.

Continuando as planilhas de estatistifica os demais itens desta planilha será feito conforme a necessidade da unidade,

Observações abra essa planilha para compreender os passos a passos abaixo de preenchimento.

Deste modelo seguindo a primeira aba da planilha estatística temos a parte de importação que conforme for preenchido a segunda, terceira, quarta, quinta e sexta, nos dará a planilha de importação pronta.

- **Terceiro passo - Passo a passo para preencher a planilha.**

Conforme a análise feita pelos consultores e diretor financeiro será separados os responsáveis pela inclusão desse dados na planilha.

Organizado em um Drive onde esta localizado essa planilha para que o colaborador responsável apenas entre no drive e atualize a sua parte.

- Segunda Aba da planilha a cima:

Manutenção predial colocar as horas trabalhadas em cada setor. O colaborador responsável computa suas horas mensais e incluir na planilha

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Horas Trabalhadas Manutenção Predial
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	
1003	Ambulatório Dermatologia	00:30

- Terceira Aba

Informática incluir os números de O.S. entreocultada nos meses de competência conforme os setores solicitantes. O T.I. da unidade computa as O.S. por setor e inclui na planilha.

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Nº de O.S. Informática
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	3
1003	Ambulatório Dermatologia	1

- Quarta Aba

SCIRAS incluir as horas trabalhadas em cada setor da enfermeira SCIRAS. A Enfermeira computa suas horas mensais e depois incluir na planilha

	DESCRIÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS	% de Atuação SCIRAS	
		Atividades do SCIH	Atividades de Comissões
1002	Ambulatório Cardiologia		1
1003	Ambulatório Dermatologia		1
1004	Ambulatório Endocrinologia		1
1005	Ambulatório Gastroenterologia		
1006	Ambulatório Ginecologia / Obstetrícia		2

- Quinta Aba

Recepção central incluir o número de atendimentos. Relatório emitido no sistema MV. (Relatório de Origens de Atendimento)

Abaixo modelo do relatório.

Exemplo:

Cód. CC	Descrição de Centro de Custos	Sistema de Custos
		Operação
		Lançar estatísticas de rateio
		Critério de rateio
		Nº de Atendimentos Recepção Recepção
1. ESPECIALIDADES MÉDICAS		
1002	Ambulatório Cardiologia	60
1003	Ambulatório Dermatologia	15

- Sexta aba

Ouvidoria e incluído o número de pesquisas efetuadas por departamento. Relatório elaborado pela ouvidoria da unidade e incluído na planilha.

Modelo de relatório da unidade. (Considerando apenas o valor total por departamento.

Tabela de resultados da pesquisa mês de julho.

DEPARTAMENTOS	RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO	TOTAL	%
RECEPÇÃO CENTRAL	0	1	66	250	317	33,62 %
ENFERMAGEM	0	0	28	181	209	22,16 %
RECEPÇÃO MÉDICA	0	0	0	24	24	2,55%
CONSULTÓRIO MÉDICO	0	0	0	0	0	0,00%
RECEPÇÃO IMAGEM	0	0	22	178	200	21,21 %
DIAGNOSTICO POR IMAGEM	0	0	3	20	23	2,44%

RECEPÇÃO LABORATÓRIO	0	0	2	37	39	4,14%
RECEPÇÃO EQUIPE MULT.	0	0	1	29	30	3,18%
LABORATÓRIO	0	0	3	33	36	3,82%
FISIOTERAPIA	0	0	0	17	17	1,80%
FONOAUDIOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
NUTRIÇÃO	0	0	3	5	8	0,85%
SERVIÇO SOCIAL	0	0	1	15	16	1,70%
PSICOLOGIA	0	0	0	0	0	0,00%
UNID. MÓVEL	0	0	8	16	24	2,55%
TOTAL GERAL	0	1	137	805	943	100,00 %
PERCENTUAL	0,00%	0,11%	14,53%	85,37 %	100,00 %	

Total das avaliações = 943

Toda essa documentação de estatística salve na pasta de estatistifica para fazer a importação.

Depois de preencher toda a planilha de estatistifica vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba **IMPORTAR ESTATÍSTICAS • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**

2 Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**

- **Quarto passo – Planilha de Folha de pagamento.**

O RH da unidade preenche ela conforme nome, salário, centro de custo cargo.

Abaixo modelo:

PLANISA 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha da folha vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

3 Após fazer o procedimento acima, vá na aba **JULHO 2021 • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**

4 Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**

- **Quinto passo – Planilha de notas.**

O setor que ficar responsável devera preencher com as notas fiscal da competência desejada. (essa planilha também será elaborada conforme as necessidades da unidade e de rateio que a unidade vai seguir).

Após a sua planilha elaborada conforme sua unidade, sempre alterar apenas nas colunas A, B, C, D e E.

Abaixo modelo da planilha:

1 -Notas mês 07-2021 - Copia.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de notas vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

1 Após fazer o procedimento acima, vá na aba **1.1 NOTAS MÊS 07-2021 • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**

2 Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**

❖ **Sexto passo – Produção**

Essa planilha também e elaborada conforme a unidade

Nesta planilha você vai incluir o a quantidade de consultas na segunda aba e na terceira aba vai incluir a quantidade de exames.

Essas quantidades será feito no portfólio que será enviado pelo diretor financeiro, após ter a planilha você inclui os dados.

Modelo de planilha

Produção - 072021.xlsx

Depois de preencher toda a planilha de produção vai na primeira aba e siga os passos abaixo:

3 Após fazer o procedimento acima, vá na aba **IMPORTAR PRODUÇÃO • clique uma vez com o botão direito do mouse • mover e copiar • criar uma cópia no canto inferior esquerdo • clique na caixa de seleção e vá em nova pasta • ok.**

4 Feito isso, **salve o arquivo em sua pasta de interesse.** Lembre-se de salvar a planilha em **CSV (separado por vírgulas) (*.csv).**

❖ **PASSO A PASSO PARA IMPORTAÇÃO NO SISTEMA KPIH**

Link do sistema: https://www.kpih.com.br/acesso

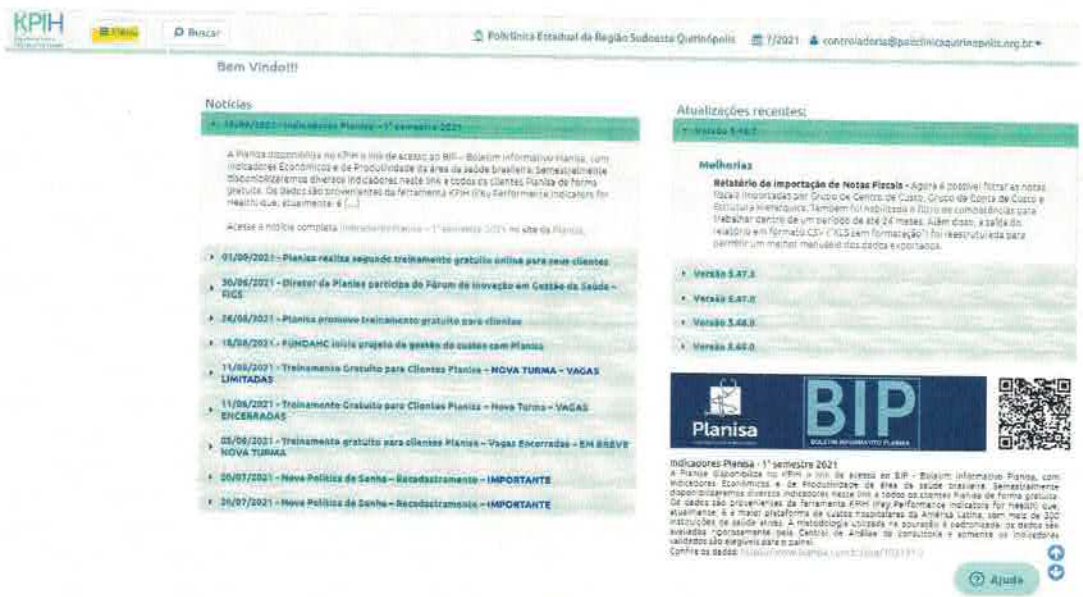
✓ Pagina inicial do sistema: Coloque seu e-mail e sua senha e clique em entrar.

✓ Após fazer o login essa será sua primeira página:

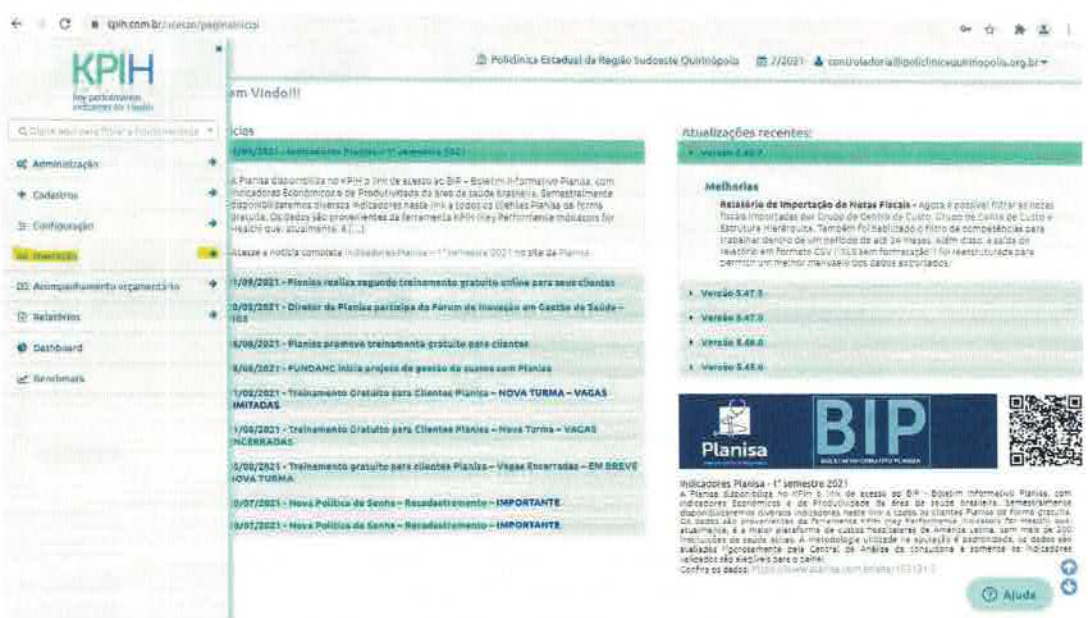
Passo a passo para lançar receitas:

Menu • operação • custos e receitas • lançar receita.

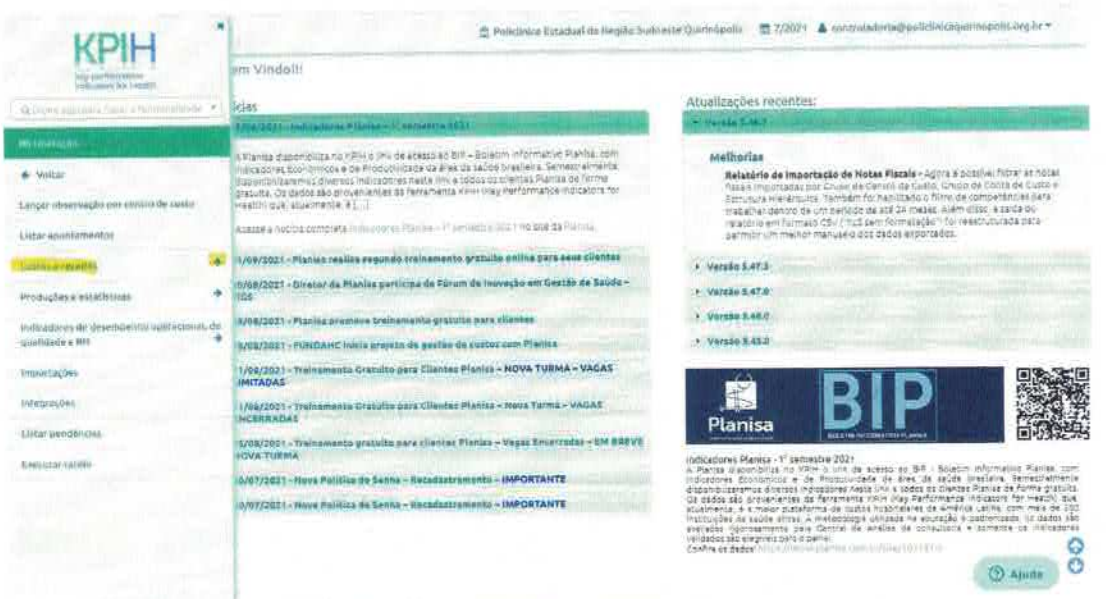
✓ **Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:**



✓ **Clique em Operação**

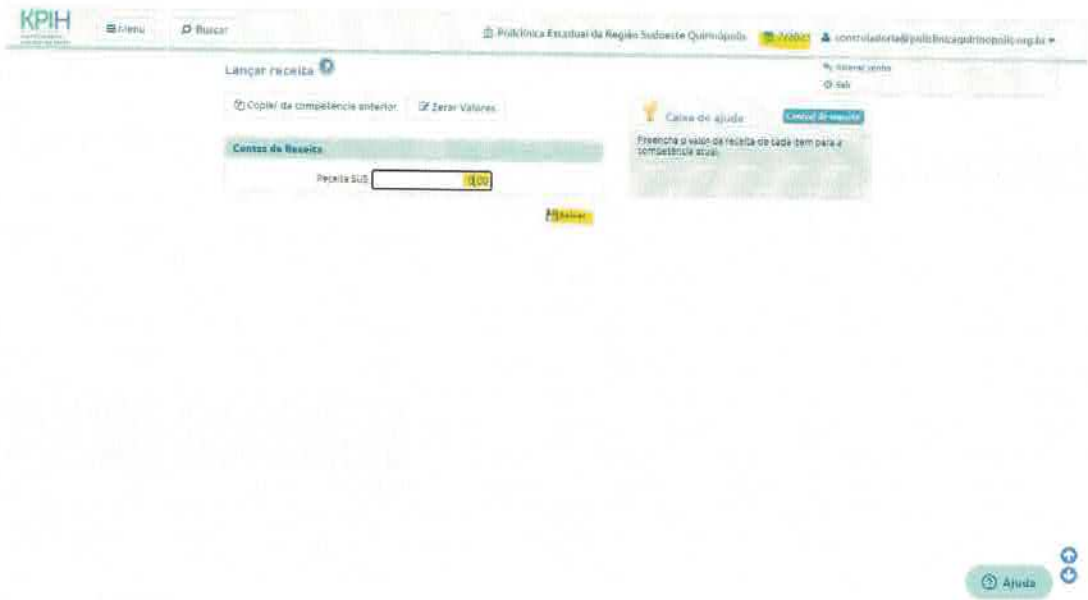


✓ **Clique em Custo e receitas**



- ✓ **Clique em Lançar Receita**

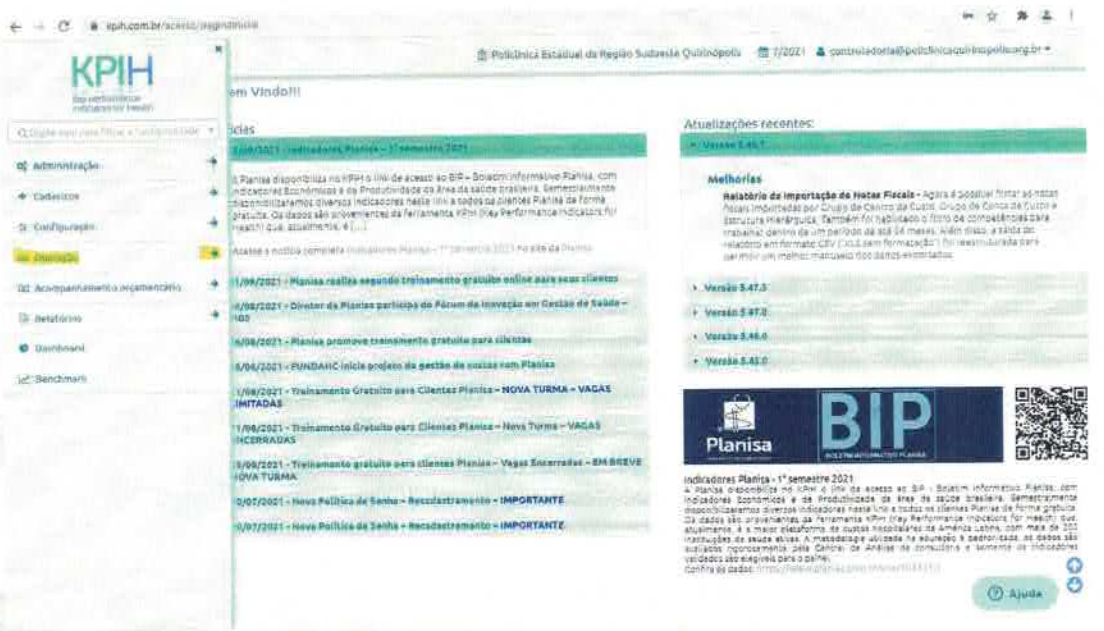
- ✓ **Verifique sua competência no canto superior direito e coloque o valor da receita conforme contrato de gestão e clique em salvar.**



- **Passo a passo para importação da planilha de consumo almoxarifado e farmácia (esta é a planilha de segundo passo).**

✓ Clique em Menu no canto superior direito da sua tela:

✓ Clique em Operação

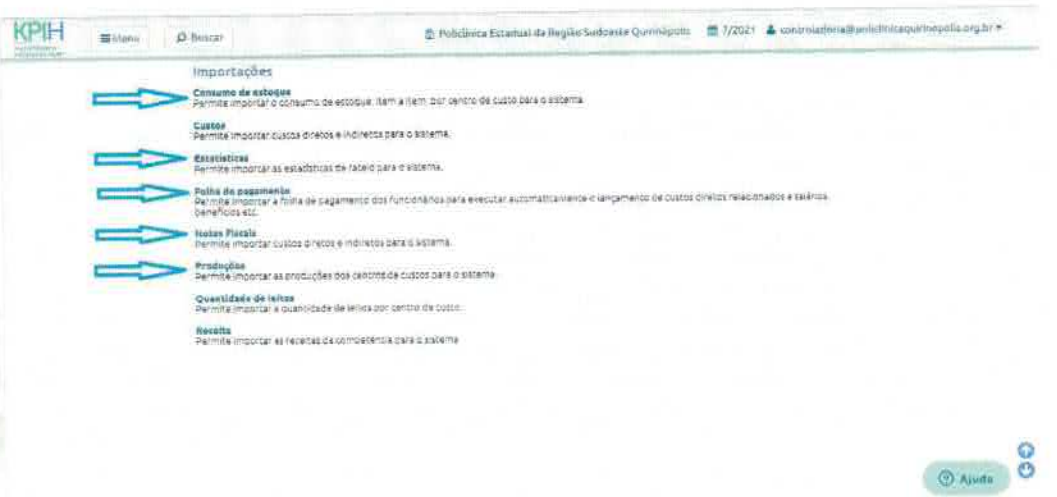


✓ Clique em Importações:

✓ Clique em consumo de estoque:

Clique em escolher ficheiro – localize a pasta que você converto e CSV (separado por virgula e clique em importar o arquivo.

Fazer o mesmo passo acima com as planilhas convertidas CSV (Planilha consumo do almoxarifado e farmácia, planilhas de estatísticas, planilha de folha de pagamento, planilha de notas fiscais e planilha de produção.



Lembre-se de cada planilha você devera clicar na importação devida.

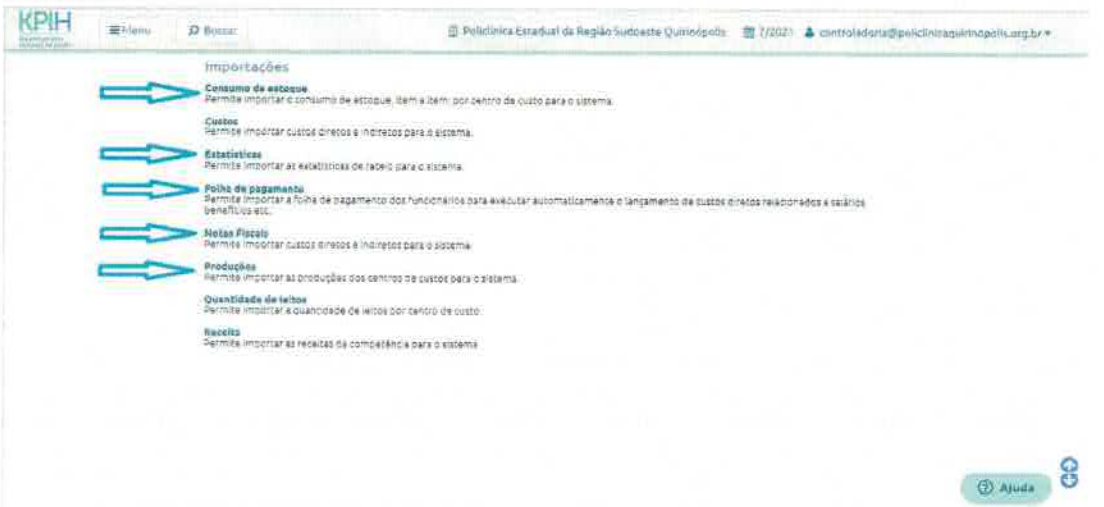
Planilhas de consumo clicar em Consumo de estoque

Planilhas de Estatísticas clicar em estatísticas

Planilha da Folha de pagamento Clicar em Folha de Pagamento

Planilha de notas fiscais clicar e Notas Fiscais

Planilha de Produção clicar em Produção.



Caso de algum erro de importação devera entrar em contato com o consultor da sua unidade para ele oferecer o devido suporte.

5.2.2.8 Política De Gestão De Custos

LOGOTIPO DA UNIDADE DE SAÚDE	POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS	Código: DOS009

POLÍTICA DE GESTÃO DE CUSTOS

OBJETIVO

Identificar, analisar, atuar e monitorar os custos de maior impacto na saúde financeira da INSTITUTO CEM

RESPONSABILIDADE

Elaboração e revisão: Diretor da Qualidade com apoio do Comitê da Qualidade

Aprovação: Diretor Técnico/Diretor Administrativo

CAMPO DE APLICAÇÃO

A política de gestão de custos deve ser do conhecimento dos colaboradores do nível tático (financeiro) e aprovada pela alta diretoria

DESCRIÇÃO

Promover a eficiência dos processos e a sustentabilidade financeira da INSTITUTO CEM é requisito fundamental para garantir a oferta de serviço de excelência aos nossos clientes. Neste contexto, a política da gestão deve garantir:

O modelo de gerenciamento de custos;

A análise de custo dos processos;

A análise de custo dos procedimentos;

O gerenciamento dos contratos;

Um programa para uso racional de recursos financeiros;

A identificação dos riscos associados a administração e estabelecer ações de melhoria;

O monitoramento dos indicadores financeiros e de desempenho;

Os fluxos de faturamento, cobranças e glosas;

Elaborado em: Aprovado em:	Revisado em:	
Elaboração e revisão:	Aprovação:	

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I –

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE GESTÃO no Hospital, na cidade de GOIÂNIA - Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa - Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento objetivo, além da busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades do Hospital, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III - DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade do Hospital.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade d interesse para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peç assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;
- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição; III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.
- **Art. 9º** - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:
- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;
- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;
- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8° poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3° do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- Contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que, não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;
- Contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as

emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- Do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;
- Da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII - Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II - Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avalição da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de

Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tais informação deverá constar no campo "informações adicionais".

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obras deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo-Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

- Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;
- Autorização de Funcionamento Municipal;
- Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I- Fase de abertura, que compreende:

- O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria-Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;
- Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;
- Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuração, através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;
- A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;
- O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo de entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;
- O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;
- As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;
- Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II - Fase específica, que consiste:

- Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;
- Na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;
- No encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;
- Na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;
- No encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações do Hospital, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar - serão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móveis e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contrataçõ realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria-Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria-Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Normas De Administração Geral

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico - administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças do INSTITUTO CEM.
- Outras atividades correlatas.

PROPOSTA DE REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS

REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DE SERVIÇOS

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º - O presente regulamento aplica-se às compras, contratações de obras e serviços, inclusive especializados, alienações, e locações destinadas ao regular atendimento das necessidades institucionais e operacionais realizadas no gerenciamento do CONTRATO DE GESTÃO no Hospital, na cidade de GOIÂNIA - Goiás, definindo critérios e condições a serem observadas pelo Instituto CEM.

Parágrafo primeiro – As compras serão centralizadas na Área Administrativa - Financeira, subordinada à Diretoria Administrativa Financeira.

Parágrafo segundo – Todos os dispêndios feitos pelo Instituto reger-se-ão pelos princípios da moralidade, boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade, eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e do julgamento objetivo, além da busca permanen de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação ao interesse público.

Art. 2º - Todo o processo de compras, contratações e locações de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização do Contrato firmado com o Instituto.

CAPÍTULO II - DAS COMPRAS

Art. 3º - Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades do Hospital, com os materiais necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

CAPÍTULO III - DAS OBRAS

Art. 4º - Considera-se obra toda construção, fabricação ou ampliação de área em edifício ou terreno de posse ou propriedade do Hospital.

CAPÍTULO IV - DOS SERVIÇOS

Art. 5º - Considera-se serviço toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para o Hospital, inclusive reformas ou recuperação de edifícios.

CAPÍTULO V - DAS LOCAÇÕES

Art. 6º - Considera-se locação o contrato pelo qual uma das partes, mediante remuneração, se compromete a fornecer-lhe, durante certo lapso de tempo, o uso e gozo de móvel ou imóvel.

CAPÍTULO VI - DOS PROCEDIMENTOS

Seção I - Do Procedimento de Compras e Contratação

Art. 7º - O Departamento de Compras selecionará os participantes do processo de compras, considerando: idoneidade, menor custo, garantia de manutenção, reposição de peças, assistência técnica, cumprimento de prazos ao atendimento da solicitação, qualidade e outras exigências consideradas necessárias para garantir a transparência do processo, previamente estabelecidas no instrumento convocatório e em consonância aos princípios estampados no parágrafo 2º do artigo 1º deste regulamento.

Parágrafo Único - Quando necessário será requerido parecer técnico do colaborador da área.

Art. 8º - O procedimento de compras e contratações compreende procedimento aberto, os quais serão amplamente divulgados e publicados no sítio do Instituto Cem, sendo acessíveis ao público e à participação de diversos fornecedores interessados.

Parágrafo primeiro - O INSTITUTO CEM dará publicidade prévia da compra, contratação e alienação, por meio de publicação nos seguintes canais de comunicação, no prazo mínimo para a apresentação das propostas de 02 (dois) dias úteis:

- - Sítio do INSTITUTO CEM na internet, para todas as aquisições e contratações, e para aquelas que forem realizadas por meio de plataforma eletrônica de compras, será publicado o aviso contendo o endereço eletrônico da plataforma;
- - Jornal de grande circulação local e/ou nacional, para valores acima de R$ 600.000,00 (seiscentos mil reais) considerado o valor total da contratação/aquisição;
  III - Diário Oficial do Estado de Goiás, se necessário.
  Art. 9º - O processo de seleção compreenderá a cotação entre os fornecedores, visando sempre o melhor custo-benefício, e deverá ser feita da seguinte forma:
- – Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, serão feitas por Cotação de Preço;
- - Para as aquisições regulamentadas por este procedimento de compras com valores estimados abaixo do valor monetário de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão feitas por Cotação de Preço;
- - As aquisições regulamentadas por este procedimento acima do valor monetário de R$ 8.000,00 (oito mil reais) anuais, para compras e alienações, e de R$ 15.000,00 (quinze mil reais) anuais, para obras e serviços, serão realizadas conforme art. 8°.

Parágrafo primeiro – Para as compras realizadas em regime de urgência/emergência, o procedimento previsto no art. 8º poderá ser dispensado, desde que a situação emergencial se encontre devidamente comprovada e que esteja prevista nas hipóteses descritas no § 3º do art. 10º do presente Regulamento.

Parágrafo segundo – Os casos previstos nos incisos do caput deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Art. 10º - O procedimento de compras e contratações terá início com a publicação do edital conforme as regras elencadas no parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento e deverá conter todas as informações pertinentes para a aquisição de produto ou contratação de serviço.

Parágrafo primeiro – O Procedimento aberto de Contratação de Serviços e Compras somente poderá ser dispensado nos seguintes casos:

- Contratação/aquisição com fornecedor exclusivo, devendo observar os seguintes critérios: comprovar a inviabilidade de competição, justificar a necessidade da contratação, bem como apresentar documento que comprove a exclusividade ou notória especialização; justificativa do preço, mediante juntada de notas fiscais ou documentos equivalentes que demonstrem a adequação do preço da contratação pretendida, e ainda que, não poderá haver preferência de marca, a fim de não macular o princípio da impessoalidade;
- Contratação/aquisição de urgência/emergência, devendo observar os seguintes critérios: devem ser precedidos de justificativa prévia que demonstre cabalmente as emergências, bem como a cotação de preços, mediante instrução de orçamentos e ainda limitar-se aos prazos e quantitativos necessários à realização dos procedimentos abertos;

Parágrafo segundo – Os casos previstos no parágrafo anterior deverão ter o seu resultado publicado no site do INSTITUTO CEM, contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total.

Parágrafo terceiro – Considera-se de urgência a contratação:

- Do fornecimento de material inexistente no estoque, com imediata necessidade de utilização onde não houve a possibilidade de previsão e planejamento com antecedência;
- Da prestação de serviços cuja descontinuidade possa interferir na atividade-fim, de modo a colocar em risco a vida de terceiros, não caracterizando falta de planejamento.

Art. 11º - Considera-se como menor custo aquele que resulta da verificação e comparação do somatório de fatores utilizados para determinar o menor preço avaliado, que além de termos monetários, encerram um peso relativo para a avaliação das propostas, envolvendo, entre outros, os seguintes aspectos:

Custos de transporte seguro até o local da entrega; II - Forma de pagamento;

Prazo de entrega;

Facilidade/agilidade de entrega na Unidade;

Credibilidade mercadológica da empresa proponente; VI - Disponibilidade de serviços;

Quantidade e qualidade do produto; VIII- Assistência técnica;

Garantia dos produtos;

Regularidades fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

Art. 12º - A melhor oferta será apurada mediante procedimento previsto no art. 7º deste Regulamento, ressalvadas as hipóteses de dispensa previstas nos art. 9º e 10º.

Art. 13º - A ordem de compra ou contrato formal efetuado com o fornecedor encerra o procedimento de compras, devendo representar fielmente todas as condições realizadas na negociação.

Parágrafo primeiro – Os instrumentos contratuais são obrigatórios, salvo quando se tratar de bens ou serviços para entrega ou execução imediata, caso em que poderão ser substituídos pelas autorizações de fornecimento ou outros documentos equivalentes;

Parágrafo segundo – Os contratos serão escritos e suas cláusulas indicarão necessariamente o seu objeto, com a especificação das compras, contratações de serviços diversos, reformas, serviços comuns de engenharia e arquitetura, e obras, preço ajustado, fonte de recursos no qual se suportará a despesa, prazo de execução, prazo de validade e/ou de vigência do produto e/ou serviço, garantias e penalidades, além de outras condições previamente estabelecidas nos instrumentos convocatórios;

Art.14º - Ao final do procedimento público de contratação ou aquisição de serviços ou produtos, será publicado resultado final (contendo, no mínimo o nome do fornecedor, objeto, vigência e valores mensal e total) declarando vencedora a empresa que apresentou a proposta mais vantajosa

Seção II- Das Solicitações

Art. 15º - A área solicita ao setor de suprimentos que fará a avaliação da necessidade do pedido. Depois consolida, através da Solicitação de Compras de Materiais e Serviços e encaminha a Diretoria para aprovação ou reprovação e em seguida será enviada ao Departamento de Compras.

Parágrafo primeiro - Assim que houver seleção será enviado para a Diretoria Administrativa Financeira para aprovação, e o Setor de Compras emite o pedido de compras ao fornecedor autorizando a emissão da Nota Fiscal.

Parágrafo segundo – O pagamento somente poderá ser efetuado mediante entrega do respectivo documento fiscal competente, nota fiscal ou RPA (recibo de pagamento de autônomo), os quais deverão obrigatoriamente conter o número do Contrato de

Gestão a que se refere, sendo que para as notas fiscais tais informação deverá constar no campo "informações adicionais".

Art. 16º - Todas as solicitações de fornecimento de bens, contratação de serviços ou obr deve seguir o disposto nesta Seção.

Art. 17º - A descrição do objeto contemplará especificações técnicas detalhadas e precisas, sendo a fidelidade da descrição fator preponderante para a cabal realização da despesa dentro dos parâmetros morais e legais.

Parágrafo primeiro - É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante; exceto quando se utilizar a marca como paradigma de qualidade da compra ou quando se tratar da identificação de um equipamento, cuja manutenção ou peças de reposição constituam o objeto da despesa pretendida.

Parágrafo segundo - Quando se tratar de serviço de manutenção de equipamento com reposição de peças, um mesmo processo abrigará as duas despesas: serviço de manutenção e aquisição de peças de reposição.

Parágrafo terceiro - Os pedidos de natureza complexa ou específica devem ser elaborados ou, pelo menos, supervisionados por profissional competente.

Art. 18º - O Pedido de Compra corresponde a garantia formal efetuado com o fornecedor. Ao encerrar o procedimento de compras, devem-se representar fielmente todas as condições em que foi realizada a negociação.

Parágrafo Único. O pedido de compra deverá ser assinado e carimbado pelos seguintes gestores da unidade:

- Responsável pela compra;
- Diretoria Administrativa e Financeira.

Seção III – Da Instrução dos Processos Administrativos

Art. 19º - Todo processo administrativo de compras ou de contratação de serviços ou obras conterá o Pedido de Solicitação de Compra ou Serviço, bem como seus anexos, sendo que o êxito do processo depende das circunstâncias e termos em que foram realizados os procedimentos de descrição, condições de entrega e estimativa de preço do objeto a ser adquirido:

Parágrafo primeiro – Entende-se por Solicitação de Compra ou Serviço o documento, emitido pelo Setor de Suprimentos da Unidade Solicitante, contemplando a justificativa da aquisição, a especificação do material ou serviço, encaminhado pelo setor solicitante, para autorização da autuação (abertura) do processo de compra.

Parágrafo segundo – Entende-se por processo de compras ou serviços o conjunto de procedimentos, devidamente documentados e circunstanciados por meio de despacho escrito, assinado e datado por agente designado, em obediência estrita à legislação específica e aos Princípios da Administração Pública, organizado em ordem cronológica, com numeração crescente.

Art. 20º - Realiza-se a Avaliação Técnica de Especialistas da conformidade da solicitação e, somente após, é definida a forma de aquisição, de acordo com as características, que poderá ser:

I - Por Cotação de preços, nos termos do art. 9º; II - Na forma do art. 8º deste Regulamento.

Art. 21º - Depois de autorizado a abertura do processo, é encaminhado ao Departamento de Compras que abre, instrui e o encaminha para o Diretor Administrativo-Financeiro autorizar a tramitação e aquisição.

Seção IV - Da Qualificação

Art. 22º - Para que determinado concorrente seja qualificado como possível fornecedor será necessária a apresentação de documentos legais e diplomas técnicos abaixo relacionados, que deverão ser encaminhados por meio dos Correios ou entregues em local determinado pelo Instituto Cem, dentro do prazo de validade:

- Inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ;
- Inscrição Estadual;
- Contrato ou Estatuto Social, com as alterações;
- Autorização de Funcionamento Municipal;
- Comprovante de Contribuintes Municipal- CCM;

- Prova de regularidade para com a Fazenda Federal, por meio de Certidão Conjunta Negativa de Débitos relativos a Tributos Federais e à Divida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil;
- Prova de regularidade para com a Fazenda Estadual, por meio de Certidão Negativa de Débitos em relação a tributos estaduais (ICMS) do Estado de Goiás;
- Prova de regularidade fiscal para com a Fazenda Municipal, por meio de Certidão Negativa de Débitos relativos a tributos municipais do município sede da proponente;
- Prova de regularidade relativa ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio de Certificado de Regularidade Fiscal (CRF) expedida pela Caixa Econômica Federal;
- Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal n' 12.440, de 7 de julho de 2011, com validade de 180 (cen e oitenta) dias, contado da data de sua expedição (disponível nos portais eletrônicos da Justiça do Trabalho (Tribunal Superior do Trabalho, Conselho Superior da Justiça do Trabalho e Tribunais Regionais do Trabalho).

Seção V - Das Fases

Art. 23º - Os processos de compra seguirão os seguintes trâmites:

I-Fase de abertura, que compreende:

- O Setor de Suprimentos da Unidade encaminha a Solicitação de Compras de Materiais ou Serviços, com as devidas justificativas, especificações e quantidades, à Diretoria-Geral para análise e aprovação, em seguida os autos são enviados ao Setor de Compras que inicia o processo, disparando o documento de Solicitação de Orçamento aos fornecedores, recebendo as propostas e elaborando a planilha orçamentária contendo o nome, quantidades e valores dos fornecedores, para fins de elaboração do preço de referência;
- Publicação prévia nos termos do parágrafo primeiro do artigo 8º deste regulamento;
- Julgamento das propostas pelo Setor de Compras que elaborará mapa de apuração, através de planilha contendo o nome, quantidades e valores das propostas encaminhadas pelos fornecedores;
- A Diretoria Administrativa Financeira realiza a aprovação final;
- O Setor de Compras envia o Pedido de Compras aos fornecedores contendo a quantidade de produtos ou serviços a serem adquiridos, bem como prazo de entrega e forma de pagamento. Uma cópia do Pedido de Compras é expedida ao Setor de Suprimentos para conferência;
- O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de produtos, insumos e materiais, conforme o que fora especificado no Pedido de Compras, após a Nota Fiscal será encaminhada ao Setor de Patrimônio para ser atestada e despachada ao Financeiro;

- As Notas Fiscais de serviços serão expedidas à Gestão de Contratos, responsável pelo acompanhamento da execução do serviço, sendo atestada após conferência e encaminhada ao Financeiro;
- Os documentos fiscais de aquisição de equipamentos ou bens permanentes serão expedidos ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, conforme Artigo 26º.

II- Fase específica, que consiste:

- Os processos que necessitarem de parecer jurídico serão encaminhados, antes do fechamento para Assessoria Jurídica, para instrução e manifestação antes do seu fechamento, adequando-os à legislação;
- Na análise e emissão de parecer de conformidade da Avaliação Técnica de Especialistas;
- No encaminhamento, pelo Setor de Compras, para adoção dos procedimentos de compra previstos nos artigos 7º ao 14º deste regulamento;
- Na conferência, pelo Almoxarifado, do material com a Solicitação, incluindo o recebimento formal do material e a nota fiscal do fornecedor, atestando a entrega ou a prestação dos serviços;
- No encaminhamento, pelo Instituto CEM, dos documentos contábeis a Contabilidade, para registros e arquivamento.

Seção VI - Do Recebimento e Atestado de Execução

Art. 24º - O Setor de Suprimentos será o responsável pelo recebimento de todos os materiais de uso e consumo, insumo médico-hospitalar e de laboratório, necessários ao bom andamento das operações do Hospital, e também pela validação dos pedidos entregues, consoante às especificações dos pedidos e ainda pelo encaminhamento imediato da Nota Fiscal original ao Setor de Compras para encerramento do processo.

Art. 25º - A Gestão de Contratos será a responsável para recepcionar e validar as Notas Fiscais de Serviços.

Parágrafo Único - No caso de materiais a recepção será feita pelo Setor de Suprimentos.

Art. 26º - O Núcleo de Manutenção e Patrimônio será o responsável pelo recebimento e validação das aquisições de máquinas e equipamentos e dos bens móveis.

Art. 27º - No ato do recebimento, será observado se o material confere com as especificações formalizadas no processo de compras, momento em que será atestado o recebimento pelo almoxarife junto ao laudo de profissional competente, quando necessário.

Art. 28º - Os equipamentos ou materiais permanentes devem ser tombados pela Coordenação de Material e Patrimônio.

Parágrafo Único – Os bens móveis e imóveis adquiridos pela organização social, utilizando-se de recursos provenientes da celebração de contrato de gestão, destinar- serão, exclusivamente, à sua execução, devendo a respectiva titularidade ser transferida de imediato ao Estado.

Art. 29º - Os equipamentos que dependem de instalação por parte do fornecedor, serão entregues ao Núcleo de Manutenção e Patrimônio, para guarda e acompanhamento até a sua instalação definitiva.

Parágrafo Único - Depois de instalado e em perfeito funcionamento, o Núcleo de Manutenção e Patrimônio encaminhará a Nota Fiscal, lançará o item adquirido no Sistema e a encaminhará ao Setor de Patrimônio para atesto e posteriormente ao Financeiro para pagamento.

Art. 30º - Nenhum material pode ser recebido pelo interessado sem que antes tenha sido entregue no Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial.

Parágrafo Único - O descumprimento deste procedimento implica em responsabilidade por parte de quem recebeu o material pelo seu ressarcimento, caso este não seja localizado para tombamento.

Art. 31º - O recebimento definitivo do equipamento pelo Núcleo de Manutenção e Controle Patrimonial dar-se-á mediante exame a ser procedido pelo técnico designado, devidamente circunstanciado e apenso ao processo de compra.

CAPÍTULO VII • DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 32º - É vedado ao Instituto CEM manter qualquer tipo de relacionamento comercial ou profissional (contratar serviços, fazer aquisições, contratar funcionários e outros) com pessoas físicas e jurídicas que se relacionem com dirigentes que detenham poder decisório, bem como com aquelas estampadas no inciso I do artigo 8º C da Lei Estadual nº 15.503/2005.

Art. 33º - Os bens móveis e imóveis, adquiridos pela Organização Social, com a utilização de recursos públicos, serão destinados exclusivamente à execução do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 34º • Os bens públicos imóveis são inalienáveis.

Art. 35º – Os bens móveis públicos permitidos poderão ser alienados ou substituídos por outros de igual ou maior valor, desde que tenha sido providenciada respectiva avaliação, ficando condicionada à integração de novos bens ao Patrimônio Público.

Parágrafo Único. É necessária a anuência do Poder Público para alienação de bens móveis e obrigatoriedade de investimento dos recursos advindos de tais alienações no desenvolvimento do respectivo contrato de gestão.

Art. 36º - Todos os documentos fiscais, resultantes das aquisições e contratações realizadas pelo Instituto CEM deverão apresentar o número do respectivo Contrato de Gestão.

Art. 37º - Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente Regulamento de Compras deverão ser resolvidos pela Diretoria-Geral ou por outro colaborador delegado diretamente para o fim, com base nos princípios elencados no parágrafo segundo do artigo 1º deste regulamento.

Art. 38º - Os valores estabelecidos no presente Regulamento serão revistos e atualizados pela Diretoria-Geral ou por outro colaborar delegado diretamente para o fim, se e quando necessário, obedecendo o estabelecido no Art. 2°, da Lei Estadual n°. 18.843/2015, para sua efetiva aprovação junto a Controladoria Geral do Estado - CGE;

Art. 39º - O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

Normas De Administração Geral

Gerência de Administração e Finanças

É a estrutura subordinada à Diretoria Administrativa, destinada a gerir e responder pelas atividades inerentes aos Serviços de Faturamento e Serviço de Orçamento e Custos, observando normas, rotinas e diretrizes técnico- administrativas para a realização dos trabalhos.

Está ligada a estratégia da Instituição, utilizando dados da contabilidade, faturamento, custos e demais setores, para gerir informações requeridas pela Alta Direção, que possibilitem a tomada de decisão estratégica.

A Gerência de Administração e Finanças é exercida exclusivamente, por profissional graduado em Administração de Empresas, Ciências Contábeis ou Economia, de preferência com título de especialização em Administração Hospitalar

À Gerência de Administração e Finanças compete:

- Promover, coordenar e supervisionar as atividades de apropriação, orçamento e custos.
- Supervisionar os estudos econômicos e de mercado de interesse da Instituição.
- Acompanhar a tendência econômico-financeira da Instituição a curto, médio e longo prazo, objetivando manter um equilíbrio entre os recursos e aplicações.
- Coordenar a elaboração orçamentária da Instituição.
- Acompanhar os processos de faturamento, repasse médico, processos administrativos, credenciamentos e glosas geridos pelo faturamento.
- Controlar e zelar pelos bens patrimoniais sob sua responsabilidade.
- Promover cobranças em âmbito administrativo, buscando equilíbrio financeiro nos recebimentos da instituição e liquidez necessária para cumprimentos das obrigações institucionais.
- Fazer intermediações com a Secretaria Estadual da Saúde, nos interesses da Instituição, e concomitantemente supervisionar, coordenar a elaboração e formalização dos documentos necessários à geração de processos de cobranças do INSTITUTO CEM.
- Outras atividades correlatas.

5.2.3 Política E Regulamento Interno Financeiro E Orçamentário

O INSTITUTO CEM torna público para os devidos fins de direito:

REGULAMENTO INTERNO FINANCEIRO E ORÇAMENTÁRIO, que regulamenta a utilização dos recursos financeiros provenientes do poder público com responsabilidades, competências e atribuições como órgão de caráter consultivo, deliberativo, zelando para que as atividades da Instituição sejam conduzidas em conformidade com as leis, as diretrizes internas e a ética.

Capítulo I – Do Objetivo

Art.1 O presente instrumento tem o objetivo de normatizar procedimentos, fluxo e normas do setor financeiros.

§ 1º - O INSTITUTO CEM na condição de Organização social informa pelo presente regulamento as tratativas para aplicação dos recursos provenientes do poder publico relacionados ao contrato de gestão, estabelecendo critérios sobre processos para pagamentos dos insumos, serviços e materiais realizados nas unidades geridas pelas Organização Social.

§ 2º- Os pagamentos serão centralizados no setor de Diretoria Financeira.

§ 3º A Diretoria Financeira refere-se: Planejar, coordenar, supervisi- onar e realizar controle das atividades financeiras. Sendo elas a supervi- são da rotina contábil, tomada de decisões de natureza contábil junto com a Direção Administrativa, fornecimento de informações e relatórios necessários para a execução dos trabalhos de independente contratados para atestar as demonstrações financeiras e contábeis do INSTITUTO CEM junto às unidades hospitalares sob a sua gestão e operacionalização no Estado de Goiás.

§ 4º Controle dos repasses financeiros realizados pelo Estado de Goiás, supervisão de pagamentos, elaboração e emissão periódica de relatórios com as informações financeiras de sua responsabilidade para o INSTI- TUTO CEM, Condução das atividades de direção financeira com obser- vância dos princípios da moralidade, transparência, impessoalidade, le- galidade e eficiência.

Art. 2º - A função da estrutura estabelecida para o fluxo das atividades a serem exercidas pela área de contas a pagar, além de realizar as ações de pagamento, envolve a produção de relatórios, desenvolvimento operacional para sugestão de melhorias e mudanças que possibilitem a tomada de decisão estratégica, o controle documental digital com o arquivamento de todos os documentos movimentados, o desenvolvimento de rotinas e processos.

Capítulo II – Dos Procedimentos – Contas a Pagar

Art. 3º - A Diretoria Financeira é responsável pelos pagamentos a forne- cedores, empregados e outros que se relacionam com as Unidade geridas pelo Instituto Cem de forma eventual ou contínua.

§ 1º - O processo de Pagamento deverá:

- Obedecer aos requisitos iniciados no Regulamento de compras e con- tratações de serviços, conforme os Procedimentos de Diretriz Interna do Instituto, com o propósito de receber do Setor de Controladoria interno de cada unidade todo o processo e a documentação a serem pagos, con- ferindo as autorizações, notas e outros documentos autorizados e vincu- lados à solicitação de compra/serviços e outros.

- É vedado o pagamento de qualquer valor em conta corrente que não seja da pessoa jurídica e/ou pessoa física a quem foi emitido a ordem de compras pelo setor de compras e aprovado e/ou contrato de prestação de serviço de acordo com o definido.

Art.4º - Dos documentos que darão respaldo aos processos de pagamento:

Documentos para pagamento - Boleto Bancário e/ou Folha de rosto com dados bancários para transferência.

Seguintes documentos originais:

NF de entrada, compondo todos os itens adquiridos;

Solicitação de compras e contratação de serviços e obras da área re- querente

Pedido de compras e contratação de serviços e obras emitido ao forne- cedor vencedor do processo de compra;

Orçamentos dos fornecedores e prestadores envolvidos do processo;

Certidões de Regularidade Fiscal.

Os Carimbos de autorização e validação dos documentos são os se- guintes:

Carimbo do Setor de Suprimentos com as despesas autorizadas, carimbo do Contrato de Gestão, retenção, se houver, e autorização de pagamento da Diretoria Financeira.

Capítulo III – Dos Procedimentos para Validação dos Pagamentos

Receber contas a pagar por parte do setor de controladoria contento nome do fornecedor/prestador, data de vencimento, valor e número de processo no sistema Doccem para que seja realizado a devida conferência antes da efetivação do pagamento.

Da conferência validação do processo com os requisitos conforme re- gulamento de compras/contratação de serviço e controladoria, verifica- ção de assinatura digital por parte da diretoria no sistema doccem.

Verificar retenções previstas em notas fiscais e memoria de cálculo do setor de contabilidade.

Capítulo IV – Da Efetivação do Pagamento

Os processos para pagamentos de insumos e serviços devem ser acom- panhados com as devidas validações da Diretoria Financeira;

Os títulos serão quitados acompanhados com a respectiva ordem de compra e nota

fiscal original;

Os pagamentos serão organizados conforme transferências e boletos;

Todos os pagamentos efetuados serão respaldados por comprovantes legais.

§1° O setor de controladoria é responsável pelo acompanhamento de contas a pagar e contas pagas assim como as devidas conciliações diárias, semanais e mensais.

Art.5° Procedimentos para pagamentos de CLT relativos a gestão de pessoas e recursos humanos.

A validação da folha de pagamento fica a responsabilidade da Coordenação e supervisão de Recursos Humanos.

Pagamentos deve ser de forma nominal

Os valores necessitam ser enviados pela Diretoria Financeira por meio de pagamento via conta salário.

Capítulo V – Conciliação

I.O Setor de controladoria efetiva a conciliação diariamente das contas correntes da unidade confrontando os devidos pagamentos do contas pagas com o contas a pagar através de estrão bancários e Doccem, em caso de divergências deve ser apurados fatos para tomadas de decisões para a devida regularização.

A conciliação deve ser lançada no sistema Soul Mv para apropriada prestação de contas junto a Secretaria de Estado.

Documentação referida ao processo de pagamento deve ser realizada registros contábeis e apuração de imposto.

Capítulo VI – Repasse Financeiros

Art.6° Controlar Empenhos a receber, acompanhar repasses recebidos realizando as devidas baixas e conciliação de contas a receber e contas

recebidas conforme contrato de gestão entre Instituto Cem e Secretaria de Estado.

Capítulo VII – Fechamento Contábil

Art.7° Deve ser enviado semanalmente o fechamento realizado pelo setor de controladoria para a contabilidade.

Art.8° No primeiro dia Útil deve se enviado o fechamento mensal para a contabilidade com todas contas pagas e recebidas mensalmente por ordem de pagamento conforme extrato bancário.

Capítulo VIII – Das Diretrizes Macro de Tomadas de Decisões Orçamentárias

Analisar Custos Semanalmente das unidades conforme Regulamentos de Custos.

Após análise de custo por unidade analisar Despesas com Insumos e serviços no projeto.

Análise de mercado por meio de mídias digitais de informações do presente relacionado à gestão hospitalar e de insumos.

Analisar Repasses Financeiros para aquisições visando sempre a qualidade e bem-estar dos pacientes da unidade.

Acompanhar metas da unidade e se houver glosas realizar analise diária, semanal, quinzen e mensal para reajuste de fluxo financeiros da unidade.

Capítulo VI – Das Disposições Finais

Art.9° Fica responsável pelo envio do contas a pagar o setor de controladoria e de responsabilidade da Direção Financeira efetivar os devidos pagamentos.

Art.10° - As provisões de 13º, férias e FGTS serão movimentadas em uma conta poupança especifica apenas para esse fim.

Art.11° Despesas de insumos, prestadores de serviços e investimentos devem ser executadas via conta corrente da unidade.

Art.11° O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua assinatura.

Goiânia -GO, 01 de Setembro de 2022.

6 INCREMENTO DE ATIVIDADES

A concepção de projeto assistencial na saúde é fundamental para a compreensão de sua importância social e o compromisso com seu desenvolvimento.

Os projetos assistenciais, sejam ele de saúde e/ou sociais, são um instrumento para a garantia de direitos e fazem parte de um processo educativo, constituído de uma ação planejada e comprometida com a ética, com a saúde, com o desenvolvimento humano/social, com a valorização da vida.

Se analisarmos o complexo processo saúde-doença e sobretudo tendo a dignidade da pessoa humana como fundamento da República Federativa do Brasil, sendo, portanto, essencial o combate às situações sanitárias e socioeconômicas do nosso país, e sobretudo do nosso Estado de Goiás, é fundamental pensar a saúde, de modo a envolver toda a comunidade nessa temática.

É nesse cenário que a implantação de projetos assistenciais, surge como um instrumento capaz de promover a reflexão, sensibilização e conscientização sobre a importância dos cuidados com a saúde e uma melhor qualidade de vida, promovendo acesso à informação e gerando envolvimento junto à população local onde está implantando aquele projeto.

Acreditamos que gestão e operacionalização de uma unidade como o Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) deve ser muito mais que contemplar habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são, se vistas isoladamente, insuficientes para promover modificações substanciais no âmbito da saúde pública.

Não é demais lembrar que dentro os princípios doutrinários elencados para o Sistema Único de Saúde, temos a universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização política administrativa, participação popular, dentre tantos outros.

Nesse sentido a inserção da comunidade local em atividades extra-hospitalares como projetos assistenciais em saúde e/ou sociais, se apresenta que maior que meramente atender ao pactuado entre essa proponente e a Secretaria de Estado de Saúde, se revela de fato, como uma missão a ser cumprida em observância aos princípios do Sistema Único de Saúde.

Nesta conjectura, abrangemos na presente proposta técnica de trabalho, alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de se obter uma gestão em saúde com atendimento mais humanizado, em observância aos preceitos do SUS, bem como

oportunizando o envolvimento não só dos usuários do HUGO, bem como de toda a comunidade local.

6.1 Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde

6.1.1 Projeto Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

1.OBJETIVO

Auxiliar no atendimento ao paciente que chega na instituição com AVC. Orientar a conduta diagnóstica e terapêutica, respeitando a individualidade de cada paciente. Identificação correta e rápida dos sinais de alerta.

2. DEFINIÇÕES

Identificação de um paciente com sinais de alerta para a suspeita de AVCi. Estes incluem quaisquer déficits neurológicos de início súbito, especialmente os localizados.

3. SIGLAS

HUGO: Hospital Estadual de Urgências de Goiás

AVCi: Acidente Vascular Cerebral Isquêmico

PA: Pressão Arterial

PAS: Pressão Arterial Sistólica

PAM: Pressão Arterial Médica

PAD: Pressão Arterial Diastólica

OMS: Organização Mundial de Saúde

4. PÚBLICO ALVO

Pacientes hospitalizados e/ou em atendimento de emergência, e equipe multidisciplinar.

5.APLICAÇÃO

O Protocolo deverá ser aplicado em todos os setores do HUGO.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como desenvolvimento rápido de sintomas e sinais clínicos de um distúrbio focal (ocasionalmente global) das funções cerebrais que conduzam à morte. As medidas se iniciam a partir da identificação correta

dos sinais de alerta para suspeita de AVCI. Incluem qualquer déficit neurológico de início súbito, especialmente os localizados. Alguns fatores e sinais devem ser observados, conforme a Tabela 1:

Tabela 1.

Fatores e sinais do AVCI	
Sinais de alerta para AVCI	Fraqueza muscular súbita;
	Perda do equilíbrio ou incoordenação motora repentina;
	Perda visual súbita;
	Cefaleias de início súbito.
Fatores de risco para AVCI	Uso de substâncias químicas;
	Dislipidemia;
	Obesidade;
	Cardiopatias;
	Uso do tabaco;
	Diabetes Mellitus;
	Uso de álcool;
	História familiar de AVC;
	Doenças cardiovascular.

7. DIAGNÓSTICO IMEDIATO

Para um paciente com sinais e/ou sintomas de AVCi, o tempo e a qualidade no diagnóstico são fundamentais para o estabelecimento do tratamento adequado.

Por meio da implantação de um laudo estruturado e olhando o exame de forma padronizada, é possível manter rapidez e precisão do diagnóstico com a máxima qualidade. O exame

neurológico deve ser breve e direcionado, por meio do uso de escalas específicas. Recomenda-se a utilização da Escala de AVC Cincinnati (Anexo 1), e da Escala de Coma de Glasgow (Anexo 2), para avaliação de nível de consciência cujo objetivo é avaliar dinamicamente a intensidade do déficit durante a evolução do AVCI, sendo está a mais utilizada atualmente em detrimento de outras, principalmente pela orientação para o uso de trombolítico nos pacientes com AVCI. O tempo máximo para o atendimento à suspeita de AVCi deve ser considerado conforme a tabela 2

Tabela 2. Tempos máximos para o atendimento

Tempos máximos para o atendimento à suspeita de AVCi	
Da admissão à avaliação médica inicial	10 min
Da admissão ao acionamento do código trombólise, se aplicável	15 min
Da admissão ao início da neuroimagem	25 min
Do acionamento das equipes de apoio (neurologia, neurorradiologista intervencionista) à avaliação do caso	30 min
Da admissão ao resultado do exame de neuroimagem	45 min
Da admissão ao resultado dos exames laboratoriais do protocolo	45 min
Da admissão ao início do trombolítico intravenoso, se aplicável	60 min
Da admissão ao início do tratamento endovascular, se aplicável	120 min

8. TRATAMENTO HOSPITALAR

8.1. Sala de emergência

O paciente é atendido pela equipe da sala de emergência, que reavaliará os parâmetros cardiorrespiratórios. A monitorização é mantida, um eletrocardiograma é realizado, os acessos venosos são checados e amostra de sangue é coletada pela equipe do laboratório para realização imediata dos exames de hemograma e Tempo de atividade da Protombrina (TAP), caso necessário outros exames, solicitar através de pedido médico ao laboratório em um segundo momento. Não coletar por acesso venoso nas 3 horas posteriores ao uso de trombolítico e não coletar arterial nas 24 horas posteriores ao

uso do trombolítico a fim de evitar hematomas. Coleta arterial somente em casos extremamente necessário. A confirmação é feita por exame de imagem, como tomografia, além de marcadores cardíacos, em especial a mioglobina e troponina, são solicitados quando há suspeita de síndrome coronariana associada. Uma anamnese dirigida é realizada com o acompanhante e com o paciente, quando este apresentar condições. Dados como tempo preciso do início dos sinais e sintomas, eventos recentes devem ser investigados. Outra informação importante consiste no uso de medicamentos como hipoglicemiantes, anti-hipertensivos, antiagregantes plaquetários e anticoagulantes orais. A anamnese deve tentar afastar os principais diagnósticos diferenciais de AVCi.

8.2. Cuidados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Todos os pacientes devem ser encaminhados para a UTI para garantir uma abordagem interdisciplinar mais adequada, visando prevenir e precipitar complicações neurológicas e sistêmicas. A investigação do mecanismo do AVCi deve ser realizada o quanto antes, com o objetivo de evitar recorrências.

8.3. Desobstrução arterial

Consiste na administração de um trombolítico, que dissolve o coágulo e normaliza o fluxo sanguíneo no cérebro. Aumentando assim as chances de recuperação, e minimizando a sequelas e taxa de mortalidade. O medicamento deve ser aplicado em até 4 horas e 30 minutos do início dos sintomas.

O medicamento pode ser diretamente aplicado no interior do coágulo, através de cateterismo cerebral, ocorrendo a destruição do trombo. Este procedimento deverá ser feito na sala de hemodinâmica, e em até 6 horas do inicio dos sintomas. O cateter é introduzido na virilha, na artéria femoral, até chegar na obstrução para aplicar o medicamento.

8.4. Monitorização cardíaca e de Pressão Arterial

A monitorização cardíaca deve ser mantida ao menos nas primeiras 24 horas de instalação do AVCi e qualquer arritmia grave deve ser tratada. A pressão arterial deve ser monitorada continuamente. Realizar ECG de 12 derivações na primeira hora do paciente após suspeita de AVCi. A redução inadvertida dos níveis pressóricos pode ser deletéria na fase aguda do AVCi por aumentar o infarto na área de penumbra cerebral. O uso de medicamentos como morfina e outros analgésicos deve ser criterioso e sob monitorização constante pelo seu efeito vasodilatador e risco de hipotensão. Segue abaixo a tabela 3 de manejo da pressão arterial de pacientes elegíveis para tratamento trombolítico.

Tabela 3. Manejo da pressão arterial em pacientes elegíveis para tratamento trombolítico.

PA (Pressão Arterial)	Medicamento	Intervalo

PAS>185 mmHg e ou PAD>110 mmHg	Betabloqueador ou Nitroprussiato	5 min
PAS>185 mmHg e ou PAD>110 mmHg sem resposta ao betabloqueador	Nitroprussiato	5 min
PAD>140 mmHg	Nitroprussiato	5 min

8.5. Pacientes não candidatos a terapia trombolítica

Pressão sistólica < 220mmHg ou diastólica < 120 mmHg, o tratamento será conservador, exceto nos casos de emergências hipertensivas. Caso a pressão arterial sistólica for maior que 220/120 mmH deve-se administrar Nitroprussiato endovenoso a 0,5mcg, kg/min em dose inicial ou Metoprolol. Com o objetivo de reduzir em torno de 15% o valor da pressão arterial em um período de 24 horas.

Tabela 4.

Pressão Arterial	Medicamento	Intervalo
PAS < 220 mmHg PAD < 120 mmHg PAM < 130 mmHg	Não tratar	Não se aplica
PAS < 220 mmHg PAD < 120 mmHg PAM < 130 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos
PAD>140 mmHg	Nitroprussiato	5 minutos

9. PREVENÇÃO DO AVCI

É indispensável o controle da pressão arterial a níveis inferiores a 12X8 mmHg, do diabetes e dos níveis de colesterol no sangue. Os pacientes que apresentam alguma doença cardíaca devem fazer acompanhamento médico regular. Todos devem praticar exercícios físicos regulares orientados por um profissional e manter uma alimentação equilibrada.

10. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva

Demora na identificação do AVCI	**Utilizar de forma prática e efetiva as tabelas e as escalas de NIH que avalia a gravidade (Anexo 4) para obter a identificação correta e rápida do AVCI.**
Demora no tempo de atendimento	**Realizar o atendimento o mais breve possível de modo que não ultrapasse 45 minutos, conforme os padrões das melhores práticas mundiais estabelecem.**

11. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

https://hospitaligesp.com.br/arquivos/Protocolos-Gerenciados/016-Protocolo-Acidente-Vascular-Cerebral-Isquemico-%28AVC%29.pdf

https://vidasaudavel.einstein.br/principais-informacoes-sobre-o-avci/

https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/2020/11/4.-Protocolo-AVC.pdf

Ministério da Saúde/SE/Datasus (endereço na internet). Local: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS IBGE: base demográfica. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02.

https://www.yumpu.com/pt/document/read/12871307/execute-os-itens-da-escala-de-avc-na-ordem-nih-stroke-scale

https://www.sanarsaude.com/portal/residencias/artigos-noticias/nova-escala-de-glasgow-3-pontos-cruciais-para-entender-a-nova-mudanca

https://www.prevlifecursos.com/post/escala-de-cincinnati-cuidados-com-avc

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc#:~:text=O%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20(AVC,interna%C3%A7%C3%B5es%20em%20todo%20o%20mundo.

https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/avc-acidente-vascular-cerebral-ou-derrame/

12. ANEXOS

Anexo 1

Quadro 2. Escala de Avaliação de CINCINNATI

SINAL OU SINTOMA	TESTE	NORMAL	ANORMAL
Assimetria Facial	Pede-se ao paciente que realize movimentos que testem a mímica facial Ex: sorrir	O paciente movimenta os músculos faciais de forma simétrica	O paciente movimenta apenas um lado da face, aparência assimétrica
Queda/debilidade do MMSS	Pede-se ao paciente que levante ambos os membros superiores por 10 segundos	Os membros superiores se mantêm erguidos de forma simétrica	O paciente apresenta fraqueza em um dos braços; o paciente não ergue um dos braços ou os mantêm elevados de forma assimétrica
Fala anormal	Pede-se ao paciente para reproduzir uma frase simples	O paciente fala normalmente	O paciente apresenta dificuldade; fala lenta ou o uso incorreto de palavras

ANEXO 2.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ANEXO 3. Escala de NIH

N I H
ESCALA
DE · AVC

INSTRUÇÕES DE PONTUAÇÃO

Execute os itens da escala de AVC pela ordem correcta. Registe a sua avaliação em cada categoria após cada exame da subescala. Não volte atrás para alterar pontuações. Siga as instruções fornecidas para cada uma das técnicas de exame. As pontuações devem reflectir o que o doente consegue fazer e não aquilo que o clínico pensa que ele seja capaz de fazer. Deve registar as respostas enquanto administra a escala e fazê-lo de forma célere. Excepto quando indicado, o doente não deve ser encorajado (i.e., várias tentativas para que o doente faça um esforço especial).

Instruções	Definição da escala	Pontuação
1a. Nível de Consciência: O examinador deve escolher uma resposta, mesmo que a avaliação completa seja prejudicada por obstáculos como curativo ou tubo orotraqueal, barreiras de linguagem ou traumatismo. Um 3 é dado apenas se o paciente não fizer nenhum movimento em resposta à estimulação dolorosa, para além de respostas reflexas.	0 = Acordado; responde correctamente. 1 = Sonolento, mas acorda com um pequeno estímulo, obedece, responde ou reage. 2 = Estuporoso; acorda com estímulo forte, requer estimulação repetida ou dolorosa para realizar movimentos (não estereotipados). 3 = Comatoso; apenas respostas reflexas motoras ou autonómicas, ou sem qualquer tipo de resposta.	____
1b. NDC Questões: O paciente é questionado sobre o mês e idade. A resposta deve ser correta - não se valorizam respostas aproximadas. Pacientes com afasia ou estupor que não compreendam as perguntas têm 2. Pacientes incapazes de falar por tubo ou traumatismo orotraqueal, disartria grave de qualquer causa, barreiras de linguagem ou qualquer outro problema não secundário a afasia receberão 1. É importante considerar apenas a resposta inicial e que o examinador não "ajude" o paciente com dicas verbais ou não verbais.	0 = Responde a ambas as questões corretamente. 1 = Responde a uma questão corretamente. 2 = Não responde a nenhuma questão corretamente.	____
1c. NDC Ordens: O paciente é solicitado a abrir e fechar os olhos e depois abrir e fechar a mão não parética. Substitua por outro comando de um único passo se as mãos não puderem ser utilizadas. Devemos valorizar uma tentativa inequívoca, ainda que não completada devido à fraqueza muscular. Se o paciente não responde à ordem, a tarefa deve ser demonstrada usando gestos e o resultado registado. Aos pacientes com trauma, amputação ou outro impedimento físico devem ser dadas ordens simples adequadas. Pontue só a primeira tentativa.	0 = Realiza ambas as tarefas corretamente. 1 = Realiza uma tarefa corretamente. 2 = Não realiza nenhuma tarefa corretamente.	____
2. Melhor Olhar Conjugado: Teste apenas os movimentos oculares horizontais. Os movimentos oculares voluntários ou reflexos (oculocefálico) são pontuados, mas a prova calórica não é avaliada. Se o paciente tem um desvio conjugado do olhar, que é revertido pela atividade voluntária ou reflexa, a pontuação será 1. Se o paciente tem uma parésia de nervo periférico isolada (NC III, IV ou VI), pontue 1. O olhar é testado em todos os pacientes afásicos. Os pacientes com trauma ou curativo ocular, cegueira pré-existente ou outro distúrbio de acuidade ou campo visual devem ser testados com movimentos reflexos e a escolha feita pelo examinador. Estabelecer contacto visual e mover-se perto do paciente de um lado para outro pode esclarecer a presença de paralisia do olhar conjugado.	0 = Normal. 1 = Paralisia parcial do olhar conjugado. Esta pontuação é dada quando o olhar é anormal em um ou ambos os olhos, mas não há desvio forçado ou paresia total do olhar conjugado. 2 = Desvio forçado ou parésia total do olhar conjugado não revertidos pela manobra oculocefálica.	____

13. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Weverson José da Silva**	**06/10/2022**	

	Coordenador UET		
Revisão:	Marco Túlio Araújo Pedatella Supervisor do Programa de Residência Médica	**10/10/2022**	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	**05/01/2025**	
Validação	Tamilles da Silva Borges Supervisora NQSP	**05/01/2025**	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	**05/01/2025**	

6.1.2 Projeto Certificação Centro Avc

DESCRIÇÃO

A certificação dos centros de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é fundamental para garantir que os hospitais implementem e monitorem todas as estratégias prioritárias baseadas em evidências que mudam a história natural da doença, reduzindo a mortalidade e a incapacidade pelo AVC.

A certificação é uma etapa prioritária para orientar o atendimento de AVC por caminhos baseados em evidências que atinjam toda a rede de atenção. Com o objetivo de garantir a implementação dos elementos prioritários nos centros de AVC, aumentando a qualidade e segurança do cuidado e melhorando os desfechos dos pacientes com AVC a longo prazo.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o AVC como desenvolvimento rápido de sintomas e sinais clínicos de um distúrbio focal (ocasionalmente global) das funções cerebrais que conduzam à morte. As medidas se iniciam a partir da identificação correta dos sinais de alerta para suspeita de AVCI. Incluem qualquer déficit neurológico de início súbito, especialmente os localizados. Para um paciente com sinais e/ou sintomas de AVCi,

o tempo e a qualidade no diagnóstico são fundamentais para o estabelecimento do tratamento adequado.

A certificação WSO/SIECV Centro de AVC é uma grande oportunidade de melhoria contínua dos serviços e qualificação da assistência integral na unidade HUGO e região, comprometendo o centro de AVC como organizador e capacitador de toda a rede local.

OBJETIVO

O objetivo da certificação WSO/SIECV do centro de AVC HUGO é aumentar a promoção na qualidade do tratamento, melhorando os desfechos dos pacientes com AVC que são prioridades e buscar reconhecimento da assistência a estes como Centro de Referência rede local e América Latina AVC com equipe expert em AVC.

BENEFÍCIOS/PERSPECTIVAS

Com uma equipe de experts em AVC, haverá melhoria significativa no desfecho clínico do paciente, a unidade poderá oferecer sugestões de melhoria nos demais serviços de referência AVC, elaborar materiais referência para capacitação das equipes, educação continuada, publicações científicas, além da certificação internacional que ficará disponível para a população. Na perspectiva ainda de implantação efetiva de unidade específica de AVC na unidade (UAVC) e posteriormente ações voltadas para toda parte hemodinâmica em geral frente ao diagnóstico de AVC. Esperamos que futuramente a ainda a certificação leve também a uma melhor remuneração dos serviços de saúde.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Materiais para melhoria do projeto elétrico- Sistema CLP (visual e sonoro);

Tela de monitoramento central (ferramenta parta otimizar the breafing);

Material de backup (Bolsa de transporte: Aparelho HGT; Aparelho PA; Oxímetro; CoaguCheck XS PT Test;

Maca Hidráulica para otimização e segurança no transporte do paciente.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Stakeholders internos: Direção OS, Gestores, Colaboradores, Pacientes, Familiares de Pacientes do Hospital HUGO;

Stakeholders externos: SES; OMS; SAMU; Corpo de Bombeiros; Bochringer Ingelheim.

RESTRIÇÕES

Adequação de sistema para análise qualitativa da execução do projeto AVC.

RISCOS

Falta e/ou quantidade insuficiente de materiais e insumos.

Não aprovação do projeto para desenvolver plano de ação de certificação WSO/SIECV.

EQUIPE

Equipe Médica Neurologia (Incluso Residência de Neurologia do HUGO); Equipe de Enfermagem; Equipe Laboratório; Equipe Emergência (Equipe Expert: Médico; Enfermeiro; Técnico de Enfermagem; Condutor); Equipe NQSP; Equipe de Apoio Operacional; Equipe de Manutenção; Equipe de Engenharia Clínica; Equipe da Farmácia; Equipe SADT (Tomografia); Equipe de TI; Equipe de Recepção; Equipe SAMU; Equipe Corpo de Bombeiros.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

Esse projeto de certificação WSO/SIECV AVC, se baseia em um Projeto AVC institucional que contempla os marcos:

- Março/2022: Atendimento de neurologia (porta-aberta) e AVC (trombólise) com produção de indicadores;

-Junho/2022: Produção de projeto elétrico para instalação como melhoria para monitoramento do tempo de atendimento;

- Julho/2022: Acionamento do Protocolo AVC com acionamento elétrico e monitoramento de tempo já eficaz nos setores de classificação de risco, emergência, tomografia, farmácia e laboratório;

- Agosto/2022: Aprimoramento do sistema de acionamento (visual e sonoro), monitorização do tempo;

-Setembro/2022: Aprimoramento na quantificação do tempo na Tomografia (dispositivo de acionamento para pause); Instalação de botoeira de acionamento na recepção da Emergência (na perspectiva de otimização quanto à identificação e atendimento do paciente elegível ao protocolo AVC em demanda espontânea);

- Outubro/2022: Evento Dia Mundial Prevenção AVC (ações educativas externas);

- Dezembro/2022: Análise crítica do desenvolvimento do projeto e indicadores;

- Março/2024: Evento em comemoração de 1 ano de implementação da assistência ao AVC no HUGO;

- Março/2024: Desenvolvimento de Projeto de Certificação WSO/SIECV Centro AVC (America Latina);

- Maio/2024: Apresentação dos resultados do protocolo de AVC HUGO em Congresso Neurologia Referência;

- Abril/2024: Validação Projeto de certificação WSO/SIECV Centro de AVC HUGO junto a OS e SES;

- Abril/2024: Entrega de linha telefônica Centro de AVC HUGO junto a OS e SES;

- Maio/2024: Aprimoramento e adequação para visita de certificação WSO/SIECV Centro de AVC;

- Junho/2024: Visita de avaliação e certificação WSO/SIECV centro de AVC HUGO;

ORÇAMENTO

Em anexo.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Economia significativa no custo da unidade: levando em consideração diminuição no tem de permanência hospitalar, com melhora significativa do quadro clínico e sobrevida dos pacientes, mitigação das complicações do AVC e internação hospitalar; Valorização da equipe e projeto; Possibilidade de retorno externo via doações e investimentos no Projeto.

PLANO DE AÇÃO

É realizado semanalmente um *briefing* referente ao desenvolvimento do projeto de certificação WSO/SIECV AVC. Os planos de ação seguem em atas realizadas conforme reunião executada.

Em anexo.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	30/03/2023	
	Marco Túlio Araújo Pedatella Supervisor do Programa de Residência Médica	30/03/2023	
Revisão:	Addler Fernando Barbosa Rodrigues Encarregado de Manutenção e Apoio	30/03/2023	
	Júlia Barros Coordenadora TI	30/03/2023	
	Weverson José da Silva Coordenador UET	30/03/2023	
	Suzanne Gomes Garcês Percurssor NQSP	30/03/2023	
	Harry Reis Coordenador Apoio Operacional	30/03/2023	
	Ígor Pádua dos Anjos Supervisor de Manutenção (NOVUM)	30/03/2023	
Validação:	Thadeu Grembecki de Morais Diretor Administrativo (ICEM)	30/03/2023	
Aprovação:	Claudinéia Magalhães (ICEM)	30/03/2023	

6.1.3 Protocolo Onda Vermelha

1. DEFINIÇÃO

Protocolo onda vermelha, se refere ao conjunto de ações táticas médicas e administrativas que visam, prioritariamente, agilizar a abordagem cirúrgica de pacientes politraumatizados cuja condição clínica implique em risco de morte iminente ("*In Extremis*"). Aumentando assim significativamente a taxa de sobrevida desses pacientes e também diminuindo o risco de contaminação pela equipe.

2. SIGLAS

ATLS – Advanced Trauma Life Support (Suporte de Vida Avançado ao Trauma).
HUGO – Hospital de Urgência de Goiás.
IN EXTREMIS - politraumatizado grave, instável hemodinamicamente e com risco de morte iminente.
POP – Procedimento Operacional Padrão.
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

3. OBJETIVO

Objetiva-se aumentar a taxa de sobrevida desses pacientes e também diminuir o risco de contaminação pela equipe. Além de agilizar a abordagem cirúrgica no paciente politraumatizado "*In Extremis*".

4. APLICAÇÃO

Sala de Emergência e Sala Onda Vermelha.

5. EXECUÇÃO E RESPONSABILIDADE

Coordenação da Cirurgia Geral (Médicos Cirurgiões e Auxiliares); Chefia do Centro Cirúrgico (Médicos Anestesistas); Chefia de enfermagem do Pronto Atendimento (equipede enfermagem); Chefia do Banco de Sangue (Biomédicos, Transfusionistas, Técnicos). Coordenação do Laboratório (coletador).

6. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Os materiais básicos necessários para atendimento viam protocolo são:

Sirene (instalada na Sala de Emergência, Banco de Sangue, Centro Cirúrgico e Laboratório);

Sala exclusiva da onda vermelha;

Caixas cirúrgicas de Toracotomia, Esternotomia, Fixador de quadril, Laparotomia, Cirurgia Vascular, Pacote de capote estéril com 6 unidades.

O paciente politraumatizado grave geralmente adentra o hospital trazido por uma ambulância de resgate (SAMU ou Corpo de Bombeiros); no box de emergência (vermelho) esse paciente deve ser abordado por um Cirurgião Geral em concordância aos princípios propostos pelo ATLS. Se o mesmo estiver enquadrado em critérios que o definam como in extremis será então deflagrada a onda vermelha pelo cirurgião acionando a sirene que irá alertar o banco de sangue e o centro cirúrgico para providências imediatas relacionadas à onda; simultaneamente, o Banco de sangue irá se dirigir a sala da onda vermelha com 3 bolsas de sangue O negativo (O-) e 3 bolsas de plasma fresco. A anestesia plantonista do centro cirúrgico deverá se dirigir imediatamente para a sala da onda vermelhapara aguardar o paciente que já estará sendo deslocado pela equipe do pré-hospitalar junto com a equipe cirúrgica do Pronto Socorro até a sala da onda vermelha, visando uma abordagem imediata deste paciente.

7. MATERIAIS UTILIZADOS

1 Carrinho de emergência completo

1 Monitor cardíaco

1 Carrinho de anestesia

2 Foco cirúrgico de teto

1 Carrinho de anestesia

1 Bisturi elétrico

1 Cardioversor

2 Bomba de infusão

2 Suporte de soro

1 Escadinha com 3 degraus

1 Aspirador portátil

1 Pacote de capote estéril

8. TAREFAS CRÍTICAS

8.1 Banco de sangue deverá deixar em estoque 3 bolsas de concentrado de hemácias e 3 bolsas de plasma fresco reservados para uso do Protocolo da Onda Vermelha.

8.2 Equipes do banco de sangue deverá se direcionar o mais rápido possível para a sala da Onda Vermelha sempre que o protocolo for acionado.

8.3 Laboratórios deverão encaminhar um profissional para realização de coleta de sangue na sala da Onda Vermelha (hemograma, TAP, TTPA, glicemia e tipo sanguíneo).

8.4 Equipes de enfermagem do pronto atendimento prestarão auxílio à equipe médica e assumirá a função de circulante de sala caso necessário. Ficara 1 técnicos dentro da sala a disposição da equipe cirúrgica.

8.5 Após o término do procedimento com o paciente, o mesmo será prioridade para transferência aos leitos de UTI da unidade.

8.6 O paciente em situação "*In Extremis*" poderá ser avaliado no Box de emergência e posteriormente ser encaminhado para a sala da Onda Vermelha, ou o mesmo pode ser atendido diretamente na sala da Onda Vermelha sem a necessidade de passar pelo Box de emergência;

8.7 Havendo o acionamento do Protocolo da Onda Vermelha, o corredor que dá acesso a sala vermelha, deverá ser imediatamente desobstruído e liberado para a passagem do paciente e equipe multiprofissional;

8.8 O aparelho de ultrassonografia do Box vermelho da sala de urgência não deve ser retirado para outro setor em nenhuma hipótese devido ser uso exclusivo da sala de urgência e Protocolo Onda Vermelha.

9. INDICAÇÕES

- Vítima de trauma abdominal ou penetrante;
- Trauma torácico penetrante;
- Traumas cervicais abertos com evidência de lesão de traqueia ou grandes vasos cervicais;
- Risco eminente de PCR;
- Pacientes inconscientes;
- Movimentos respiratórios agônicos (gasping);
- Ausência de pulso palpável;
- Perfusão periférica diminuída ou ausente;
- PA Sistólica < OU = 50 MMHG;
- Sinais evidentes de tamponamento cardíaco;
- Paciente em choque hipovolêmico com instabilidade pélvica.

10. INDICADORES

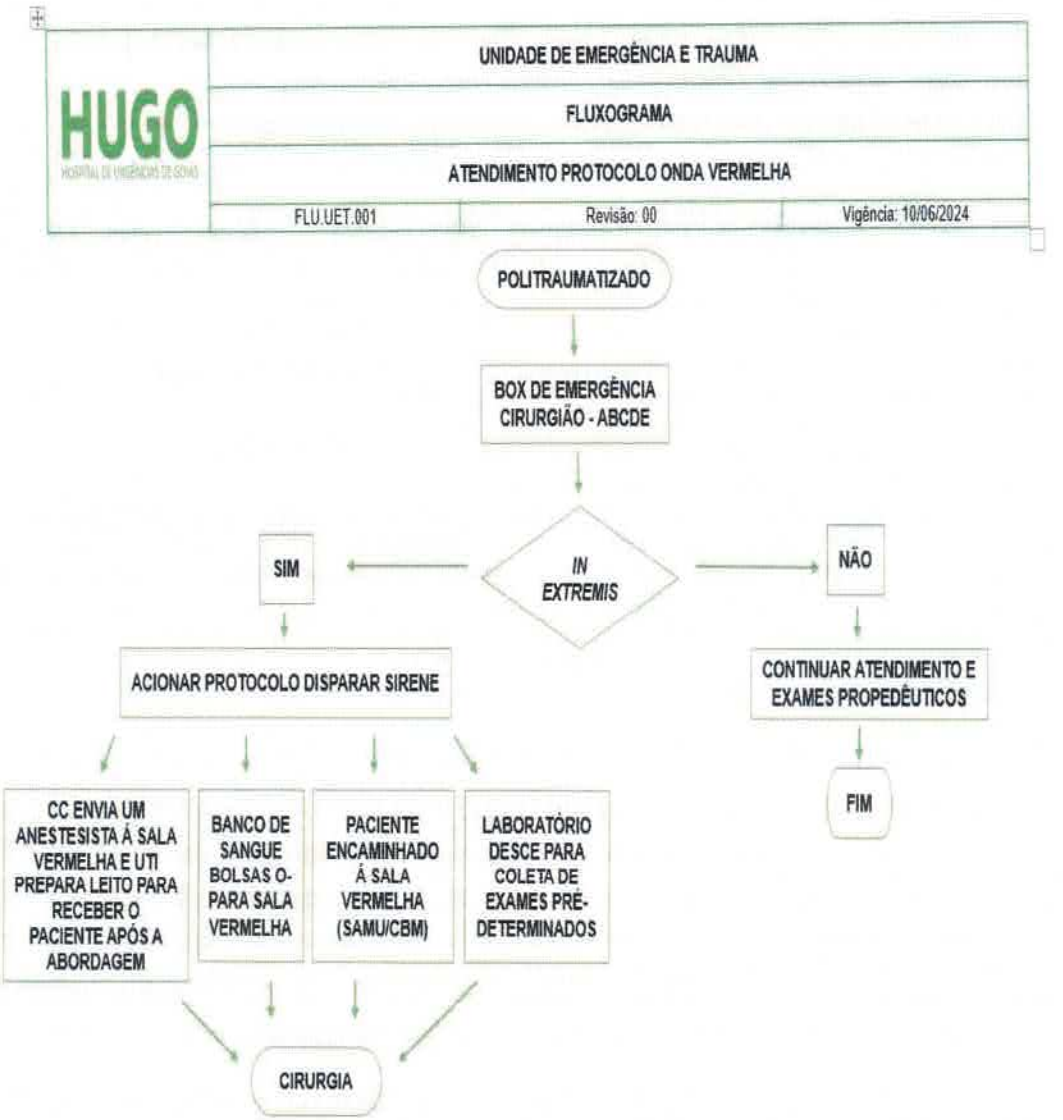
Taxa de sobrevida dos pacientes In Extremis.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PROTOCOLOS EM TRAUMA – Hospital de Pronto Socorro João XXIII; Capítulo 9; Autor: Domingos André Fernandes Drumond ; Editora: MEDBOOK , Publicação: 2008.

12. ANEXO

1. Anexo – Fluxograma Onda Vermelha



13. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Weverson José da Silva **Coordenador UET**	10/06/2022	

Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	09/11/2022	
Validação:	Cristiano Magalhães Nunes **Coordenador Cirurgia Geral**	09/11/2022	
Aprovação:	Luiz Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Técnico**	09/11/2022	

6.1.4 Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar

HUGO Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz	GERÊNCIA MÉDICA		
	PROJETO		
	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR		
	PJT.GMED.001	Revisão: 00	Vigência: 23/06/2025

DESCRIÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que podem prestar cuidado domiciliar na atenção dos pacientes pós alta hospitalar ou indicação ambulatorial, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e ou período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Trata-se de um serviço que deve contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em domicílio e por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

O projeto SAD-HUGO dispõe de Assistência Domiciliar nas modalidades de AD1, AD2 e AD3 (Atenção Domiciliar), não contemplando atendimentos na modalidade de Internação Domiciliar. Tem como objetivo a redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e desinstitucionalização com consequente otimização dos recursos financeiros e estruturais da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Modalidade AD1

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

Modalidade AD2 E AD3

Destina-se, na modalidade AD2, a usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. A modalidade AD3 destina-se aos usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

OBJETIVO

Definir o escopo e as diretrizes essenciais do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) SAD-HUGO, cujo propósito é oferecer assistência domiciliar aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com base nos princípios de ampliação e equidade do acesso à saúde, acolhimento e atendimento humanizado, e integralidade da assistência em saúde.

O programa SAD-HUGO oferece assistência domiciliar por meio das modalidades AD1, AD2 e AD3 (Atenção Domiciliar), excluindo atendimentos de internação domiciliar. Seu objetivo é reduzir a demanda por atendimento hospitalar, diminuir o tempo de internação dos usuários, promover uma abordagem humanizada no cuidado à saúde, ampliar a autonomia dos usuários e desinstitucionalizar, resultando em uma melhor utilização dos recursos financeiros e estruturais disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir ações de assistência domiciliar para pacientes do Saúde no Lar;
- Padronizar o atendimento e capacitar os profissionais que desempenham a assistência domiciliar;
- Definir os critérios para elegibilidade e para alta do serviço de atenção domiciliar;
- Colaborar com a diminuição do período de internação hospitalar e evitar reinternações;
- Sistematizar a assistência prestada pelo Serviço de Assistência Domiciliar e registros de prontuários;
- Orientar e assistir a família e/ou cuidadores quanto aos cuidados de saúde, educação em saúde e treinamentos;
- Incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família, com relação à saúde e ao autocuidado do paciente;
- Buscar melhoria da qualidade de vida do paciente e familiares assistidos no domicílio.

4. SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SUS - Sistema Único de Saúde

HDS - Hospital de Dermatologia Sanitária

CHS - Carga Horária Semanal

CRE - Complexo Regulatório Estadual

EMAD - Multiprofissional de Atenção Domiciliar

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAD-HUGO - Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Urgências de Goiânia

5. BENEFÍCIOS

Desospitalização precoce mantendo o atendimento integral e humanizado do paciente;

Capacitação familiar para atendimento domiciliar.

6. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

- Estetoscópio
- Esfigmomanômetro
- Termômetro
- Otoscópio
- Glicosímetro
- Fita reagente para glicosimetria capilar e lanceta
- Oxímetro de pulso portátil
- Álcool 70%
- Algodão
- Luvas de procedimentos e demais EPIS
- Materiais para coletas de exames (agulhas, seringas, agulha à vácuo e tubos)
- Materiais para curativo (gaze, instrumentais, SF0,9%, coberturas, pomadas, faixas)
- Impressos
- Caixa para perfuro cortantes pequena
- Material permanente e de consumo
- Aparelho telefônico
- Veículo(s) para locomoção das equipes
- Os equipamentos e os materiais citados no, bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física do programa, a critério do gestor hospitalar.
- Não é obrigatório que o SAD-HUGO possua sede própria, podendo estar sediado uma sala na unidade hospitalar de saúde, conforme regras de aprovação do projeto.

7. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Pacientes avaliados pela comissão interna com indicação de acompanhamento pelo SAD-HUGO, conforme critérios que serão estabelecidos pela comissão;

Familiares dos pacientes avaliados com indicação de acompanhamento pelo SAD-HUGO.

8. RESTRIÇÕES

Pacientes que estão fora da área de abrangência que será definida em km da unidade HUGO;

Pacientes que deixaram de receber a equipe por duas vezes consecutivas;

Domicílios que oferecerem risco mental e físico a equipe do programa SAD-HUGO.

9. RISCOS

Falta de recursos humanos para cobertura da população adscrita pela comissão;

Falta e/ou quantidade insuficiente de materiais e insumos;

Não aprovação do projeto pelo plano financeiro da unidade.

10. EQUIPE

Para a estruturação e implementação do serviço, a unidade segue o modelo estabelecido pelo Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde (MS), através da formação da Equipe Multiprofissional da Assistência (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). O serviço irá acompanhar pacientes com perfil AD2 e AD3, sendo essa avaliação realizada durante a triagem de elegibilidade por meio de uma ficha específica que classifica o paciente como elegível para o programa. Os pacientes classificados como AD1 serão encaminhados para os serviços de Atenção Básica da rede e somente serão atendidos pelo programa SAD-HUGO se houver uma demanda específica justificando sua permanência no serviço.

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

Cada EMAD do programa Saúde no Lar será composta por:

- Um médico com carga horária semanal de 40 horas de trabalho;
- Um enfermeiro com carga horária semanal de 40 horas de trabalho;
- Um fisioterapeuta com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Técnicos de enfermagem com carga horária semanal de 120 horas de trabalho.

Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

A equipe de apoio do programa Saúde no Lar terá a seguinte composição:

- Um assistente social com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Um fonoaudiólogo com carga horária semanal de 30 horas de trabalho;
- Um nutricionista com carga horária semanal de 30 horas de trabalho.
- Um psicólogo com carga horária semanal de 30 horas de trabalho.

Além da equipe EMAP pré-estabelecida, o HUGO disponibilizará uma equipe de retaguarda composta por um agente administrativo, um farmacêutico, um psicólogo, um odontólogo e um terapeuta ocupacional, que serão acionados de acordo com a demanda e prestarão assistência no domicílio.

11. MARCOS E LINHA DO TEMPO

Dia 05/06 reuniões para discussão de elaboração de implantação do projeto.

Dia 10/06 levantamento de bibliografia para implantação do projeto.

Dia 15/06 reunião para revisão e aprovação de referência bibliográfica para aprovação do projeto.

Dia 18/06 elaboração do projeto.

12. ORÇAMENTO

Levantamento de custos em andamento a ser inserida planilha de custos.

13. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Redução significativa no custo por unidade: considerando a diminuição do tempo de internação hospitalar, com notável melhora no estado clínico e aumento da sobrevida dos pacientes pós alta hospitalar, além do aumento de autonomia e qualidade de vida dos pacientes contemplados pelo programa, com consequente redução de internações hospitalares; Valorização da equipe e do projeto.

14. PLANO DE AÇÃO

A reunião clínica multiprofissional desempenha um papel fundamental e inicial na elaboração de planos de cuidados individualizados e nas avaliações de pacientes elegíveis através da comissão avaliadora designada durante o processo, adaptados às necessidades específicas dos pacientes atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).A definição

de rotas refere-se ao planejamento das visitas que serão realizadas, levando em consideração o plano terapêutico estabelecido durante a reunião clínica e a localização geográfica da residência do paciente. Isso permite a execução do plano de cuidados de maneira mais eficaz, otimizando o uso racional dos recursos de transporte disponíveis. As rotas são estabelecidas semanalmente, após discussões clínicas, e podem ser ajustadas conforme necessário, seja devido à admissão de novos pacientes, avaliação de intercorrências ou outras demandas internas ou externas.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Gabriel Henrique Rodrigues Leonardo** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
Revisão:	**Matheus Gabriel Dias** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	**23/06/2023**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Coordenadora NQSP	**23/06/2023**	
Aprovação:	**Luis Henrique Ribeiro Gabriel** Diretor Geral	**23/06/2023**	

6.1.5 Proposta Geriatria Em Ambulatório

Implantar equipes de Geriatria capacitadas para prestar atendimento com excelência aos idosos, com serviço humanizado e multiprofissional.

A estrutura proposta é composta por Médicos Geriatras para acompanhamento dos pacientes desde o Pronto-Socorro e atendimento ambulatorial, garantindo uma linha de

cuidado completa e abrangente, de acordo com as necessidades e complexidades exigidas pelos pacientes idosos.

Com o acompanhamento ambulatorial, ofereceremos tanto o tratamento de doenças crônicas como a prevenção e o controle de saúde com qualidade de vida, promovendo o envelhecimento saudável.

O Instituto CEM, com o objetivo de atender seus pacientes dentro das melhores práticas, propõe que o paciente idoso, ao dar entrada, seja atendido pelo Geriatra até o recebimento da alta, realizando a Avaliação Geriátrica Ampla. Desta forma, o médico fica responsável pelos encaminhamentos e análises necessárias para este paciente, possibilitando a visão global de cada caso e diminuindo o período de tratamento dentro do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO). Ao passar pelo PS, o idoso é direcionado diretamente para o Geriatra, e em casos de internação, terá uma equipe multidisciplinar empenhada em sua recuperação e restabelecimento da sua saúde.

O atendimento Geriátrico é prestado ambulatorial diariamente, oferecendo tratamentos para doenças crônicas, com alta complexidade, além da prevenção, promovendo a qualidade de vida, sempre ativos e saudáveis

6.1.6 Avaliação Multidimensional Do Idoso

6.1.6.1 Da Apresentação

À medida que avança o envelhecimento populacional, cresce o desafio de oferecer à população idosa os cuidados adequados para a atenção à sua saúde, pois há diversas particularidades que devem ser conhecidas e consideradas.

Apresentamos os princípios e instrumentos da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, processo de trabalho que deverá fundamentar a Atenção Integral à Saúde do Idoso. Complementando as capacitações realizadas em todo o Estado, deve estar disponível em todos os pontos de atenção da Rede, subsidiando a prática diária de nossos profissionais. Ao lançar este recurso, pretendemos contribuir para que se alcance a meta final do envelhecimento ativo, com qualidade de vida e manutenção da independência e autonomia pelo tempo máximo possível.

Em atenção a portaria n 2.528 de19 de outubro de 2006, a atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

Bem-estar é um termo geral que engloba o universo

Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. A própria portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que "o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica" (BRASIL, 2006). Por sua vez, a independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (Figura 01):

Cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano.

Humor: é a motivação necessária para atividades e/ou participação social.

Inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento.

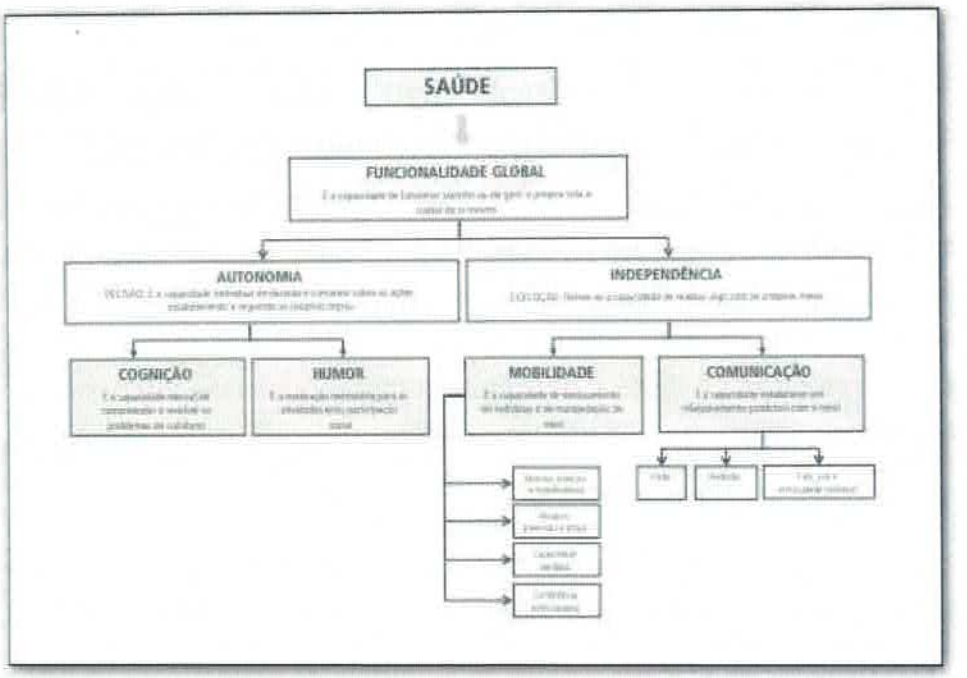
ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:

Aspectos Conceituais

Mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana.

Comunicação: é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos

E está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.



6.1.6.2 Avaliação Multidimensional Do Idoso

A avaliação multidimensional do idoso é o processo diagnóstico utilizado para avaliar a saúde do idoso. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), os componentes da saúde são a funcionalidade e a incapacidade. Funcionalidade é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação social; de maneira similar, incapacidade é um termo que abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social. As funções do corpo são as funções dos sistemas fisiológicos e representam a perspectiva corporal da funcionalidade. A perda dessa função provoca um nível de incapacidade denominado deficiência (perspectiva corporal da incapacidade). Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade. A limitação das atividades é a dificuldade que um indivíduo pode ter na execução de uma atividade. Participação é o envolvimento de um indivíduo em uma situação de vida real. Representa a perspectiva social da funcionalidade.

Restrições da participação social são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações reais da vida (perspectiva social da incapacidade) (FARIAS; BUCHALLA, 2005). Dessa forma, a revisão dos sistemas fisiológicos corresponde à avaliação da funcionalidade das estruturas e funções do corpo (deficiências), enquanto a revisão das

funções corresponde à avaliação das atividades (limitação) e da participação social (restrição).

6.1.7 Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais

O Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais é composto por equipe multidisciplinar, composta por médico, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social e fisioterapeuta, que avalia pacientes portadores de necessidades especiais, tais como os que apresentam paralisia cerebral, autismo ou outras deficiências mentais, os encaminhando para clínicas credenciadas junto o Hospital, que proporcionam intervenções terapêuticas interdisciplinares.

Objetivo

Oportunizar acesso e Acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Público-alvo: Usuários do SUS moradores do município de GOIÂNIA e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas, com enfoque nos cuidados e criação de grupos de acompanhamento de Pacientes Especiais integrando aos usuários/familiares e a população em geral.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensalmente

6.1.8 Proposta Serviço de Medicina Física e Reabilitação

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) funcionará no turno matutino, das 07h às 12:30h de segunda a sexta-feira.

Atenderá as seguintes especialidades da fisioterapia:

- Traumato-ortopédica
- Reumatológica
- Gerontológica

- Esportiva

O tratamento é realizado por meio de solicitação médica e inicialmente será agendada uma triagem, que será feita no próprio Setor de Fisioterapia, mediante disponibilidade de horários.

Público-alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e atividades em grupo, palestras, divulgadas por material impresso e por meio de mídia social.

Duração: mensal

Periodicidade: Anual

6.1.9 Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid

Projetado à pandemia que estamos vivendo desde dezembro de 2019 e que estende por dois anos, devemos pensar analiticamente em formas de se sobressair com estruturas psicossociais mínimas desse caos se se instalou no mundo.

Novos tempos serão desafiadores para além de lidar com a própria COVID-19, será preciso encarar uma sociedade sequelada, prejudicada no processo educacional e carente de recursos materiais – efeito colateral do baque experimentado na economia, visto especialmente entre os segmentos menos abastados.

Segundo dados do IBGE diz que "A proporção de jovens que nem estudam nem trabalham atingiu no último trimestre de 2020 o maior valor em oitos anos", alcançando "25,5% dos jovens de 15 a 29 anos", com maior impacto junto ao "menos escolarizados". (jornal "valor Econômico", edição de 29.04.21,

Praticar assistência social nunca terá sido tão importante quanto agora. Zelar pela integridade da saúde física e mental da comunidade em que se insere, o serviço de saúde pode propiciar as premissas básicas para tal.

Em 1.947 a Organização Mundial da **Saúde** (**OMS**) definiu **saúde** como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença".

E como resgatar o mínimo dessa definição da OMS pós à covid-19?

Baseado nessas afirmações e constatações o Projeto de Atendimento Ambulatorial Pós-COVID vem para ofertar um atendimento multidisciplinar dentro do contexto apresentado pela sociedade, no que tange às sequelas causadas pela doença.

- Fadiga
- Falta de ar;
- Dor no peito;
- Esquecimento entre outros;

São queixas comuns daqueles que passaram pela infecção pelo novo Coronavírus e qu mesmo após a superação da doença, ainda não se sentem como antes.

Tais sintomas, no entanto, não são os púnicos, algumas pessoas ficaram com complicações mais severas, no campo neurológico, cardiovascular e mental.

FUNCIONAMENTO

O ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid funcionará de segunda à sexta das 8 às 11h e das 13 às 16h, atendendo pacientes regulados pelo CRE quanto aqueles atendidos junto ao próprio hospital, o que difere apenas é o horário por se tratar de um atendimento diferenciado.

Propõe-se atendimentos com os serviços de:

- Enfermagem;
- Nutrição;
- Fonoaudiologia;
- Fisioterapia;
- Terapia Ocupacional;
- Psicologia
- Farmácia clínica;
- Serviço Social;

O processo de reabilitação é fundamental não apenas durante o tratamento clínico, como também após a alta do paciente. Dentro desse contexto vale zelar para que se implementem

um conjunto de ações destinadas a auxiliar os pacientes a manterem uma boa funcionabilidade na interação com seu ambiente.

Segundo Minosso, et al (2010), avalia a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. "Atividades Básicas da Vida Dária (ABVD) é chamado "Índice de Bathel".

OBJETIVO

O objetivo é proporcionar um atendimento humanizado e acolhedor aos pacientes que sofrem e/ou sofreram com a doença e hoje vivem as sequeladas por ela deixadas.

Serão interações profissional/paciente, paciente/paciente para que juntos possam sanar ou amenizar seus sofrimentos e angústias.

METODOLOGIA

Trata-se de atendimentos em consultórios, reuniões multidisciplinares, eventos. Contando também com acompanhamento e monitoramento da saúde e dos dados clínicos obtidos, bem como orientações que será realizado por diversos profissionais da equipe multidisciplinar.

Esse monitoramento pode acontecer presencial ou remoto, pois dentro de toda a estrutura montada para os acolhimentos presenciais, estruturaremos um atendimento remoto para facilitar e não contar com absenteísmo que pode haver dentro do padrão ofertado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que esse atendimento proporcionará um afago acolhedor aos pacientes vítimas da COVID-19, que hoje se veem em um total emaranhado de sentimentos e sintomas não entendidos, uma vez que na cultura de uma parte da sociedade, entende-se que após a "alta médica", a "cura" da doença se dá por livre totalmente de sintomas, o que se observa é que nesse contexto vivido por toda a população mundial não acontece em todos os casos.

6.1.10 Projeto Para Testagem Para HIV Em Pacientes Cirúrgicos

Introdução

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tornou-se um dos grandes e maiores problemas de saúde pública mundial. Por meio de treinamentos e orientações de educação em saúde, discute-se sobre as medidas convenientes a serem estabelecidas, no proposito de

interromper ou diminuir a transmissão deste vírus. O objetivo do projeto, trata-se de agilidade e presteza nas atividades pós-acidentais do colaborador ou paciente, aligeirando no tratamento profilático do acidentado e em contrapartida o levantamento epidemiológico.

O projeto deve ser aplicado no centro cirúrgico e paciente cirúrgicos no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), devendo ser feita a testagem para HIV pela equipe do centro cirúrgico (CC). Se torna de extrema importância a implementação deste, garantindo agilidade nos acidentes biológicos no CC, bem como a tranquilidade emocional destes profissionais.

Haverá grande mudança na qualidade das cirurgias diante de um procedimento do setor em caso de um acidente o paciente já terá sido testado, sendo negativo ou positivo a agilidade no fluxograma apresentado neste projeto, será mais eficaz. Em caso de testagem negativa a equipe do CC, ficara mais tranquila e confiante na cirurgia e, caso ocorra, também, um acidente biológico.

O hospital seria o primeiro à implementação de um projeto como este, demonstrando interesse na qualidade e segurança dos colaboradores da unidade. Ao final de todo mês, poderá realizar-se um levantamento epidemiológico para HIV. Além do mais o projeto irá desenvolver uma grande segurança para colaborador. O setor do SESMT e CIPA do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), conseguiria minimizar riscos e desesperos dos colaboradores em um acidente biológico.

Objetivos

Objetivo Geral

Propor e desenvolver estratégias de segurança para equipe do centro cirúrgico e levantar dados epidemiológicos.

Objetivos Específicos

Descrever os principais aspectos que envolvem a ampliação do acesso ao diagnóstico do HIV nos serviços de saúde pública

Realizar uma oficina (treinamento) para os profissionais de saúde do CC do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), para realização dos testes imunocromatográfico.

Protocolar a realização da testagem dos pacientes do centro cirúrgico determinando os critérios.

Metodologia

Teste Imunocromatográfico

A imunocromatografia é um método de diagnostico que começou seu desenvolvimento nos anos 60, sendo utilizado os restes de estudo com proteínas séricas.

Nos dias atuais é utilizada para imunodiagnósticos de várias doenças infecciosas, entre elas o vírus da Síndrome da Imunodeficiência (SIDA), método o qual faz a detecção tanto para antígenos (Ags) quanto para anticorpos (Acs).

De grande resolução em situações mais simplificada de trabalho, onde os profissionais de saúde precisam tomar decisões e assumir condutas mais rápidas.

Algumas das características da imunocromatografica é que são métodos:

- Qualitativos.
- Teste de triagem.
- Rápido.
- Econômico.
- Fácil interpretação.
- Leitura é feita a olho nu.

O princípio da imunocromatografia é utilizar uma matriz de membrana de nitrocelulose ligada a uma tira de acetato transparente.

Neste diapasão, para detectar antígeno, emprega-se um anticorpo de captura, ligado à matriz e um anticorpo marcado com partículas coloridas que é específico para o antígeno pesquisado.

Já para detectar anticorpo, utiliza-se um antígeno específico ligado à matriz e um anticorpo anti- imunoglobulina marcado com partículas coloridas

Diante disto, apresenta sensibilidade e especificidade similares ao ensaio imunoenzimático (ELISA) de terceira geração.

Para detecção de antígenos podem ser utilizados anticorpos fixados na linha de captura e como conjugado um segundo anticorpo conjugado a partículas coloridas.

Um dos métodos imunológicos desses testes emprega partículas coradas, como ouro coloidal (róseo) ou prata coloidal (azul marinho) como revelador da interação antígeno-anticorpo.

Segue abaixo uma representação gráfica sobre a metodologia da imunocromatografia:

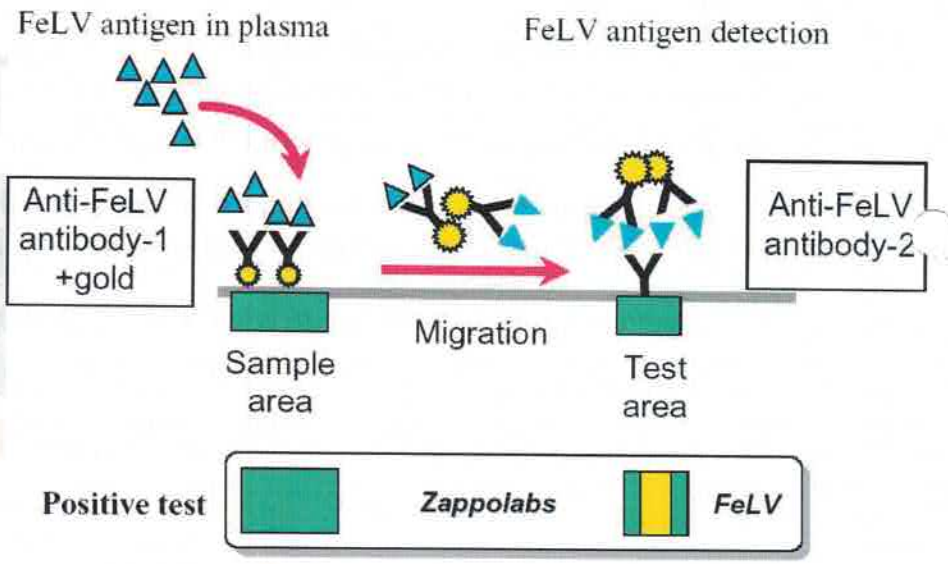


Imagem 1: Metodologia da imunocromatografia Fonte:(MONTASSIER, Hélio)

Pacientes Cirúrgicos

Abreviadamente, o processo de cuidado perioperatório é dividido em três etapas: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. Cada etapa inicia e termina em momentos particular na sequência de eventualidades da experiência cirúrgica, o que necessita de atividades especificas para serem planejadas pela equipe cirúrgica. (1)

Entretanto, na fase pré-operatória, a visita e fundamental, pois e avaliado o paciente em sua integralidade, com emocional, físico, laboratorial e clínica, sendo assim focalizando a história previa de anestesias e alergias. No dia da realização cirúrgica, além de assegurar -se das condições clinicas do paciente para o possível encaminhamento deste com a documentação completa, certificar-se da identificação do paciente e de todos os cuidados pré-operatórios foram realizados. Ademais, na fase intraoperatoria, a equipe da enfermagem deve garantir a segurança do início da anestesia através da monitorização dos sinais vitais e prevenção e provisão da segurança do paciente durante o processo cirúrgico. (1)

A necessidade da submissão à uma cirurgia pode causar muito estresse no paciente, enfaticamente na proximidade da intervenção, gerando comportamento individuais, causando a influência de múltiplos fatores da área emocional, física, familiar, social que podem afetar a fisiologia complicando a cirurgia. Diante disto, perfil cirúrgico e de extrema importância para todas estas etapas perioperatória. [1]

Treinamento Para Equipe

No processo da educação dos profissionais envolvidos no projeto, deve-se realizar uma capacitação continua que deve ser caracterizada pela relação com o processo de trabalho da instituição, objetivando a uma transformação pratica no processo cirúrgico. [2]

Para isto, o pressuposto ministrante do treinamento devera capacitar tanto com aulas teóricas e práticas. Este treinamento então deve ser realizado antes da inicialização ou implantação deste projeto na unidade e toda a documentação, solicitação de treinamento, cronograma, slide, fotos e pesquisa de satisfação deverá ser feita. Ao final do treinamento, contados 30 dias deve-se realizar uma reunião para levantamento de satisfação da equipa e frequentes duvidas, em caso de insatisfação e duvidas acima de 50 % do treinamento, o processo de recapacitarão deverá acontecer, analisando a mudança do ministrante. [2]

Material Necessário

Os testes rápidos (imunocromatográficos), serão disponibilizados pelo Centro de Distribuição de Infecções Sexualmente Transmissíveis – Estado de Goiás (SISLOGLAB).

Estes então são solicitados pelo sistema de informação SISLOGLAB, de forma gratuita, disponibilizados pelo Ministério de Saúde (MS).

Link para acesso no sistema: http://sisloglab.aids.gov.br/default.asp.

Segue abaixo o quantitativo de cirúrgicas ambulatoriais realizadas por dia no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO):

CIRÚRGIAS ELETIVAS	TESTES IMUNOCROMATOGRÁFICO
03	03

Quadro1: Número de cirurgias. Fonte: Autor do projeto.

NOTA 1: Visto que cada caixa contém 25 testes, seria necessárias três caixas por mês. (Em caso de todos os pacientes consentisse com a testagem)

Segue abaixo a tabela dos testes em estoque atualmente:

TR	MARCA	LOTE	MS	DATA DE VENCIMENTO	QUANTIDADE (CAIXA)
SÍFILIS	BIOCLIN	0018	1069360308	02/2024	**03**
HIV	ABON	HIV9062003	10071770815	26/05/2024	**03**
HIV – DPP	**BIO-MANGUINHOS**	**188RI015Z**	**8014217002 3**	**03/2024**	**03**

Quadro2: Número de testes em estoque. Fonte: Autor do projeto.

NOTA 1: Diante da análise da tabela anterior, temos estoque para iniciar o primeiro mês com as testagens.

NOTA 2: lancetas, reagentes e esparadrapo estão inclusos na caixa de testes.

Segue abaixo insumos necessários para cada testagem:

LUVAS	ALGODÃO	AVENTAL	ALCOOL
01	**01 (pequeno pedaço)**	**01 (Por dia)**	**10 ml de alcool**

Quadro3: Insumos. Fonte: Autor do projeto.

NOTA 1: Analisando à tabela supracitada por mês gastaríamos 60 luvas, 60 pedaços pequenos de algodão, 20 aventais e 600ml de álcool 70%.

Mapeamento Do Processo

Segue abaixo o mapeamento das atividades práticas do projeto de testagem para HIV nos pacientes cirúrgicos:

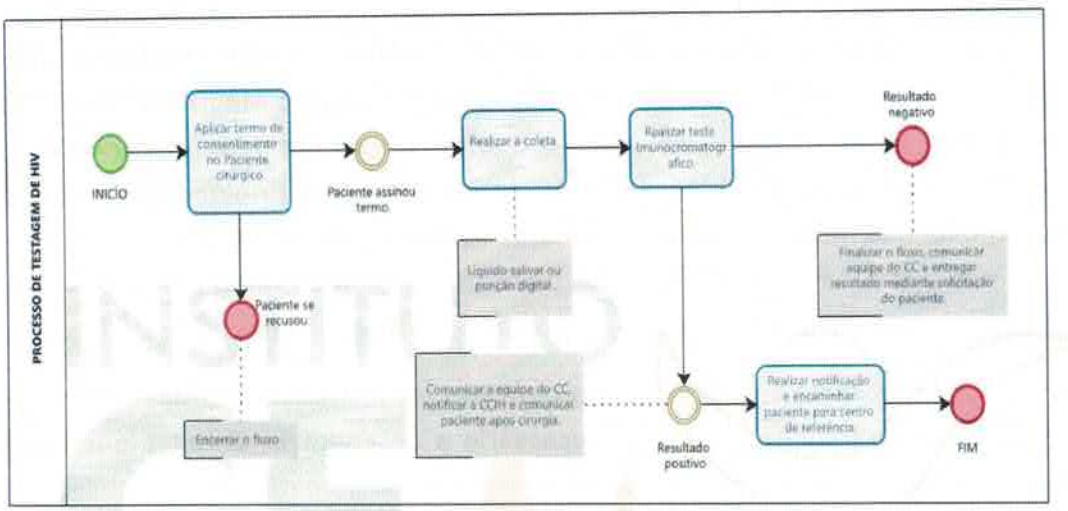


Imagem 2: Mapeamento de processos do projeto Fonte: Autor do projeto

Cronograma De Etapas Da Implementação Do Projeto Hiv:

ETAPAS/FASES	2022											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Estrutura Física.	X											
Realização da formalização do Termo de Compromisso do SISLOGLAB.		X										
Realização a compra dos insumos (Reagentes e insumos) e Solicitação dos testes no sistema: http://sisloglab.aids.gov.br/default.asp		x										
Realização da implementação dos POP, Documentos Internos e Formulários.		x										
Treinar os profissionais (Biomédicos e Multiprofissionais) para realização dos teste imunocromatográficos.			x									
Mapear e implantar o mapeamento de processos das testagens.				X								
Inaugurar o projeto.				X								

Segurança Para Colaboradores

Na destreza de prevenção de acidentes biológicos, o comportamento do trabalhador, como foi concludente na ação do acidente, ainda por causa preponderante, é de importância secundaria, às vezes até irrelevante. O que deve ser considerado, por todas as maneiras possíveis, valorizados e cuidadosamente estudados, são os originadores do comportamento, ou seja, o que levou a tal ação: o que está errado no ambiente, nas relações entre colaboradores e na vida destes o que interferiu, diretamente ou indiretamente, a definição de posturas traduzidas em atitudes corretas ou negligenciadas. (3)

A importância da adoção de programas de prevenção da natureza biológica, entre outras, está no ganho de não ser necessário a desenvolver atitudes em duplicidade pa: abordar o mesmo conteúdo. Diante disto, como vantagem maior: a possibilidade de garantir maior segurança e menos nervosismo ao colaborador no acontecimento de um acidente, garanti maior segurança e maior presteza nos fluxogramas da unidade, e incluir essa preocupação nos procedimentos do trabalho e transformar em ações de concentricidade e aproximação entre gestão e seus colaboradores coma demonstração de importância e estima. Em caso de algum acidente deve-se seguir o ANEXO 1(Fluxograma). (3)

Levantamento Epidemiologico E Tratamento Precoce

O aumento do número de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui um fenômeno global que possa representar importantes transformações epidemiológicas, marcadas pelo fenômeno de Acidentes biológicos com perfuro cortantes ou líquidos corporais. (4)

Consoante ao exposto, a visão obtida demonstra que os achados de resultados positivos em testagem pré-cirugica podem fornecer subsídios para um levantamento mais amplo e conciso através das notificações do SINAM. Entretanto a prática assistencial da epidemiologia seria mais prestativa e eficiente.

Diante do supracitado acima, o tratamento precoce e de grande ganho para o paciente quanto para o colaborador que foi acidentado, este tratamento que usa os antirretrovirais, são medicamentos usados para impedir a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa contaminada.

Resultados Esperados

O levantamento dos resultados esperados é de suma importância, com eles pode-se tomar decisões mais rápida e eficaz. Através do indicar de Acidentes Biológicos do Trabalho, sendo

importante para o tratamento preventivo e precoce da fonte e do colaborador acidentado. Também pode-se avaliar o desempenho através do levantamento de notificações no SINAN para HIV.

Segue abaixo modelo de Indicador de Acidente do Trabalho:

Segue abaixo imagem da Notificação pelo SINAN para HIV:

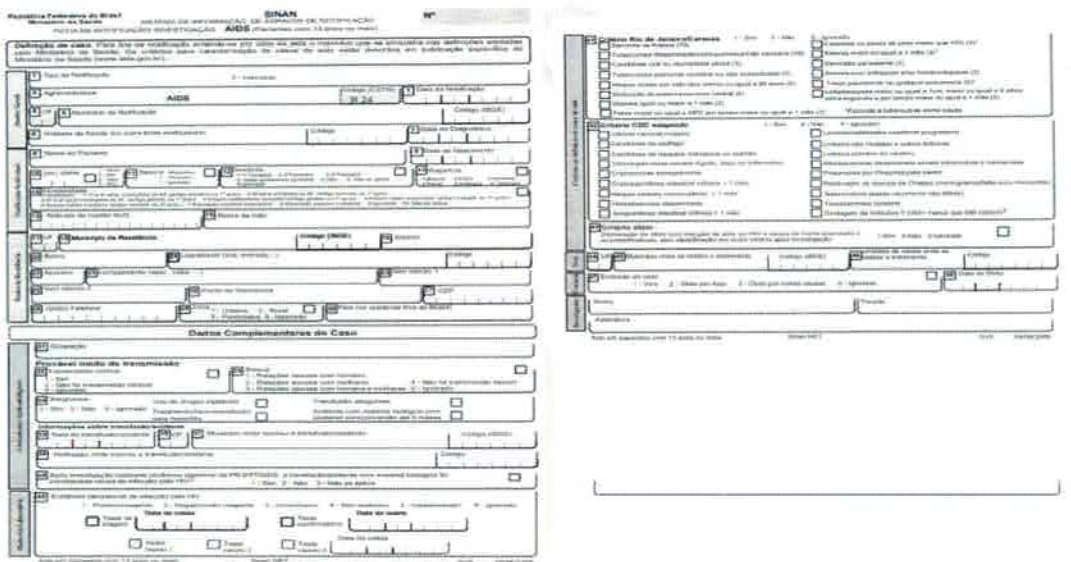


Imagem 3: Ficha do Sinan

Conclusão

Neste projeto, pode-se perceber que existe a possibilidade de garantir maior segurança para os colaboradores e pacientes nos procedimentos cirúrgicos. Foi possível compreender que a testagem para HIV utilizando metodologia imunocromatográfica, não geraria custos elevados, apenas com algodão, álcool e luvas. Ademais cabe ressaltar que a presteza e agilidade seria muito mais eficaz no acidente biológico do trabalho e no levantamento epidemiológico.

Constata-se ainda que os testes imunocromatográficos não geraria custo algum para a unidade, devido ao seu fornecimento ser pela distribuição federal do Ministério da Saúde. Diante de todo o exposto, pode-se concluir que seria de grande valia a implementação do projeto no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - KALICHMAN; Arthur. A integridade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SES-SP. São Paulo/2016.

2 - SILVA; Cláudia et. al. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(supl1):613-21.

3 - ROSA: Indionara et.al. RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O PROJETO DE EXTENSAO: DISCUTINDO A PREVENCAO E O PRECONCEITO EM RELACAO AO HIV. São Miguel do Oeste – 2017.

4 - GIORDANY; Annecy et.al. PERFIL DE PACIENTES CIRÚRGICOS ATENDIDOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(1):54-61, jan., 2015.

5 - OLIVEIRA; João. SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO uma questão mal compreendida. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 17(2) 2003.

6 - COSTA; Daniele et.al. IMPACTO DO TREINAMENTO DE EQUIPE NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(4):7439-47, abr., 2015.

6.1.11 Projeto "evitando eventos trombóticos pós cirurgia ortopédica"

Introdução

A importância da profilaxia do tromboembolismo venoso e de suas complicações em cirurgia ortopédica é cada vez mais significativa. Este projeto capacitará os profissionais do HUGO abordando as bases fisiopatológicas da formação dos trombos em geral em cirurgia ortopédica, sua incidência, fatores predisponentes e complicações. Apresentando, ainda, uma abordagem atualizada e crítica dos meios de profilaxia atualmente disponíveis em nosso meio.

A profilaxia para o tromboembolismo venoso (TEV) e a embolia de pulmão (EP) nas cirurgias ortopédicas, particularmente nas artroplastias, continua a causar um considerável debate entre profissionais da saúde, não apenas em nosso meio como em todo o mundo.

Esta realidade insere-se na percepção crescente de duas vertentes: por um lado da necessidade de prevenção de complicações evitáveis e de repercussão catastrófica

como pode ser a do TEV e da EP e por outro o cuidado de minimizar possíveis riscos de sangramento nas intervenções cirúrgicas.

De fato, os fenômenos tromboembólicos representam as complicações mais comuns nas artroplastias, tanto os comprometimentos em artérias como e principalmente os em veias que são a maior causa de morte nos três primeiros meses após a operação, respondendo por mais de 50% da mortalidade pós-operatória·

Esta condição leva a um nível crescente de exigência que é incorporada aos cuidados preventivos nas grandes cirurgias ortopédicas nos Estados Unidos e, paralelamente, nos grandes centros médicos.

A trombose pode ocorrer no processo fisiológico natural. Em situações normais, existe um balanço entre fatores que impedem e promovem a coagulação. Uma alteração neste equilíbrio pode levar a uma coagulação inoportuna. Por outro lado, falhas na coagulação podem levar à hemorragia.

ASPECTOS GERAIS DA PROPOSTA

Este projeto propõe ações educativas como palestras e capacitações ao corpo técnico do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz com o intuito de minimizar os riscos de desenvolvimento de eventos de trombose em pacientes ortopédicos em pós-operatório.

OBJETIVO GERAL

O programa Prevenção de ação para evitar episódios de trombose pós-operatória terá o objetivo de capacitar os profissionais envolvidos no cuidado com o paciente no pós-operatório evitando riscos de complicações e minimizando a taxa de mortalidade pós cirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Divulgar amplamente o projeto no HUGO:
- Conscientizar os colaboradores sobre a importância do projeto;
- Capacitar os profissionais;
- Orientações sobre primeiros socorros em caso de suspeita de trombose;

METAS

- Realizar o projeto permanentemente;

- Minimizar agravamento da saúde em casos de diagnóstico de trombose pós cirúrgica;
- Realizar palestras e ações divulgando resultados alcançados com a ação;

METODOLOGIA

O programa iniciará com palestras e capacitações sensibilizadoras para a necessidade dos cuidados com os riscos de trombose pós-operatória. Em seguida serão realizadas ações como aulas e levantamento de dados no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO). Ao final será oferecido uma cartilha aos colaboradores onde estarão contidas as informações necessárias para a prevenção de riscos e agravos relacionados a trombose.

Público-alvo: colaboradores do HUGO

6.1.12 Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "Hospital Estadual Hugo"

GOIÂNIA

2023

Por uma visão holística, o "*humano*" é infelizmente, entre aspas. O "*humano*" é prisioneiro pela política ideologicamente manipulada. A alternativa de sair das aspas, pode-se aplicar à abolição na estrutura política. Tão viável que o "*humano*" vai perceber a verdadeira metamorfose ambulante do humano (sem aspas). Diogo Denski

1. INTRODUÇÃO

A Psicopedagogia é uma área que se dedica ao estudo dos processos de aprendizagem em todos os níveis de vida, sempre voltada para um olhar teórico transdisciplinar, o Psicopedagogo observa as características da aprendizagem humana, estuda como se aprende, como essa aprendizagem varia evolutivamente e está articulada a vários fatores, como se produzem as alterações na aprendizagem, como reconhecê-las, tratá-las e prevenilas. Nossa instituição a vê como "*o estudo das modalidades de aprendizagem*

desencadeadas e/ou possibilitadas pela instituição-escola. Sua intenção é cuidar da prevenção e enfrentamento de conflitos envolvendo a escolarização. Este trabalho pressupõe uma postura profissional (e de vida) do indivíduo consigo mesmo e com a coletividade em que convive".

Assim, acreditando nesta premissa o HUGO instaurou, definitivamente, o NAP (*NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO*), objetivando oferecer o atendimento psicopedagógico qualificado, contribuímos para melhor desempenho nas atividades acadêmicas dos programas de residências *MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL* da unidade. Nosso trabalho viabiliza, por meio de estratégias adequadas, o auxílio nas produções de métodos de organização e estudos que favoreçam a cada indivíduo e ao grupo, de acordo com sua modalidade de aprendizagem e na melhoria da relação individual e coletiva com a realidade do programa e da unidade.

Partindo da premissa da construção integral do homem, onde "*o espírito humano conduz progressivamente à descoberta de sí próprio e cria, pelo conhecimento do mundo exterior e interior, formas melhores de existência humana*" é que, esse projeto se justifica pela grande contribuição que promoverá aos profissionais residentes que aqui depositaram a sua confiança e desejo de aperfeiçoamento na carreira da área da saúde.

2. OBJETIVOS PSICOPEDAGÓGICOS GERAIS

- Possibilitar aos alunos dos programas de residência *MEDICA E MULTIPROFISSIONAL*, bem como de suas parcerias a intervenção psicopedagógico para melhorar a compreensão dos conteúdos, ajudando na apropriação dos conhecimentos;
- Pesquisar, analisar e interpretar a realidade educacional dos alunos dos programas de residência *MEDICA E MULTIPROFISSIONAL* do hospital HUGO;
- Contribuir para a fomentação e avaliação dos processos educacionais que ocorrem dentro e fora do espaço da unidade hospitalar;
- Colaborar no processo continuo de formação, cidadã e humano, focos da missão da unidade e dos programas ali ofertados;
- Colaborar com os coordenadores, tutores e preceptores dos programas nas questões relativas ao processo de ensino aprendizagem.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contribuir com a formação dos profissionais das áreas das Ciências, instrumentalizando-os com o desenvolvimento do autoconceito positivo e melhor inserção na atuação intelectual;
- Analisar as situações dos estudantes com dificuldades de aprendizagem a fim de proporcionar orientações e instrumentos que sejam capazes de modificar o conflito estabelecido;
- Intervir específica e individualmente, no que se refere aos problemas com o ensino, até a reflexão sobre o processo de ensino e aprendizagem como tal;
- Promover a melhoria da qualidade do ensino aprendizagem, sugerindo propostas (ensino e os materiais pedagógicos adequados às condições existentes em diferentes contextos de aprendizagem;
- Resignificar o espaço educacional com seus tempos, rituais, rotinas e processos de modo que possa efetivamente estar voltado para a formação de sujeitos, ativos, reflexivos, cidadãos atuantes e participativos.
- Trabalhar junto aos preceptores, coordenadores e tutores dos programas, orientando, apoiando e encaminhando a outros profissionais se necessário.
- Intervir com um trabalho de aconselhamento psicossocial aos residentes com diferentes problemas sociais e emocionais;
- Permitir o aprofundamento e confronto de conceitos importantes no processo de reflexão pessoal e social acerca da sua atuação profissional e a complexidade assistência na unidade hospitalar.

4. METODOGOLOGIA

a. MÉTODO DE ATENDIMENTO

Com base na interpretação sistêmica do contexto educacional, esta proposta compreende o atendimento às solicitações relativas aos casos individuais concretos e ou coletivos a partir de uma perspectiva preventiva e institucional, discutindo as possibilidades de ampliar as perspectivas de vida e as possíveis soluções das situações problema, que interferem na vida acadêmica, fazendo os devidos encaminhamentos para a comunidade interna e/ou externa da unidade hospitalar. Significa assim, avaliar as relações e os intercâmbios que ocorrem entre residentes, coordenadores, tutores e preceptores para tratar dos conflitos entre estes atores sociais e o conhecimento.

Antes de se iniciar os encontros com os residentes para o atendimento psicopedagógico e/ou de aconselhamento **será realizada uma entrevista psicológica** com o objetivo de montar um perfil do residente para melhor desenvolver o atendimento.

Todas as informações são importantes para traçar metodologias educacionais e abordagens de atendimento e planejamento, além de verificar intervenções educativas e sociais anteriores e diferentes atendimentos. O trabalho de mediação psicopedagógico e de aconselhamento será realizado sempre dentro da unidade hospitalar HUGO, em horários a serem definidos pelos responsáveis pelos atendimentos.

b. PUBLICO ALVO

O atendimento em geral destina-se aos **alunos residentes, em livre demanda, indicados pelos coordenadores dos programas de residência e, solicitação dos preceptores**. As coordenações farão uma avaliação dos casos e, caso constate a necessidade farão o encaminhamento ao NAP. Desta forma, as intervenções psicopedagógicos dependerão primeiramente de indicação dos preceptores e avaliação dos coordenadores junto com os responsáveis pelo atendimento, mas ficará aberta para atendimento de demanda espontanea.

c. RECURSOS

- Vivenciar situações de sensibilização e calorização pessoal;
- Participar de dinâmicas de grupo com posterior reflexão e debate;
- Reflexões de pequenos textos lidos;
- Realização de produções artísticas em que se expressem situações sobre o conhecimento.
- Outras técnicas que se fizerem necessárias na individualidade e ou coletividade.

d. CRONOGRAMA

Atendimento poderá ser de no **máxima durante 02 (dois) meses para cada residente** podendo ser estendido conforme necessidade, porém, após avaliação criteriosa dos recursos disponiveis na unidade. E encaminhado para apoio com assistente social até que seja diagnosticada a resolução das demandas.

e. CONTROLE DE FREQUENCIA

A **frequência mínima exigida é de 75% (setenta e cinco)** e o controle será feito por meio de assinatura no controle de atendimento. Os residentes que não avisarem da falta ou não apresentarem uma justificativa poderão perder a vaga do atendimento.

f. AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada em diversas etapas:

- • Ao final de cada encontro, onde cada ator social envolvido avaliará a sua participação e a validade do que foi realizado, visando o planejamento ou replanejamento do encontro seguinte;
- • No final dos atendimentos individuais e ou coletivos os atores avaliarão o Projeto quanto a sua participação e quanto à validade do mesmo;
- • A equipe do NAP reunir-se-ão, mensalmente e ou no máximo trimestral, com o objetivo de avaliar e, consequentemente, replanejar o andamento do Núcleo, mediante as necessidades emergentes nos grupos (reagrupamento, mudanças de ações, etc).

5. REFERENCIAS

AZI, L. A. **Transtornos mentais entre estudantes de medicina:** estudo transversal de uma população. 2003.Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2003. [Links]

BELLODI, P.L.; MARTINS, M. A. **Tutoria:** mentoring na formação médica. São Paulo: Ca... do Psicólogo, 2005. [Links]

EIZIRIK, C. L. **O ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed, 2001. [Links]

GIGLIO, J. S. Um estudo de fatores biológicos, sociais e ambientais com provável influência no bem-estar psicológico de universitários. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 3, n.7, p. 142-146, 1981. [Links]

6.1.13 Projeto De Residência Em Cirurgia E Traumatologia Bucomaxilofacial

DESCRIÇÃO

Por consequência de uma sociedade que utiliza cada vez mais os recursos tecnológicos, o acesso e disseminação do conhecimento tornam-se bastante dinâmicos, o que findam por influenciar o comportamento de um indivíduo. No atual contexto do ensino deste programa de residência, temos os jovens que fazem parte da geração denominada Z, conhecidas por serem "nativas digitais".

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Os jovens ingressantes ao programa de residência apresentam dificuldades para se adaptarem aos modelos educativos centrados no professor, em estratégias convencionais ou modelos de palestras, sendo necessárias diferentes abordagens que permitam a comunicação do educador - aluno. Neste cenário, faz-se necessário o repensar de nossas metodologias de ensino utilizadas diariamente, a fim de se agregar maior conhecimento, e tornar o dia a dia do ensino mais dinâmico.

OBJETIVO

Promover qualificação e o aprimoramento das habilidades do processo de ensino dos preceptores. Implementar metodologias ativas de ensino, por meio da aprendizagem baseada em problemas, centrada no estudante, o qual constrói seu conhecimento e desenvolve um discurso próprio de maneira ativa através de novas metodologias de ensino e aprendizagem, com o professor no papel de facilitador do processo.

BENEFÍCIOS

Nesta metodologia, o futuro profissional de saúde é convidado a trabalhar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes e interagindo com a população e os profissionais de saúde das áreas afins. Além disso, é uma prática de educação libertadora. Este é um dos caminhos para formar profissionais de saúde críticos, reflexivos e aptos a aprender a aprender.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Três requisitos mínimos são necessários para a sua implementação: uma sala de aula, preceptores previamente treinados e número de casos (pacientes) regulares para estudo.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Diretamente: Preceptores, residentes

Indiretamente: Gestores do HUGO, equipes médicas, equipes multiprofissionais. pacientes e familiares de pacientes.

RESTRIÇÕES

Dificuldade no engajamento dos preceptores e a falta de preparo do aluno residente para lidar com metodologias ativas são os principais fatores esperados, capazes de fragilizar a operacionalização deste plano de preceptoria. Estes fatores podem gerar inseguranças e até desmotivação tanto para preceptor quanto para os residentes.

RISCOS

Não se aplica.

EQUIPE

Dr. Marcio Tadashi Tino (Tutor do Programa de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial). Responsável pelo planejamento e execução.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

Data de início do projeto: 03/05/2022. Data de término do projeto: 18/02/2024. O projeto irá ocorrer paralelamente o cronograma científico do programa da residência, o qual é composto por aulas, seminários, apresentação de artigos científicos e discussão de casos clínicos.

ORÇAMENTO

Pagamento de horas-aula para o preparo de material necessário para o treinamento, pagamento de horas-aula para o treinamento dos preceptores e impressão de mate didático.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Haverá o aprimoramento nos métodos de ensino e formação de profissionais adequados às necessidades de saúde da população brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS).

PLANO DE AÇÃO

- Treinamento de preceptores de 03/05/2022 a 30/06/2022
- Aplicação de metodologias ativas de ensino de 13/08/2022 a 18/02/2024.

- Este plano de ação irá ocorrer paralelamente o cronograma científico do programa da residência, o qual é composto por aulas, seminários, apresentação de artigos científicos e discussão de casos clínicos.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Márcio Tadashi Lino** Tutor do Núcleo Bucomaxilofacial - COREMU	**25/11/2022**	
Revisão:	Lucila Stoppa Fonseca dos Reis Coordenadora da COREMU	**25/11/2022**	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	**25/11/2022**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Supervisora NQSP	**25/11/2022**	
Aprovação:	**Francisco Pereira Borges** Diretor Técnico	**25/11/2022**	

6.1.14 Projeto De Transformação Jornada Científica Fonoaudiológica

DESCRIÇÃO

A Jornada Científica Fonoaudiológica (JCF) é um evento que tem como objetivo reunir Fonoaudiólogos, graduandos de Fonoaudiologia, discente dos Programas de Residência do HUGO, HGG, CRER, HC e colaboradores do HUGO interessados em discutir temas atuais e relevantes sobre a profissão. Residentes do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma do

Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz – HUGO, Fonoaudiólogos e equipe multiprofissional para um evento científico que contará com a presença de profissionais e especialistas na área da Fonoaudiologia abordando temas relevantes sobre a profissão.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Em um momento de grande celebração pela retomada dos eventos presenciais e para comemorar a data em que a profissão de Fonoaudiólogo foi regulamentada – 09 de dezembro de 1981, a JCF é, mais do que nunca, um convite para ricas e inesquecíveis experiências em uma jornada de profundo conhecimento científico e prático. Os conteúdos trazidos para debate nesse evento serão os mais atualizados possíveis. A proposta é discutirão temas atuais, que instigam dúvidas entre profissionais e acadêmicos das mais diversas áreas.

OBJETIVO

Promover a capacitação permanente do profissional como requisito de sua valorização;

Elevar os níveis de qualidade otimizando a eficiência e eficácia buscando a efetividade dos serviços prestados aos pacientes;

Colaborar com a proposta de inovação, conexão e desenvolvimento humano e seus impactos no aprendizado profissional e, também, pessoal;

Capacitar profissionais da assistência a fim de melhores resultados;

Aprofundar os conhecimentos do residente/estudante na área hospitalar.

BENEFÍCIOS

A realização desse evento constitui-se de importância ímpar, por ser o primeiro aberto à participação de Fonoaudiólogos, estudantes da graduação e residentes dos mais diversos hospitais de Goiânia com a temática das práticas Fonoaudiológicas, além de constituir-se um foco emergente e de interesse de pesquisadores de várias áreas de conhecimento. A JCF oportunizará, além dos debates com a público, uma possibilidade de novos direcionamentos e de ações a fim de melhores desfechos na prática clínica.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

A partir da jornada espera-se atingir a meta de criar incentivos concretos para a melhoria dos serviços oferecidos.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

O projeto poderá afetar clientes internos e externos.

Stakeholders internos: corpo docente e discente; pacientes; acompanhantes dos pacientes; colaboradores e gestores. Serão afetados de forma direta e positiva pelo exercício do trabalho desenvolvido com responsabilidade, disponibilidade e comprometimento. No entanto, será direto e negativo quando o profissional deixar de realizar as atividades com respeito, dedicação e responsabilidade.

Stakeholders externos: Mídia; Secretaria de Estado da Saúde – Goiás; Universidade Evangélica de Goiás – UniEvangélica. Afetado de forma indireta e positiva quando os resultados aparecem na instituição de ensino, assim a propagação das informações são demonstradas e passam a ser exemplo para outras instituições. De forma indireta e negativamente pode-se exemplificar como a mídia e os meios de comunicação retratam está informação, prejudicando os envolvidos e o grupo gestor.

RESTRIÇÕES

A JCF poderá sofrer alterações na data, cancelamento ou mudança de local em virtude de eventuais demandas emergenciais.

Terá restrição do número de participantes em decorrência do espaço físico. Quantidade máxima de 50 participantes.

RISCOS

Falha/risco	Ação corretiva
Baixa procura por inscrição	**Divulgar o evento nas redes sociais e com pessoas estratégicas das unidades hospitalares.**
Não ter disponível o auditório para apresentação da jornada	**Ajustar o local do evento.**

EQUIPE

Os profissionais dedicados à organização da JCF serão o corpo docente e discente do Programa de Residência Multiprofissional e Urgência e Trauma (área de Fonoaudiologia), Fonoaudiólogos do setor de Fonoaudiologia do HUGO e dos demais hospitais parceiros da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Goiás. Em comemoração aos 31 anos de regulamentação da profissão, a equipe do HUGO usará uma camiseta comemorativa.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

Será realizado no dia 09/12/2022.

ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Coffee Break (matutino e vespertino)	100	R$7,50	R$750,00
Camisetas	20	R$25,00	R$500,00

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Projeção de cálculos dos ganhos financeiros que o projeto trará à empresa, com prazos.

PLANO DE AÇÃO

O QUE	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	QUANTO	DATA DE INÍCIO DA AÇÃO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO DA AÇÃO

A Jornada Científica Fonoaudiológica	Celebração dia do Fonoaudiólogo e capacitação profissional	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás – HUGO.	Evento científico abordando temas relevantes sobre a Fonoaudiologia	Fonoaudiólogos, equipe multiprofissional, residentes	R$1.250,00	09/12/2022	09/12/2022

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Isabela Luisa Fiuza Alves** Tutora Residência Fonoaudiologia	**24/11/2022**	
Revisão:	**Lucila Stoppa** Coordenação COREMU/HUGO	**25/11/2022**	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira NQSP	**25/11/2022**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Supervisora NQSP	**25/11/2022**	
Aprovação:	**Francisco Pereira Borges** Diretor Geral	**25/11/2022**	

6.1.15 Projeto Residência Em Movimento

1.DESCRIÇÃO

Os programas de residência em área profissional da saúde (multiprofissional e uniprofissional) foram instituídos a partir da promulgação da Lei 11.129/05, sendo definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, atuando na educação em serviço (BRASIL, 2005).

Ancorada nos princípios e diretrizes do SUS, ela possui uma carga horária composta por 60 horas semanais entre atividades teóricas e práticas, visando um modelo de atenção integral e o desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúd constituindo um processo de educação permanente em saúde (BRASIL, 2005).

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO abarca dois programas de residência em área profissional da saúde a saber: **Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Uniprofissional, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma. Este último** abrange as seguintes profissões: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. O HUGO disponibiliza o maior número de vagas para profissionais de saúde residentes em área profissional de saúde da SES-GO com 23 vagas anuais.

Silva e Moreira (2019) afirmam que "durante o processo de formação, os residentes multiprofissionais em saúde estão expostos a eventos estressores que podem comprome sua trajetória profissional". Mesclar a prática com atividades teóricas é um tanto desafiador na visão dos autores "o residente enfrenta uma tensão interna constante que tanto pode ajudar no seu aperfeiçoamento quanto atuar como fator desencadeante de transtornos mentais" (SILVA *et al.*, 2016).

A essas proposições somam-se as ideias de Carvalho (2013) em que afirma que "dessa forma a residência constitui uma das fases mais estressantes na formação do profissional da saúde, principalmente durante o primeiro ano de treinamento, quando expõe o jovem treinando a sofrimentos que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis".

Segundo Costa *et al* (2011). "A condição física se encontra positivamente ligada à saúde mental e ao bem estar". Na visão dos autores pesquisas indicam que a prática regular de atividades físicas favorece benefícios fisiológicos e no campo psicológico. Assim, um projeto

voltado para a prática de atividade física pode contribuir para a promoção da qualidade de vida dos residentes, minimizar o nível de estresse e favorecer uma vida mais saudável.

O **Projeto Residência em Movimento** tem o propósito de proporcionar um momento para desenvolvimento de atividade física como forma de ampliar as ações que são desenvolvidas em prol da saúde física e mental dos residentes dos nossos programas.

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A importância desse projeto está centrada na ideia de que, ao propor um momento para a prática de atividades físicas durante a vivência da Residência, estamos contribuindo para o desenvolvimento da qualidade de vida e promoção da saúde física e emocional dos residentes.

A COREMU da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás monitora semestralmente ações/projetos de cuidado com a saúde física e emocional do residente. Este indicador de qualidade do programa tem ficado a desejar nos programas da COREMU/HUGO.

3. OBJETIVO

Melhorar a qualidade de vida por meio da realização de atividade física pelos residentes do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde modalidade Multiprofissional e Uniprofissional do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

4. BENEFÍCIOS

A prática de exercícios físicos segundo Oliveira e Andrade (2013) se reflete na vida profissional. "Ela proporciona melhoria da concentração, ampliação da produtividade, aprimoramento da postura, aumento da energia, alívio da tensão, estímulo ao bom humor e, consequentemente, melhoria no relacionamento interpessoal".

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto desse projeto de intervenção consiste em reservar uma hora no final do plantão dos residentes, duas vezes por semana para realização das atividades físicas.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Os stakeholders desse projeto compreendem os profissionais de saúde residentes que aderirem ao Projeto.

7. RESTRIÇÕES

Entende-se que essa proposta não apresenta limites ou entraves uma vez que não gera nenhum custo para a Unidade.

8. RISCOS

Processo: Desenvolvimento de estratégias educacionais – Projeto de extensão

Etapa do Processo: Execução do "Projeto Residência em Movimento"

Modos de falha: Conforme tabela abaixo.

Efeitos da falha: Sem consequências.

Causa da falha: Por desinteresse ou descompromisso na ação proposta.

Controle/barreira: Aplicativo Strava.

Falha/risco	Ação corretiva
O residente não realizou a inscrição no momento oportuno.	Solicitar sua inserção para o coordenador do seu programa.
O residente não preencheu os questionários iniciais.	Não entregar a autorização até o preenchimento dos questionários de admissão no projeto.
O residente não poder realizar a atividade física no dia programado em decorrência de demandas assistenciais.	Ajustar o dia.
O residente retirar a autorização para realização da atividade física no dia, ir embora e não realizar a atividade física.	Considerar falta e agendar reposição da carga horária das atividades práticas.
O Residente não ligar o aplicativo para realização da atividade física	Agendar reposição da carga horária das atividades práticas.

não sendo possível a comprovação da mesma.	
O Residente ligar o aplicativo para realização da atividade física, mas registrar o deslocamento em outro meio de locomoção.	Retirar o residente do projeto. Agendar reposição da carga horária das atividades práticas.

9. EQUIPE

Profissionais de Saúde Residentes matriculados no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade Multiprofissional ou Uniprofissional do Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz.

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O Projeto Residência em Movimento 3 terá início em 01 de junho e se estenderá por cinco meses até 31 de outubro de 2023. Durante esses meses, os residentes inscritos no projeto, poderão realizar por dois dias na semana, entre 18h e 19h, preferencialmente às terças e quintas, caminhada ou corrida na pista do Parque Areião destinada a este fim. A organização do dia vai depender da possibilidade de ausentar-se das atividades práticas. Para tanto, o residente deve retirar uma autorização com o coordenador administrativo da COREMU que será anexada à ficha de justificativa do ponto eletrônico. Será justificada apenas as horas destinadas a atividade realizada no dia, ficando as demais horas passíveis de reposição. O monitoramento se dará por meio do aplicativo Strava que é um instrumento de gerenciamento de atividades físicas. Essa ferramenta foi escolhida pela gratuidade da plataforma e pela facilidade de acesso. É disponível para celulares e permite registrar, inclusive sem acesso à internet.

Todos os inscritos deverão responder o "Questionário de Aptidão Física" (anexo 1). Para monitoramento do projeto será aplicada a Escala de Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão – HAD (anexo 2), o instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela OMS – WHOQOL- bref (anexo 3) e um questionário sociodemográfico (anexo 4).

A participação é voluntária. O tutor deve avaliar a possibilidade de participação de cada residente neste projeto e pactuar com os preceptores a saída do profissional no período programado. Uma vez inscrito, o participante deverá se comprometer com a realização de

dois treinos semanais. Caso não seja possível a participação no dia programado, a ausência será justificada pela necessidade de acompanhamento de atividades assistenciais. O residente deverá antecipadamente, no dia da caminhada, solicitar um ingresso (anexo 5) para a participação na ação. Este ingresso será apresentado como justificativa do ponto eletrônico apenas durante o tempo no qual o aplicativo registrar a atividade física.

11. ORÇAMENTO

O projeto não possui custo para o Hospital. A ferramenta utilizada para monitoramento das atividades físicas dos residentes tem custo zero e estão disponíveis de forma gratuita.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Os ganhos desse projeto não podem ser considerados sob o ponto de vista financeiro, uma vez que seu objetivo visa contribuir com a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais da unidade. O retorno se dá no plano imaterial das ações, pois de acordo com as pesquisas estudadas, a prática de atividade física contribui para uma vida saudável dos profissionais da saúde.

Essa prática também tem sido associada a benefícios de ordem psicológica, ajudando a combater doenças como a depressão e promovendo a autoestima e o bem-estar. Isso favorece um ambiente de trabalho mais agradável e pode refletir no atendimento aos serviços prestados pelos profissionais do HUGO, garantindo assim uma assistência de qualidade aos sujeitos atendidos na Unidade.

13. PLANO DE AÇÃO

Para o desenvolvimento desse projeto o residente deverá organizar suas atividades de assistência de forma que, preferencialmente, toda terça e quinta às 18h ele já tenha cumprido as atividades assistenciais para se conduzir ao ponto de encontro para a prática da atividade física escolhida: caminhada ou corrida.

O QUÊ	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	DATA DE INÍCIO DA AÇÃO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO DA AÇÃO

Projeto Residência em Movimento	Para a melhoria da qualidade de vida do residente	Parque Areião	Realizar duas horas de atividades físicas semanais (terça e quinta no Parque Areião).	Residentes COREMU	01/06/2023	31/10/2023

14. REFERÊNCIAS

1. BRASIL 2005. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

2. COSTA, Rudy Alves; SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues; TEIXEIRA, José Antônio Caldas. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2011.

3. CARVALHO, Carla Novaes et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 38-45, 2013.

4. OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Benefícios da atividade física para saúde mental. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011.

5. OLIVEIRA A. P.; ANDRADE, D. R. Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 192-200, 2013.

6. SILVA, C. T et al. Residencia Multiprofesional como espacio intercesor para la educación permanente en salud. **Revista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 25-29, 2016.

7. SILVA, Robson Mechel Berto da; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. Estresse e residência multiprofissional em saúde: compreendendo significados no processo de formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 157-166, 2019.

15. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Lucila Stoppa Coordenadora COREMU/HUGO	27/04/2023	
Revisão:	Meire Incarnação Gerente de Ensino e Pesquisa	27/04/2023	
	Laís Mayara Pereira Garcia Enfermeira NQSP	04/05/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP	04/05/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	04/05/2023	

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a condição física daquele que pretende praticar atividades físicas. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

() Sim () Não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

() Sim () Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

() Sim () Não

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

() Sim () Não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

() Sim () Não

6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

() Sim () Não

7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

() Sim () Não

8) Você realiza algum tipo de tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?

() Sim () Não

9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

() Sim () Não

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

() Sim () Não

ANEXO 2

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Assinale com a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

( ) a maior parte do tempo[3]

( ) boa parte do tempo[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) nunca [0]

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

( ) sim, do mesmo jeito que antes [0]

( ) não tanto quanto antes [1]

( ) só um pouco [2]

( ) já não consigo ter prazer em nada [3]

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se algum coisa ruim fosse acontecer

( ) sim, de jeito muito forte [3]

( ) sim, mas não tão forte [2]

( ) um pouco, mas isso não me preocupa [1]

( ) não sinto nada disso[1]

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

( ) do mesmo jeito que antes[0]

( ) atualmente um pouco menos[1]

( ) atualmente bem menos[2]

( ) não consigo mais[3]

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

( ) a maior parte do tempo[3]

( ) boa parte do tempo[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) raramente[0]

6. Eu me sinto alegre:

( ) nunca[3]

( ) poucas vezes[2]

( ) muitas vezes[1]

( ) a maior parte do tempo[0]

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

( ) sim, quase sempre[0]

( ) muitas vezes[1]

( ) poucas vezes[2]

( ) nunca[3]

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:

( ) quase sempre[3]

( ) muitas vezes[2]

( ) poucas vezes[1]

( ) nunca[0]

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

( ) nunca[0]

( ) de vez em quando[1]

( ) muitas vezes[2]

( ) quase sempre[3]

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

( ) completamente[3]

( ) não estou mais me cuidando como eu deveria[2]

( ) talvez não tanto quanto antes[1]

( ) me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

( ) sim, demais[3]

( ) bastante[2]

( ) um pouco[1]

( ) não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir

( ) do mesmo jeito que antes[0]

( ) um pouco menos que antes[1]

( ) bem menos do que antes[2]

( ) quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

( ) a quase todo momento[3]

( ) várias vezes[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

( ) quase sempre[0]

( ) várias vezes[1]

( ) poucas vezes[2]

( ) quase nunca[3]

ANEXO 3

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha

de sua vida, tomando como como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5

23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqUentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como maus humores, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

NOME:
DATA DE NASCIMENTO: IDADE:
SEXO: ( ) masculino ( ) feminino
PROGRAMA:
ÁREA:
ESTADO CIVIL: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) união estável

ANEXO 5

AUTORIZAÇÃO

SUS HUGO Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz | SES Secretaria de Estado da Saúde | GOVERNO DE GOIÁS O ESTADO QUE DÁ CERTO

AUTORIZAÇÃO - RESIDÊNCIA EM MOVIMENTO 2023
Nome:
Programa:
Área:
Data:

Horário:

Assinatura e carimbo

6.1.16 Projeto Prática Baseada Em Evidências

DESCRIÇÃO

O curso de Prática Baseada em Evidências tem por característica principal o aprimoramento de profissionais de saúde pelo desenvolvimento da capacidade crítica e científica, para o embasamento de tomadas de decisão em relação à incorporação do conhecimento para que se preste a melhor assistência profissional possível, a partir das evidências disponíveis na literatura específica da área da Saúde.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

O curso tem o propósito de permitir ao participante a compreensão sobre o delineamento de pesquisas que abordem diagnóstico, terapêutica e prevenção de doenças, além de maneiras que viabilizem a implementação de políticas de saúde. Justifica-se por propor ao participante a cultura da eficácia, efetividade, eficiência e segurança, baseada em evidências científicas.

3. OBJETIVO

3.1 GERAL

Oferecer as bases conceituais da Prática em Saúde Baseada em Evidência e promover o uso de ferramentas sistematizadas para sua aplicação na prática profissional, projetos de pesquisa e afins.

3.2 ESPECÍFICOS

I- Fornecer ao participante do curso ferramentas para que ele possa tomar as melhores decisões assistenciais, buscando aperfeiçoar os resultados de suas intervenções, com base no que há de mais efetivo e seguro na literatura científica.

II- Capacitar o participante para realização de pesquisa na área da saúde, inclusive sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

III- Discutir, elaborar e finalizar projetos de pesquisa, refinando-os para que sejam apresentados posteriormente em eventos científicos ou ainda na forma de artigos publicados.

4. BENEFÍCIOS

Qualificação do corpo discente e docente assistencial dos Programas de Residência do HUGO.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto é a capacitação para o exercício de projetos de pesquisa científica e para apoio na tomada de decisão clínica e de gestão.

6. PARTES INTERESSADAS (*STAKEHOLDERS*)

Colaboradores, Profissionais de Saúde Residentes, Preceptores, Supervisores e Tutores dos programas de residência do HUGO.

7. RESTRIÇÕES

Limite de 50 participantes, número que corresponde a capacidade do auditório do HUGO.

8. RISCOS

Não conseguir atender a demanda do corpo discente e docente pela capacidade do auditório

9. EQUIPE

Giulliano Gardenghi – Tutor de Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma;

Lucila Stoppa Fonseca dos Reis – Coordenadora da COREMU/HUGO;

Anne Caroline Soares Almeida - Executora administrativa da COREMU/HUGO;

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

- **Aula 01 (19 de abril de 2023, quarta-feira, 7:00 às 08:00, aula presencial no auditório do HUGO)**

  Estratégias de busca de artigos científicos nas diferentes bases de dados e

Pirâmide de saúde baseada em evidências;

- **Aula 02 (26 de abril de 2023, quarta-feira, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

  Análise crítica de artigos científicos e estratégia PICO;

- **Aula 03 (27 de abril de 2023, quinta-feira, 14:00 às 15:00, aula síncrona no auditório do HUGO)**

  UpToDate – como manusear esta base de informações médicas e multiprofissionais baseada em evidências;

- **Aula 04 (03 de maio de 2023, quarta-feira, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

  Como montar um projeto de pesquisa e um relato de caso para realizar a submissão à Plataforma Brasil;

- **Aula 05 (10 de maio de 2023, quarta-feira, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

  Introdução à bioestatística, medidas de avaliação quantitativa, medidas de associação - risco absoluto/relativo, redução absoluta do risco e número necessário para tratar;

11. ORÇAMENTO

Sem custos.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

A projeção de ganhos é relacionada a melhores projetos de pesquisa encaminhados ao CEP e maior qualificação na atenção em saúde.

13. PLANO DE AÇÃO

ORIG EM	O QUE	POR QUE	ON DE	C OMO	Q UEM	QU ANDO	QU ANTO

Necessidade de qualificação em ensino e pesquisa	Curso - Prática Baseada em Evidências	Qualificação do corpo discente e docente da Coremu e Coreme	Auditório do HUGO e em ambiente virtual.	Aula	Giulliano Gardenghi* Suporte UpToDate	Início em 19/04/2023 Término em 10/05/2023	Sem custo

*** Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**

Tutor de Fisioterapia do Programa de Residência em Urgência e Trauma do HUGO – COREMU/HUGO;

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Giulliano Gardenghi** **Tutor da Fisioterapia**	**20/03/2023**	
Revisão:	**Lucila Stoppa** **Coordenadora da COREMU**	**20/03/2023**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** **Coordenadora NQSP**	**20/03/2023**	
Aprovação:	**Francisco Pereira Borges** **Diretor Geral**	**20/03/2023**	

6.1.17 Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências

1. DESCRIÇÃO

Os programas de residência em área profissional da saúde (multiprofissional e uniprofissional) foram instituídos a partir da promulgação da Lei 11.129/05, sendo definida como modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, atuando na educação em serviço (BRASIL, 2005).

Ancorada nos princípios e diretrizes do SUS, ela possui uma carga horária composta por 60 horas semanais entre atividades teóricas e práticas, visando um modelo de atenção integral e o desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde, constituindo um processo de educação permanente em saúde (BRASIL, 2005).

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO abarca dois programas de residência em área profissional da saúde a saber: Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Uniprofissional, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma. Este último abrange as seguintes profissões: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. O HUGO disponibiliza o maior número de vagas para profissionais de saúde residentes em área profissional de saúde da SES-GO com 23 vagas anuais.

Silva e Moreira (2019) afirmam que "durante o processo de formação, os residentes multiprofissionais em saúde estão expostos a eventos estressores que podem comprometer sua trajetória profissional". Mesclar a prática com atividades teóricas é um tanto desafiador na visão dos autores "o residente enfrenta uma tensão interna constante que tanto pode ajudar no seu aperfeiçoamento quanto atuar como fator desencadeante de transtornos mentais" (SILVA *et al.*, 2016).

A essas proposições somam-se as ideias de Carvalho (2013) em que afirma que "dessa forma a residência constitui uma das fases mais estressantes na formação do profissional da saúde, principalmente durante o primeiro ano de treinamento, quando expõe o jovem treinando a sofrimentos que podem provocar alterações comportamentais indesejáveis".

Segundo Costa *et al* (2011). "A condição física se encontra positivamente ligada à saúde mental e ao bem estar". Na visão dos autores pesquisas indicam que a prática regular de

atividades físicas favorece benefícios fisiológicos e no campo psicológico. Assim, um projeto voltado para a prática de atividade física pode contribuir para a promoção da qualidade de vida dos residentes, minimizar o nível de estresse e favorecer uma vida mais saudável.

O **Projeto Residência em Movimento** tem o propósito de proporcionar um momento para desenvolvimento de atividade física como forma de ampliar as ações que são desenvolvidas em prol da saúde física e mental dos residentes dos nossos programas.

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A importância desse projeto esta centrada na ideia de que, ao propor um momento para a prática de atividades físicas durante a vivência da Residência, estamos contribuindo para desenvolvimento da qualidade de vida e promoção da saúde física e emocional dos residentes.

A COREMU da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás monitora semestralmente ações/projetos de cuidado com a saúde física e emocional do residente. Este indicador de qualidade do programa tem ficado a desejar nos programas da COREMU/HUGO.

3. OBJETIVO

Melhorar a qualidade de vida por meio da realização de atividade física pelos residentes do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde modalidade Multiprofissional e Uniprofissional do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

4. BENEFÍCIOS

A prática de exercícios físicos segundo Oliveira e Andrade (2013) se reflete na vida profissional. "Ela proporciona melhoria da concentração, ampliação da produtividade, aprimoramento da postura, aumento da energia, alívio da tensão, estímulo ao bom humor e, consequentemente, melhoria no relacionamento interpessoal".

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto desse projeto de intervenção consiste em reservar uma hora no final do plantão dos residentes, duas vezes por semana para realização das atividades físicas.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Os stakeholders desse projeto compreendem os profissionais de saúde residentes que aderirem ao Projeto.

7. RESTRIÇÕES

Entende-se que essa proposta não apresenta limites ou entraves uma vez que não gera nenhum custo para a Unidade.

8. RISCOS

Processo: Desenvolvimento de estratégias educacionais – Projeto de extensão

Etapa do Processo: Execução do "Projeto Residência em Movimento"

Modos de falha: Conforme tabela abaixo.

Efeitos da falha: Sem consequências.

Causa da falha: Por desinteresse ou descompromisso na ação proposta.

Controle/barreira: Aplicativo Strava.

Falha/risco	Ação corretiva
O residente não realizou a inscrição no momento oportuno.	Solicitar sua inserção para o coordenador do seu programa.
O residente não preencheu os questionários iniciais.	Não entregar a autorização até o preenchimento dos questionários de admissão no projeto.
O residente não poder realizar a atividade física no dia programado em decorrência de demandas assistenciais.	Ajustar o dia.
O residente retirar a autorização para realização da atividade física no dia, ir embora e não realizar a atividade física.	Considerar falta e agendar reposição da carga horária das atividades práticas.

O Residente não ligar o aplicativo para realização da atividade física não sendo possível a comprovação da mesma.	Agendar reposição da carga horária das atividades práticas.
O Residente ligar o aplicativo para realização da atividade física mas registrar o deslocamento em outro meio de locomoção.	Retirar o residente do projeto. Agendar reposição da carga horária das atividades práticas.
O Residente ligar o aplicativo para realização da atividade física e ficar parado.	Retirar o residente do projeto. Agendar reposição da carga horária das atividades práticas.

9. EQUIPE

Profissionais de Saúde Residentes matriculados no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade Multiprofissional ou Uniprofissional do Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz.

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O **Projeto Residência em Movimento 3** terá início em 01 de junho e se estenderá p cinco meses até 31 de outubro de 2023. Durante esses meses, os residentes inscritos no projeto, poderão realizar por dois dias na semana, entre 18h e 19h, preferencialmente às terças e quintas, caminhada ou corrida na pista do Parque Areião destinada a este fim. A organização do dia vai depender da possibilidade de ausentar-se das atividades práticas. Para tanto, o residente deve retirar uma autorização com o coordenador administrativo da COREMU que será anexada à ficha de justificativa do ponto eletrônico. Será justificada apenas as horas destinadas a atividade realizada no dia, ficando as demais horas passíveis de reposição. O monitoramento se dará por meio do aplicativo Strava que é um instrumento de gerenciamento de atividades físicas. Essa ferramenta foi escolhida pela gratuidade da plataforma e pela facilidade de acesso. É disponível para celulares e permite registrar, inclusive sem acesso à internet.

Todos os inscritos deverão responder o "Questionário de Aptidão Física" (anexo 1). Para monitoramento do projeto será aplicada a Escala de Avaliação do Nível de Ansiedade e Depressão – HAD (anexo 2), o instrumento de avaliação da qualidade de vida desenvolvido pela OMS – WHOQOL- bref (anexo 3) e um questionário sociodemográfico (anexo 4).

A participação é voluntária. O tutor deve avaliar a possibilidade de participação de cada residente neste projeto e pactuar com os preceptores a saída do profissional no período programado. Uma vez inscrito, o participante deverá se comprometer com a realização de dois treinos semanais. Caso não seja possível a participação no dia programado, a ausência será justificada pela necessidade de acompanhamento de atividades assistenciais. O residente deverá antecipadamente, no dia da caminhada, solicitar um ingresso (anexo 5) para a participação na ação. Este ingresso será apresentado como justificativa do ponto eletrônico apenas durante o tempo no qual o aplicativo registrar a atividade física.

11. ORÇAMENTO

O projeto não possui custo para o Hospital. A ferramenta utilizada para monitoramento das atividades físicas dos residentes tem custo zero e estão disponíveis de forma gratuita.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Os ganhos desse projeto não podem ser considerados sob o ponto de vista financeiro, uma vez que seu objetivo visa contribuir com a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais da unidade. O retorno se dá no plano imaterial das ações, pois de acordo com as pesquisas estudadas, a prática de atividade física contribui para uma vida saudável dos profissionais da saúde.

Essa prática também tem sido associada a benefícios de ordem psicológica, ajudando a combater doenças como a depressão e promovendo a autoestima e o bem-estar. Isso favorece um ambiente de trabalho mais agradável e pode refletir no atendimento aos serviços prestados pelos profissionais do HUGO, garantindo assim uma assistência de qualidade aos sujeitos atendidos na Unidade.

13. PLANO DE AÇÃO

Para o desenvolvimento desse projeto o residente deverá organizar suas atividades de assistência de forma que, preferencialmente, toda terça e quinta às 18h ele já tenha

cumprido as atividades assistenciais para se conduzir ao ponto de encontro para a prática da atividade física escolhida: caminhada ou corrida.

O QUE	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	DATA DE INÍCIO DA AÇÃO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO DA AÇÃO
Projeto Residência em Movimento	Para a melhoria da qualidade de vida do residente	Parque Areião	Realizar duas horas de atividades físicas semanais(terça e quinta no Parque Areião).	Residentes COREMU	01/06/2023	31/10/2023

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Lucila Stoppa Fonseca dos Reis Coordenadora/Coremu	17/04/2023	
Revisão:	Meire Incarnação Gerente de Ensino e Pesquisa	28/04/2023	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	

	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

15. REFERÊNCIAS

1. BRASIL 2005. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

2. COSTA, Rudy Alves; SOARES, Hugo Leonardo Rodrigues; TEIXEIRA, José Antônio Caldas. Benefícios da atividade física e do exercício físico na depressão. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, v. 19, n. 1, p. 273-274, 2011.

3. CARVALHO, Carla Novaes et al. Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns em residentes médicos e da área multiprofissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 38-45, 2013.

4. OLIVEIRA, Eliany Nazaré et al. Benefícios da atividade física para saúde mental. **Saúde Coletiva**, v. 8, n. 50, p. 126-130, 2011.

5. OLIVEIRA A. P.; ANDRADE, D. R. Influência da prática de atividade física nos Programas de Promoção da Saúde nas empresas privadas: uma revisão bibliográfica. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 2, p. 192-200, 2013.

6. SILVA, C. T et al. Residencia Multiprofesional como espacio intercesor para la educación permanente en salud. **Revista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 25-29, 2016.

7. SILVA, Robson Mechel Berto da; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. Estresse e residência multiprofissional em saúde: compreendendo significados no processo de formação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 157-166, 2019.

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA

Este questionário tem por objetivo identificar a condição física daquele que pretende praticar atividades físicas. Por favor, assinale "sim" ou "não" às seguintes perguntas:

1) Algum médico já disse que você possui algum problema de coração ou pressão arterial, e que somente deveria realizar atividade física supervisionado por profissionais de saúde?

() Sim () Não

2) Você sente dores no peito quando pratica atividade física?

() Sim () Não

3) No último mês, você sentiu dores no peito ao praticar atividade física?

() Sim () Não

4) Você apresenta algum desequilíbrio devido à tontura e/ou perda momentânea da consciência?

() Sim () Não

5) Você possui algum problema ósseo ou articular, que pode ser afetado ou agravado pela atividade física?

() Sim () Não

6) Você toma atualmente algum tipo de medicação de uso contínuo?

() Sim () Não

7) Você realiza algum tipo de tratamento médico para pressão arterial ou problemas cardíacos?

() Sim () Não

8) Você realiza algum tipo de tratamento médico contínuo, que possa ser afetado ou prejudicado com a atividade física?

() Sim () Não

9) Você já se submeteu a algum tipo de cirurgia, que comprometa de alguma forma a atividade física?

() Sim () Não

10) Sabe de alguma outra razão pela qual a atividade física possa eventualmente comprometer sua saúde?

() Sim () Não

ANEXO 2

ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

Assinale com a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

( ) a maior parte do tempo[3]

( ) boa parte do tempo[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) nunca [0]

2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:

( ) sim, do mesmo jeito que antes [0]

( ) não tanto quanto antes [1]

( ) só um pouco [2]

( ) já não consigo ter prazer em nada [3]

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

( ) sim, de jeito muito forte [3]

( ) sim, mas não tão forte [2]

( ) um pouco, mas isso não me preocupa [1]

( ) não sinto nada disso[1]

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

( ) do mesmo jeito que antes[0]

( ) atualmente um pouco menos[1]

( ) atualmente bem menos[2]

( ) não consigo mais[3]

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

( ) a maior parte do tempo[3]

( ) boa parte do tempo[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) raramente[0]

6. Eu me sinto alegre:

( ) nunca[3]

( ) poucas vezes[2]

( ) muitas vezes[1]

( ) a maior parte do tempo[0]

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

( ) sim, quase sempre[0]

( ) muitas vezes[1]

( ) poucas vezes[2]

( ) nunca[3]

8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:

( ) quase sempre[3]

( ) muitas vezes[2]

( ) poucas vezes[1]

( ) nunca[0]

9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

( ) nunca[0]

( ) de vez em quando[1]

( ) muitas vezes[2]

( ) quase sempre[3]

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

( ) completamente[3]

( ) não estou mais me cuidando como eu deveria[2]

( ) talvez não tanto quanto antes[1]

( ) me cuido do mesmo jeito que antes[0]

11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:

( ) sim, demais[3]

( ) bastante[2]

( ) um pouco[1]

( ) não me sinto assim[0]

12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir

( ) do mesmo jeito que antes[0]

( ) um pouco menos que antes[1]

( ) bem menos do que antes[2]

( ) quase nunca[3]

13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

( ) a quase todo momento[3]

( ) várias vezes[2]

( ) de vez em quando[1]

( ) não senti isso[0]

14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

( ) quase sempre[0]

( ) várias vezes[1]

( ) poucas vezes[2]

( ) quase nunca[3]

ANEXO 3

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito

				nem insatisfeito		
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

	as condições do local onde mora?					
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO 4

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

NOME:
DATA DE NASCIMENTO: IDADE:
SEXO: ( ) masculino ( ) feminino
PROGRAMA:
ÁREA:
ESTADO CIVIL: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) união estável

ANEXO 5

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO - RESIDÊNCIA EM MOVIMENTO 2023
Nome:
Programa:
Área:
Data:
Horário:
Assinatura

6.1.18 Projeto Prática Baseada Em Evidências

1.DESCRIÇÃO

O curso de Prática Baseada em Evidências tem por característica principal o aprimoramento de profissionais de saúde pelo desenvolvimento da capacidade crítica e científica, para o embasamento de tomadas de decisão em relação à incorporação do conhecimento para que se preste a melhor assistência profissional possível, a partir das evidências disponíveis na literatura específica da área da Saúde.

2.PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

O curso tem o propósito de permitir ao participante a compreensão sobre o delineamento de pesquisas que abordem diagnóstico, terapêutica e prevenção de doenças, além de maneiras que viabilizem a implementação de políticas de saúde. Justifica-se por propor ao participante a cultura da eficácia, efetividade, eficiência e segurança, baseada em evidências científicas.

3. OBJETIVO

3.1- GERAL

Oferecer as bases conceituais da Prática em Saúde Baseada em Evidência e promover o uso de ferramentas sistematizadas para sua aplicação na prática profissional, projetos de pesquisa e afins.

3.2 – ESPECÍFICOS

- Fornecer ao participante do curso ferramentas para que ele possa tomar as melhores decisões assistenciais, buscando aperfeiçoar os resultados de suas intervenções, com base no que há de mais efetivo e seguro na literatura científica.

- Capacitar o participante para realização de pesquisa na área da saúde, inclusive sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

- Discutir, elaborar e finalizar projetos de pesquisa, refinando-os para que sejam apresentados posteriormente em eventos científicos ou ainda na forma de artigos publicados.

4.BENEFÍCIOS

Qualificação do corpo discente e docente assistencial dos Programas de Residência do HUGO.

5.PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto é a capacitação para o exercício de projetos de pesquisa científica e para apoio na tomada de decisão clínica e de gestão.

6.PARTES INTERESSADAS (*STAKEHOLDERS*)

Colaboradores, Profissionais de Saúde Residentes, Preceptores, Supervisores e Tutores dos programas de residência do HUGO.

7.RESTRIÇÕES

Limite de 50 participantes, número que corresponde a capacidade do auditório do HUGO.

8.RISCOS

Não conseguir atender a demanda do corpo discente e docente pela capacidade do auditório.

9.EQUIPE

Giulliano Gardenghi – Tutor de Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Urgência e Trauma

Lucila Stoppa Fonseca dos Reis – Coordenadora da COREMU/HUGO

Anne Caroline Soares Almeida - Executora administrativa da COREMU/HUGO

10.MARCOS E LINHA DO TEMPO

- **aula 01 (19 de abril de 2024, 7:00 às 08:00, aula presencial no auditório do HUGO)**

Estratégias de busca de artigos científicos nas diferentes bases de dados e Pirâmide de saúde baseada em evidências

- **aula 02 (26 de abril de 2024, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

Análise crítica de artigos científicos e estratégia PICO

- **aula 03 (27 de abril de 2024, 14:00 às 15:00, aula síncrona no auditório do HUGO)**

  UpToDate – como manusear esta base de informações médicas e multiprofissionais baseada em evidências.

- **Aula 04 (03 de maio de 2024, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

Como montar um projeto de pesquisa e um relato de caso para realizar a submissão à Plataforma Brasil

- **aula 05 (10 de maio de 2024, 7:00 às 08:00, aula assíncrona no auditório do HUGO)**

Introdução à bioestatística, medidas de avaliação quantitativa, medidas de associação - risco absoluto/relativo, redução absoluta do risco e número necessário para tratar

11.ORÇAMENTO

Sem custos.

12.ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

A projeção de ganhos é relacionada a melhores projetos de pesquisa encaminhados ao CEP e maior qualificação na atenção em saúde.

13.PLANO DE AÇÃO

ORIGEM	O QUE	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	QUANDO	QUANTO
Necessidade de qualificação em ensino e pesquisa	Curso - Prática Baseada em Evidências	Qualificação do corpo discente e docente da Coremu e Coreme do HUGO.	Auditório do HUGO e em ambiente virtual.	Aula	Giullian o Garden ghi* Suporte UpToD ate	Início em 19/04/20 24 Término em 10/05/20 24	Sem custo

***Doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**

Tutor de Fisioterapia do Programa de Residência em Urgência e Trauma do HUGO – COREMU/HUGO;

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Giulliano Gardenghi** **Tutor da Fisioterapia**	**18/03/2023**	
Revisão:	**Lucila Stoppa** **Coordenadora da COREMU**	**18/03/2023**	
	Nome do Revisor 2 **Cargo**	**00/00/0000**	
Validação:	**Nome do Validador 1** **Cargo**	**00/00/0000**	
	Nome do Validador 2 **Cargo**	**00/00/0000**	
Aprovação:	**Nome do Aprovador** **Cargo**	**00/00/0000**	

6.1.19 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência

6.1.19.1 "Pense sepse"

Objetivo: Identificar e tratar precocemente os pacientes com os critérios de qSofa.

Justificativa: Evitar agravos de saúde causados pela sepse.

Material: Aulas, cartazes e lembretes no sistema.

Público: Todos os profissionais da assistência.

6.1.19.2 "Um Cuidado de Amor"

Objetivo: Identificar e manejar pacientes e familiares com os critérios para cuidados paliativos.

Justificativa: Evitar estratégias de saúde que geram dúvidas sobre o prognóstico do paciente, acolher familiares e pacientes, garantindo melhor vínculo durante a trajetória do paciente.

Material: Fichas de triagem e termos.

Público: Todos os profissionais da assistência, pacientes e familiares.

6.1.19.3 " Uma passagem segura"

Objetivo: Identificar e manejar pacientes com potencial risco de deterioração através das transições de plantão com a utilização do ISBAR.

Justificativa: Garantir a continuidade do trabalho, diminuindo as falhas de comunicação dos pacientes que necessitam de maior vigilância.

Material: Ficha ISBAR

Público: Médicos e enfermeiros

6.1.19.4 "Fortalecendo a melhor fase"

Objetivo: Capacitar membros da comunidade para conhecimento sobre alimentos adequados a situações fisiológicas e patológicas do Idoso, cujo risco ou prognóstico esteja relacionados a questões nutricionais

Justificativa: Garantir a continuidade da nutrição dos pacientes idosos após a alta hospitalar, evitando agravos pela questão nutricional.

Material: Cartazes, tabela nutricional, aulas.

Público: Nutrição, fonoaudiologia, acompanhantes e pacientes.

6.1.19.5 "Sem trombos no caminho"

Objetivo: Identificar e manejar pacientes com risco de Trombose Venosa Profunda.
Justificativa: Garantir profilaxia adequada evitando riscos de trombose e suas complicações.

Material: Aulas, POP. comunicado no sistema.

Público: Médicos e enfermeiros.

6.1.19.6 "Sem pressão"

Objetivo: Conscientizar equipe e familiares sobre a importância da mudança de decúbito dos pacientes .

Justificativa: Garantir maior segurança do paciente durante a internação, evitando agravos de saúde que geram aumento no tempo de internação

Material: Aulas, cartazes. comunicado no sistema.

Público: Equipe de assistência e familiares.

6.1.19.7 "Dono do jogo"

Objetivo: Desenvolver o processo de Educação em Saúde, garantindo ao público alvo, o acesso às informações de saúde, tornando-os capazes tanto de contribuir como sujeitos em seu processo de saúde-doença, quanto multiplicadores dos conteúdos trabalhados.

Justificativa: Garantir maior segurança do paciente após a saída do hospital, dando maior independência no seu processo de cura.

Material: Aulas, cartazes.

Público: Equipe de assistência, pacientes familiares.

6.1.19.8 "I-I"

Objetivo: Realizar testagem em massa para HIV através de teste rápido e confirmação sorológica posterior, conscientizando o público que um tratamento precoce leva a carga viral indetectável que permite que o vírus seja intransmissível.

Justificativa: Garantir maior aceitação e tratamento dos pacientes com diagnóstico recente da infecção pelo vírus HIV.

Material: Aulas, cartazes.

Público: Equipe de assistência, pacientes e familiares.

EQUIPE

Os profissionais que participarão do projeto serão o corpo docente e discente dos Programas de Residência do HUGO, equipe administrativa da Diretoria de Ensino e Pesquisa Equipe Assistencial e Médica.

ORÇAMENTO

Não custo adicional para implementação deste projeto

MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA terá seu lançamento dia 01/09/2023 e acontecerá aproximadamente uma vez por semana das 7h às 7h30 até o dia 05/09/2024. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do palestrante.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Gabriel Henrique Rodrigues Leonardo** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
Revisão:	**Matheus Gabriel Dias** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	**23/06/2023**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Coordenadora NQSP	**23/06/2023**	
Aprovação:	**Luis Henrique Ribeiro Gabriel** Diretor Geral	**23/06/2023**	

6.1.20 Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester

1. OBJETIVO

Acolher e humanizar o atendimento dos pacientes, priorizando o atendimento dos pacientes de acordo com os critérios clínicos, respeitando a vulnerabilidade e o grau de sofrimento baseado no SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO MANCHESTER, organizando o fluxo e o tempo de espera conforme a gravidade clínica otimizando o processo de trabalho.

2. DEFINIÇÕES

O Serviço de Emergência se destaca como um espaço importante e complexo. Sempre com a demanda maior que a capacidade de atendimento. A Classificação de Risco é uma ferramenta de acolhimento e ordenamento com o objetivo de identificar rapidamente aquele paciente com risco de morte dos que podem esperar com segurança. Contudo, independente da classificação de risco realizada no paciente, este deve receber atendimento igualitário e ser encaminhado conforme conduta definida na classificação[1].

Existem vários sistemas para classificação de risco em uso no mundo, mas o Sistema de Triagem de Manchester (STM) vem sendo utilizado no Brasil desde de 2008. É um sistema de triagem não baseado em presunção diagnóstica, é centrado na queixa apresentada, pois nem sempre um diagnóstico define a urgência do atendimento. Contém 52 fluxogramas para os diferentes problemas apresentados: sete são específicos para crianças e dois para catástrofes.

O Sistema possui na sua confecção cinco níveis que atribuem ao atendimento uma COR. Atualmente, de acordo com evidências na literatura, foi reestruturado para quatro. Entretanto, descreveremos para cada um há tempo de atendimento estimado, conforme recomendações do Ministério da Saúde.

De acordo com a portaria n. 3.390 de 30 de dezembro de 2013, a classificação de risco caracteriza-se como protocolo pré-estabelecido, com a finalidade de dar agilidade ao atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Em linhas gerais, a metodologia da classificação de risco requer que o profissional defina a queixa ou o motivo que levou o usuário a procurar o serviço de urgência, selecione uma das várias apresentações e, então, procure um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, atribuindo uma cor a cada usuário. Desta forma, a cor corresponde ao grau de prioridade clínica no atendimento e tempo de espera recomendado.

Os sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades clínicas são chamados de discriminadores e estão apresentados dentro das categorias pertencentes às urgências e emergências neurológicas, cardiovasculares, respiratórias, cirúrgicas, psiquiátricas, intoxicações exógenas e metabólicas. Os discriminadores que indicam níveis de prioridade mais altos são os primeiros a serem procurados.

A determinação das prioridades será atribuída por uma cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que corresponde ao tempo alvo limite para que o paciente receba o atendimento médico e de enfermagem adequadamente, sendo os eixos de prioridades:

VERMELHO: Emergência com atendimento imediato, risco iminente de morte ou com sinais iminentes de deterioração do quadro clínico. Encaminhar diretamente para sala vermelha para atendimento médico.

LARANJA: Muito urgente. São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência contínua. Tempo de atendimento 10 minutos.

AMARELO: Urgente com potencial risco para agravamento, porém sem risco iminente de morte. Encaminhar para consulta médica imediata. Sendo este atendimento ocorrer no máximo em **60 minutos.**

VERDE: Pouco urgente, não apresenta risco potencial de morte. O atendimento ocorre no máximo em **120 minutos**.

AZUL: Não urgente, atendimento de baixa complexidade. Após a avaliação médica poderá ser encaminhado a rede de atenção à saúde, conforme fluxo municipal. Avaliação n máximo em **240 minutos.**

Quadro 1. Distribuição de cor conforme prioridade e tempo alvo para atendimento.

COR	PRIORIDADE	TEMPO ALVO
Vermelho	Emergência	Imediato
Laranja	Muito urgente	10 minutos
Amarelo	Urgência	60 minutos
Verde	Pouca urgência	120 minutos
Azul	Não urgente	240 minutos

A tomada de decisão consiste simplesmente em uma série de passos para chegar a uma conclusão. Ela é composta por cinco passos: Identificação do problema; Coleta e análise de informações relacionadas à solução; Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação; Implementação da alternativa selecionada; Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados.

1) Identificação do problema: é feita pela obtenção de informações do próprio paciente, do acompanhante ou cuidador, ou de qualquer profissional da atenção pré-hospitalar. Essa fase permite a identificação dos discriminadores e da categoria pertinente.

2) Coleta e análise de informações relacionadas à solução: uma vez identificado a categoria, esta fase torna-se mais fácil, já que os discriminadores podem ser procurados em cada nível de prioridade.

3) Avaliação de todas as alternativas e escolha de uma delas para implementação: o profissional de saúde coleta grande quantidade de dados sobre o paciente que está avaliando. Estas informações são reunidas e avaliadas, utilizando as categorias e discriminadores como apoio para o processo de tomada de decisão ao quadro clínico.

4) Implementação da alternativa selecionada: os profissionais da classificação de risco definem a cor (vermelho, laranja, amarelo, verde) que melhor se adapta à urgência da condição apresentada pelo paciente. Uma vez atribuída a prioridade, inicia-se o respectivo percurso.

5) Monitoramento da implementação e avaliação dos resultados: a classificação de risco é dinâmica e deve responder tanto às necessidades dos pacientes quanto às do serviço de urgência. Os profissionais devem fazer o monitoramento, reavaliação e posterior confirmação ou alteração da prioridade. É necessário interpretar, discriminar e avaliar a informação coletada dos pacientes e fazer uma análise crítica de suas ações após esta decisão. Uma capacidade sólida de tomada de decisão é essencial para um cuidado de boa qualidade ao paciente.

É importante também que a avaliação do paciente seja sistemática, e que todos os dados sejam reunidos para fornecer um quadro completo dos problemas do paciente. Por essa razão, o profissional da classificação de risco deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, e boas relações interpessoais para se comunicar eficazmente com pacientes e familiares.

Para a Classificação são selecionados discriminadores que estão disponíveis no item 10 (anexos) deste protocolo.

3. SIGLAS

STM: Sistema de Triagem de Manchester

FC: Frequência Cardíaca

FR: Frequência Respiratória

HGT: Hemoglicoteste

PA: Pressão Arterial

Sat O2: Saturação Parcial de Oxigênio

4. PÚBLICO ALVO

Enfermeiros e médicos da Classificação de Risco e Sala Vermelha do Pronto Atendimento.

5. APLICAÇÃO

Classificação de Risco e Sala Vermelha do Pronto Atendimento.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO

PACIENTE VERTICAL : Pacientes de demanda espontânea e regulados de Unidades de Baixa Complexidade (UBS, CAIS e UPA)		
	AÇÃO	RESPONSÁVEL
1	Acolher paciente na recepção do Pronto Atendimento e retirar senha para abertura de ficha de cadastro.	Recepção (posso ajudar)
2	Proceder com abertura de ficha de cadastro e colocar pulseira de identificação. *Caso o usuário apresente sinais de alerta, o recepcionista ou porteiro comunicará a equipe de enfermagem para que o usuário seja imediatamente encaminhado à sala vermelha ou à sala da classificação de risco.	Recepção (Guichê 1)
3	Encaminhar paciente a sala de classificação de risco conforme senha.	Posso ajudar da recepção
4	Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (queixa principal). Escuta.	Enfermeira da classificação de risco
5	Aferir e registrar os sinais vitais (FC, PA, FR, Temperatura, HGT e saturação O2) e avaliar a clínica do paciente.	Enfermeira/técnica de enfermagem da classificação de risco

6	Realizar identificação dos riscos (braden, morse, alergia) que o paciente possa apresentar e fixar na pulseira a etiqueta de acordo com o risco identificado. Risco de braden (lesão por pressão): utilizar a etiqueta na cor verde. **Risco de morse (queda):** utilizar a etiqueta na cor amarela. **Alergias:** utilizar a etiqueta na cor vermelha.	Enfermeira da classificação de risco
7	Realizar classificação de risco conforme Manchester, e identificar o paciente com pulseira quanto a cor e registrar no prontuário eletrônico.	Enfermeira da classificação de risco
8	Encaminhar paciente classificado para avaliação do médico da classificação de risco.	Enfermeira da classificação de risco
9	Atender o paciente e encaminhá-lo para a sala da emergência (salão do PA) ou sala vermelha, conforme a prioridade de atendimento determinado pelas cores vermelha, laranja, amarela e verde.	Médico da classificação de risco
10	Atender os pacientes classificados na cor azul e realizar contrarreferência ou alta conforme as necessidades do paciente.	Médico da classificação de risco
11	Realizar notificação de pacientes identificados com suspeita ou confirmados com doenças e agravos de notificação compulsória, conforme portaria do Ministério da Saúde.	Enfermeiro, técnico de enfermagem e médico da classificação de risco

12	Conduzir o paciente conforme a prioridade de atendimento determinado nas cores: vermelha (sala vermelha), laranja, amarelo e verde (salão do PA).	Condutor
13	Caso o paciente não seja atendido no tempo preconizado da classificação, avaliar a necessidade de reclassificação.	Enfermeira da classificação de risco

PACIENTE HORIZONTAL : Pacientes provenientes do Bombeiro e SAMU por meio da Regulação Estadual de Goiás		
	AÇÃO	RESPONSÁVEL
1	Direcionar o paciente que dá entrada pelo pronto atendimento à sala vermelha.	Enfermeiro da Sala Vermelha
2	Proceder com abertura de ficha de cadastro e colocar pulseira de identificação no paciente.	Profissional Bombeiro ou SAMU
3	Realizar classificação de risco conforme Manchester: Aferir e registrar os sinais vitais (FC, PA, FR, Temperatura, HGT e saturação O2) e avaliar a clínica do paciente conforme classificação.	Enfermeiro e médico da Sala Vermelha
4	Identificar com pulseira o paciente quanto a cor e registrar no prontuário eletrônico.	Enfermeiro da Sala Vermelha
5	Caso o paciente não seja atendido no tempo preconizado da classificação, avaliar a necessidade de reclassificação.	Enfermeiro da Sala Vermelha

7. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Classificar paciente na cor errada.	Realizar a reclassificação do paciente atendendo os critérios clínicos apresentados pelo paciente.

Sistema inoperante por falha do sistema ou falta de energia.	Proceder com a efetivação da classificação de risco de forma manual, utilizando da ficha impressa (ANEXO) e das orientações deste protocolo.

8. INDICADORES

Percentual de profissionais do pronto atendimento e classificação de risco qualificados (número de profissionais da classificação de risco e pronto atendimento/ número total de profissionais da classificação de risco e pronto atendimento X 100);

Percentual de pacientes classificados (Nº de pacientes classificados na urgência e emergência/ Nº de pacientes admitidos na urgência e emergência x 100);

Número de pacientes classificados segundo cor (número de pacientes classificados segundo cor / número total de pacientes classificados X 100);

Mensurar o nível de aproveitamento das equipes com avaliação pré e pós treinamento (questionário).

9. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Assessoria Técnica de Humanização. Manual Técnico para a Organização das Unidades de Urgência e Emergência em Conformidade com o Dispositivo Acolhimento com Classificação de Risco. 1ª Edição. Rio de Janeiro, 2022. 45 p.

Coutinho, A A P; Cecílio, L C O; Mota, J A C. Classificação de Risco em Serviços de Emergência: uma discussão da literatura sobre o sistema de triagem de Manchester. Rev Med Minas Gerais 2012; 22 (2): 188-198.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Prefeitura de São Luiz. Secretaria Municipal de Saúde. Política Municipal de Humanização-PMH Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Sistema Único de Saúde (SUS) Hospitais Municipais/ São Luís/Ma. São Luís. 32 p.

10. ANEXOS

Quadro de discriminadores de Manchester disponível no sistema de classificação de risco do hospital.

Agressão

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Alergia

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
3. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Alteração do comportamento

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS

Asma

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. FRASES ENTRECORTADAS
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. PFE MUITO BAIXO
4. NOVO PULSO ANORMAL
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
7. BEBÊ QUENTE
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. PFE BAIXO
3. SEM MELHORA COM SUA MEDICAÇÃO HABITUAL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. EVENTO RECENTE

Autoagressão

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
3. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR MODERADA

Cefaléia

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. INÍCIO ABRUPTO
7. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
8. CRIANÇA MUITO QUENTE
9. ADULTO MUITO QUENTE
10. SEPSE POSSÍVEL
11. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
3. COURO CABELUDO TEMPORAL DOLORIDO
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. VÔMITOS PERSISTENTES
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Corpo estranho

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
4. INGESTÃO DE OBJETO PERIGOSO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. INFLAMAÇÃO LOCAL
3. INFECÇÃO LOCAL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Convulsões

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CONVULSIONANDO
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. SINAIS DE MENINGISMO
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. PÚRPURA
6. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. NEONATO FEBRIL
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CEFALEIA
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Criança abusada ou negligenciada

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
4. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
5. TRAUMA VAGINAL
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
8. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
9. SINAIS DE DOR MODERADA

Desmaio

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. HIPOTERMIA
14. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
15. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
2. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
3. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Diabetes

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA
9. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. HIPERGLICEMIA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Diarréia e/ou vômitos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PROSTRAÇÃO, HIPOTONIA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. VÔMITO DE SANGUE
6. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
7. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. BEBÊ FEBRIL
3. CRIANÇA FEBRIL
4. ADULTO FEBRIL
5. DOR LEVE RECENTE
6. EVENTO RECENTE

Dispnéia em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. LESÃO POR INALAÇÃO
2. FRASES ENTRECORTADAS
3. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
4. HEMOPTISE
5. EXAUSTÃO
6. PFE MUITO BAIXO
7. NOVO PULSO ANORMAL
8. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
9. HISTÓRIA RESPIRATÓRIA SIGNIFICATIVA
10. INÍCIO AGUDO APÓS TRAUMA
11. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. PFE BAIXO
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. DOR PLEURÍTICA
6. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. CHIEIRA
2. TOSSE PRODUTIVA
3. TRAUMA TORÁCICO
4. EVENTO RECENTE

Doença mental

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO
3. ALTO RISCO DE AGREDIR OUTROS
4. HIPERGLICEMIA COM CETOSE

URGENTE - AMARELO

1. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
2. RISCO MODERADO DE AGREDIR OUTROS
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. HIPERGLICEMIA
5. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
6. COMPORTAMENTO CONTURBADOR

Dor abdominal em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR EPIGÁSTRICA
7. DOR IRRADIADA PARA O DORSO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. ADULTO QUENTE
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Dor abdominal em criança

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
4. PÚRPURA
5. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
6. BEBÊ QUENTE
7. CRIANÇA MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. GRAVIDEZ POSSÍVEL
5. MASSA ABDOMINAL VISÍVEL
6. INCONSOLÁVEL PELOS PAIS
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. CRIANÇA QUENTE
9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Dor cervical

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. SINAIS DE MENINGISMO
3. PÚRPURA
4. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO PESCOÇO
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Dor de garganta

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. BABA-SE
4. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
4. BEBÉ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. INÍCIO SÚBITO
2. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÉ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Dor lombar

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
2. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
3. CRIANÇA MUITO QUENTE
4. ADULTO MUITO QUENTE
5. SEPSE POSSÍVEL
6. DOR ABDOMINAL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
2. TRAUMA DIRETO NO DORSO
3. INCAPAZ DE ANDAR
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. CÓLICAS
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. CRIANÇA FEBRIL
2. ADULTO FEBRIL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Dor testicular

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. GANGRENA DE ESCROTO
2. IDADE DE 25 ANOS OU MENOS
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. CELULITE DE ESCROTO
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. CRIANÇA QUENTE
4. ADULTO QUENTE
5. CÓLICAS
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. TRAUMA DE ESCROTO
5. VÔMITO
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

Dor torácica

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. CRIANÇA QUENTE
6. ADULTO QUENTE
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Embriaguez aparente

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA NÃO TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
4. HISTÓRIA INADEQUADA
5. HIPOTERMIA

URGENTE - AMARELO

1. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA TOTALMENTE ATRIBUÍVEL AO ÁLCOOL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
6. HISTÓRIA DISCORDANTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRAUMA RECENTE
2. DOR LEVE RECENTE

Erupção cutânea

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. DISPNEIA AGUDA
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. PÚRPURA
6. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
7. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
8. NEONATO QUENTE
9. BEBÊ QUENTE
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. ADULTO MUITO QUENTE
12. SEPSE POSSÍVEL
13. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR OU COCEIRA LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Exposição a agentes químicos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. ESTRIDOR
3. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA DE LÍNGUA
2. EDEMA FACIAL
3. LESÃO POR INALAÇÃO
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. NOVO PULSO ANORMAL
6. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
7. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
8. RISCO DE CONTAMINAÇÃO PERSISTENTE
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. EVENTO RECENTE

Feridas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. TRAUMA VAGINAL
4. HISTÓRIA DISCORDANTE
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Hemorragia digestiva

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. VÔMITO DE SANGUE
2. EVACUAÇÃO DE SANGUE VIVO OU ESCURECIDO
3. NOVO PULSO ANORMAL
4. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
5. HISTÓRIA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA IMPORTANTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA AGUDA DE VÔMITO DE SANGUE
2. FEZES PRETAS OU FEZES EM GROSELHA
3. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
4. VÔMITOS PERSISTENTES
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Infecções locais e abscesso

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
2. ENFISEMA SUBCUTÂNEO
3. NEONATO QUENTE
4. BEBÊ QUENTE
5. CRIANÇA MUITO QUENTE
6. ADULTO MUITO QUENTE
7. SEPSE POSSÍVEL
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. ARTICULAÇÃO QUENTE
2. DOR AO MOVIMENTO ARTICULAR
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. EVENTO RECENTE

Mal estar em adulto

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. HIPOGLICEMIA
5. CONVULSIONANDO

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. HEMOPTISE
8. PÚRPURA
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
11. RISCO ESPECIAL DE INFECÇÃO
12. DOR EPIGÁSTRICA
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. HIPOTERMIA
16. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. HIPERGLICEMIA
4. HISTÓRIA DE HEMOPTISE
5. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
6. INÍCIO SÚBITO
7. HISTÓRIA DE VIAGEM RECENTE
8. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
9. ADULTO QUENTE
10. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. ADULTO FEBRIL
2. DOR LEVE RECENTE
3. EVENTO RECENTE

Mal estar em criança (12 meses a 14 anos de idade)

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. RESPOSTA À VOZ OU À DOR APENAS
4. NÃO REAGE AOS PAIS
5. SINAIS DE MENINGISMO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. PÚRPURA
8. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
9. ERUPÇÃO CUTÂNEA FIXA
10. CRIANÇA MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. SINAIS DE DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. SINAIS DE DESIDRATAÇÃO
4. NÃO SE ALIMENTA
5. SEM URINAR
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. CRIANÇA QUENTE
9. SINAIS DE DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. COMPORTAMENTO ATÍPICO
2. CRIANÇA FEBRIL
3. SINAIS DE DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Mordedura e picadas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
5. CHOQUE
6. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. EDEMA DE LÍNGUA
3. FRASES ENTRECORTADAS
4. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
5. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
6. NOVO PULSO ANORMAL
7. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
8. ENVENENAMENTO DE ALTA MORTALIDADE
9. HISTÓRIA ALÉRGICA IMPORTANTE
10. NEONATO QUENTE
11. BEBÊ QUENTE
12. CRIANÇA MUITO QUENTE
13. ADULTO MUITO QUENTE
14. SEPSE POSSÍVEL
15. DOR OU COCEIRA INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
3. ENVENENAMENTO DE MODERADA MORTALIDADE
4. ERUPÇÃO OU VESÍCULAS DISSEMINADAS
5. NEONATO FEBRIL
6. CRIANÇA QUENTE
7. ADULTO QUENTE
8. DOR OU COCEIRA MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Overdose e envenenamento

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. MORTALIDADE ALTA
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. ALTO RISCO DE AUTOAGRESSÃO

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. HIPERGLICEMIA
3. AGITAÇÃO PSICOMOTORA
4. MORTALIDADE MODERADA
5. RISCO MODERADO DE AUTOAGRESSÃO
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA IMPORTANTE
8. HISTÓRIA DISCORDANTE

Palpitações

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. NOVO PULSO ANORMAL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. HISTÓRIA DE OVERDOSE OU ENVENENAMENTO
5. DOR PRECORDIAL OU CARDÍACA
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE

URGENTE - AMARELO

1. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
2. PALPITAÇÃO ATUAL
3. HISTÓRIA CARDÍACA IMPORTANTE
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE

POUCO URGENTE - VERDE

1. EVENTO RECENTE

Problema em face

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL
9. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
5. AVULSÃO DENTÁRIA AGUDA
6. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
7. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
8. HISTÓRIA DISCORDANTE
9. NEONATO FEBRIL
10. CRIANÇA QUENTE
11. ADULTO QUENTE
12. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INCHAÇO NA FACE
2. HEMATOMA DE ORELHA
3. DIPLOPIA
4. SENSIBILIDADE ALTERADA NA FACE
5. OLHO VERMELHO
6. BEBÊ FEBRIL
7. CRIANÇA FEBRIL
8. ADULTO FEBRIL
9. DOR LEVE RECENTE
10. EVENTO RECENTE

Problemas em extremidades

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. PELE CRÍTICA
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
6. HISTÓRIA DISCORDANTE
7. DOR PLEURÍTICA
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DEFORMIDADE
2. INCHAÇO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Problemas em olhos

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. LESÃO OCULAR QUÍMICA AGUDA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. TRAUMA OCULAR PENETRANTE
2. PERDA TOTAL DA VISÃO AGUDA
3. DOR INTENSA
4. NEONATO QUENTE
5. BEBÊ QUENTE
6. CRIANÇA MUITO QUENTE
7. ADULTO MUITO QUENTE
8. SEPSE POSSÍVEL

URGENTE - AMARELO

1. REDUÇÃO RECENTE DA ACUIDADE VISUAL
2. HISTÓRIA DISCORDANTE
3. NEONATO FEBRIL
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. OLHO VERMELHO
2. SENSAÇÃO DE CORPO ESTRANHO
3. DIPLOPIA
4. BEBÊ FEBRIL
5. CRIANÇA FEBRIL
6. ADULTO FEBRIL
7. DOR LEVE RECENTE
8. EVENTO RECENTE

Problemas urinários

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE

MUITO URGENTE - LARANJA

1. PRIAPRISMO
2. IMUNOSSUPRESSÃO CONHECIDA OU PROVÁVEL
3. BEBÊ QUENTE
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. SEPSE POSSÍVEL
7. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMATÚRIA FRANCA
2. VÔMITOS PERSISTENTES
3. RETENÇÃO URINÁRIA
4. CRIANÇA QUENTE
5. ADULTO QUENTE
6. CÓLICAS
7. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. VÔMITO
2. DISÚRIA
3. BEBÊ FEBRIL
4. CRIANÇA FEBRIL
5. ADULTO FEBRIL
6. DOR LEVE RECENTE
7. EVENTO RECENTE

Quedas

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. CHOQUE
4. CRIANÇA NÃO REATIVA
5. CONVULSIONANDO
6. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. NOVO PULSO ANORMAL
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
7. NEONATO QUENTE
8. BEBÊ QUENTE
9. CRIANÇA MUITO QUENTE
10. ADULTO MUITO QUENTE
11. SEPSE POSSÍVEL
12. HIPOTERMIA
13. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. DEFORMIDADE GROSSEIRA
4. FRATURA EXPOSTA
5. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
6. HIPERGLICEMIA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. NEONATO FEBRIL
9. CRIANÇA QUENTE
10. ADULTO QUENTE
11. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. BEBÊ FEBRIL
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. DOR LEVE RECENTE
5. DEFORMIDADE
6. INCHAÇO
7. EVENTO RECENTE

Queimaduras

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. ESTRIDOR
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. EDEMA FACIAL
2. LESÃO POR INALAÇÃO
3. DISPNEIA AGUDA
4. SATURAÇÃO DE O2 MUITO BAIXA
5. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
6. MORTALIDADE QUÍMICA ALTA
7. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
8. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. SATURAÇÃO DE O2 BAIXA
2. EXPOSIÇÃO À FUMAÇA
3. QUEIMADURA ELÉTRICA
4. MORTALIDADE QUÍMICA MODERADA
5. HISTÓRIA DISCORDANTE
6. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Sangramento vaginal

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. SANGRAMENTO VAGINAL INTENSO
2. SANGRAMENTO VAGINAL COM 20 SEMANAS DE GRAVIDEZ OU MAIS
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. CRIANÇA MUITO QUENTE
5. ADULTO MUITO QUENTE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. TRAUMA VAGINAL
2. GRAVIDEZ POSSÍVEL
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR ABDOMINAL
6. DOR IRRADIADA PARA O OMBRO
7. CRIANÇA QUENTE
8. ADULTO QUENTE
9. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. DOR LEVE RECENTE
2. CRIANÇA FEBRIL
3. ADULTO FEBRIL
4. EVENTO RECENTE

Situação de múltiplas vítimas - avaliação primária

POUCO URGENTE - VERDE

1. ANDA

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA ANORMAL (< 10 OU > 29 IPM)
2. PERFUSÃO CAPILAR ANORMAL (> 2 SEG)
3. FREQUÊNCIA DE PULSO ANORMAL (> 120 BPM)
4. RESPIRA APÓS ABERTURA DE VIAS AÉREAS

Situação de múltiplas vítimas - avaliação secundária

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. TRTS 1 A 10

URGENTE - AMARELO

1. TRTS = 11

POUCO URGENTE - VERDE

1. TRTS = 12

Trauma cranioencefálico

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA
6. CONVULSIONANDO
7. HIPOGLICEMIA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
2. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
3. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
4. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
5. HIPERGLICEMIA COM CETOSE
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MAIS DE 24 HORAS
3. VÔMITOS PERSISTENTES
4. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
5. HIPERGLICEMIA
6. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
7. HISTÓRIA DISCORDANTE
8. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. HEMATOMA DE COURO CABELUDO
2. VÔMITO
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Trauma maior

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. NOVO DÉFICIT NEUROLÓGICO HÁ MENOS DE 24 HORAS
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA
3. COMORBIDADE IMPORTANTE
4. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
5. DOR MODERADA

Trauma toracoabdominal

EMERGÊNCIA - VERMELHO

1. OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS
2. RESPIRAÇÃO INADEQUADA
3. HEMORRAGIA EXSANGUINANTE
4. CHOQUE
5. CRIANÇA NÃO REATIVA

MUITO URGENTE - LARANJA

1. DISPNEIA AGUDA
2. HEMORRAGIA MAIOR INCONTROLÁVEL
3. ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
4. EVISCERAÇÃO
5. MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
6. DOR INTENSA

URGENTE - AMARELO

1. HEMORRAGIA MENOR INCONTROLÁVEL
2. HISTÓRIA HEMATOLÓGICA OU METABÓLICA SIGNIFICATIVA
3. HISTÓRIA DISCORDANTE
4. DOR PLEURÍTICA
5. DOR MODERADA

POUCO URGENTE - VERDE

1. INFLAMAÇÃO LOCAL
2. INFECÇÃO LOCAL
3. DOR LEVE RECENTE
4. EVENTO RECENTE

Modelo da Ficha de classificação de risco

Ficha de classificação de risco

Queixa principal: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Sinais sintomas: _____

_____

_____

_____

Dados complementares:

PA: _____x_____ mmHg SaO_2: _____% FC: _____ bpm T: ____ °C

Glicemia: _____ mg/dL

Alergia: _____

Risco de queda ( ) sim ( ) não

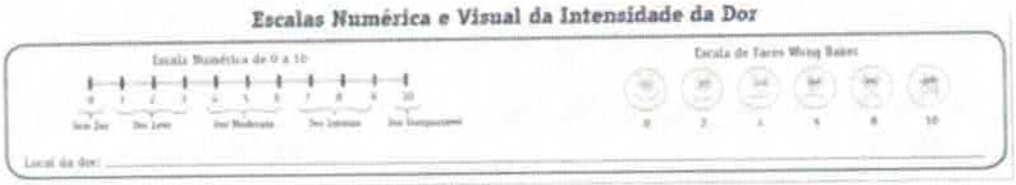
Destino do paciente

( ) Unidade de emergência ( ) Sala de gesso ( ) Sala de procedimentos

Enfermeiro classificador:_____

Escala de dor:_____

Escalas Numérica e Visual da Intensidade da Dor



Escala de Glasgow:_____

Escala de Glasgow			
Abertura Ocular: [ ] 4 - Espontânea [ ] 3 - Ao estímulo verbal [ ] 2 - Ao estímulo doloroso [ ] 1 - Nenhuma	Resposta Verbal: [ ] 5 - Orientado [ ] 1 - Nenhuma [ ] 4 - Confuso [ ] 3 - Palavras inapropriadas [ ] 2 - Sons incompreensíveis	Resposta Motora: [ ] 6 - Obedece ordens [ ] 2 - Reage à dor com extensão patológica [ ] 5 - Localiza a dor [ ] 1 - Não reage à dor [ ] 4 - Reage à dor sem localizar [ ] 3 - Reage à dor com flexão patológica	Total:

Escala de Cincinatti

ESCALA DE CINCINATTI

A Escala de Cincinnati (Cincinnati Prehospital Stroke Scale - CPSS) é uma ferramenta para o diagnóstico de casos agudos de AVC idealizada para o contexto pré-hospitalar

Paresia facial (pedir ao paciente para mostrar os dentes ou sorrir):

- Normal: ambos os lados da face movem-se simetricamente
- Anormal: um lado da face não se move tão bem quanto o outro

Déficit motor dos membros superiores (paciente deve fechar os olhos e manter os braços estendidos por 10 segundos)

- Normal: ambos os braços movem-se simetricamente ou ambos não se movem (outros achados como pronação distal podem ser úteis)
- Anormal: um membro superior não se move ou apresenta queda

Fala (pedir que o paciente fale "não se pode ensinar novos truques a um cachorro velho"):

- Normal: paciente usa corretamente as palavras sem alteração
- Anormal: paciente apresenta dificuldade para falar, usa as palavras de forma inadequada ou é incapaz de falar

Interpretação: Se qualquer um destes três sinais for anormal, a probabilidade da ocorrência de um AVC agudo é de 72%

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Caroline Marinho de Araújo** Tutora de Enfermagem COREMU	**28/08/2022**	
	Jane Chaves da Silva Rezende Coordenadora de Enfermagem UTI I	**28/08/2022**	
	Letícia de Souza Pereira Coordenadora Residência COREMU/SESG	**28/08/2022**	
	Luzia dos Santos Oliveira Enfermeira do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia	**28/08/2022**	
	Verlaine dos Reis Médico Cirurgião Vascular	**28/08/2022**	
Revisão:	**Weverson José da Silva** Coordenador da Emergência	**13/01/2023**	
	Ana Paula Costa Viana Montalvão Enfermeira do NQSP	**13/01/2023**	
Validação:	Mírian da Silva Pires Santos Gerente Assistencial	**13/01/2023**	
	Tamilles da Silva Borges Coordenadora do NQSP	**13/01/2023**	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges Diretor Geral	**13/01/2023**	

6.1.21 Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol

HUGO Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
	PROJETO		
	BANHO DE SOL		
	PJT.NQSP.003	Revisão: 00	Vigência:28/06/2025

DESCRIÇÃO

A condição psicológica interfere em sua condição física e é relevante para a qualidade durante o período de internação. Diante disto projetos que visem a humanização podem afetar positivamente na recuperação do paciente. Este projeto foi desenvolvido visto que os pacientes em tratamento no ambiente hospitalar, se encontram afastados do convívio familiar, fragilizados pela condição imposta pela doença e rompimento das atividades sociais e profissionais.

Este projeto vem em consonância com a Política Nacional de Humanização buscando pôr em prática os princípios do SUS, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. O projeto será desenvolvido pela equipe multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiás. Os pacientes serão avaliados previamente, com o intuito de verificar o nível de consciência, assim como qualquer item que impeça a participação no projeto. O nível de consciência será avaliado pela escala de coma de Glasgow. Após a avaliação serão abordados os pacientes que se enquadrem no projeto, levando em consideração paciente com longo período de hospitalização, o desejo em participar e estar consciente. No momento será ofertado ao paciente a possibilidade de ouvir uma música de sua preferência ou que tenha afeição, um lanche especial, caso houver permissão da nutricionista, e também possibilidade de visita familiar.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Este projeto visa otimizar medidas de humanização além de melhorar a vivência durante a internação para pacientes com internação prolongada trazendo momentos de alegria ao paciente de longa permanência.

OBJETIVOS

Minimizar o sofrimento da internação de longa permanência;

Melhora no quadro clínico emocional do paciente.

BENEFÍCIOS

Propiciar momento de entretenimento;

Contribuir para a socialização;

Diminuir o grau de estresse;

Fortalecer o lado biológico;

Estimular o fortalecimento de vínculos;

Contribuir para o bem-estar do paciente.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Todos os profissionais serão envolvidos no processo, sem exceções. Contribuindo para integração no trabalho e humanização da equipe.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Pacientes de longa permanência;

Profissionais de saúde do Hugo;

RESTRIÇÕES

Conforme perfil do paciente, limitações estruturais da unidade e condições climáticas.

RISCOS

Riscos associados a transporte em maca.

Risco paralelo ao quadro clínico do paciente.

EQUIPE

Profissionais de todos os setores de internação.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

ORÇAMENTO

Sem custo adicional.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

PLANO DE AÇÃO

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Mônica Francisca Benevides Lelis** Psicóloga	**28/06/2023**	
	Matheus Gabriel Dias Médico Hospitalista	**28/06/2023**	
Revisão:	**João Lucas Lopes de Oliveira** Coordenador de Enfermagem	**28/06/2023**	
	Taynna Leão Enfermeira NQSP	**28/06/2023**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Coordenadora NQSP	**28/06/2023**	
Aprovação:	**Luis Henrique Ribeiro Gabriel** Diretor Geral	**28/06/2023**	

6.1.22 Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador

1.OBJETIVOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, no qual o indivíduo é capaz de usar suas próprias habilidades, recuperar-se do estresse rotineiro, ser produtivo e contribuir com a comunidade.

O Programa de Qualidade de Vida no Trabalho (PQV) tem por objetivo promover satisfação, bem-estar e saúde dos funcionários dentro do ambiente corporativo.

É um instrumento, um conjunto de ações e estratégias, focado exclusivamente em propor ações voltadas a desenvolver os funcionários, promover satisfação pessoal e profissional, adoção de hábitos saudáveis, clima organizacional saudável, produtivo e feliz.

1.1 – INTRODUÇÃO

O Hospital Estadual de Urgências de Goiás – Dr. Valdemiro Cruz – HUGO é referência em traumatologia e foi idealizado para prestar atendimento de caráter de urgência e emergência de média e alta complexidade.

Inaugurado em 1991, o HUGO é o segundo maior hospital de urgência e emergência de Goiás, e além da assistência, também é um hospital de ensino, pesquisa e extensão universitária.

Atualmente gerido pelo Instituto Cem, entidade que atua na administração de projetos e gestão de contratos público-privados, com foco na excelência.

O Programa de Qualidade de Vida de vida do HUGO consiste na gestão integrada de ações de saúde, medicina ocupacional e segurança do trabalho. Visa propor ferramentas e ações necessárias para que a Unidade invista mais na saúde e bem-estar dos trabalhadores, considerando os aspectos físico, emocional e social.

2. DIRECIONAMENTO DO PROGRAMA

2.1 – FRENTES DE TRABALHO

Inicialmente, atuaremos em três frentes de trabalho:

- Potencializar ações já existentes;

- Implantar novas ações de qualidade de vida que se interliguem e atendam às necessidades dos trabalhadores (criação cronograma de trabalho);

- Estabelecer indicadores de gestão para controle e medição da evolução do nível de saúde e bem estar dos trabalhadores;

2.1.1 – POTENCIALIZAR AÇÕES JÁ EXISTENTES

Atualmente, a equipe de segurança do trabalho realiza treinamentos setoriais, levando Educação Continuada para as equipes.

Como parte do projeto, um cronograma de treinamentos será desenvolvido, de maneira a potencializar os treinamentos já realizados, sistematizando sua ocorrência.

Outra ação já existente e executada pela equipe de medicina do trabalho, é a realização do levantamento do Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores da Unidade. Para traçar este perfil, são utilizados os dados fornecidos pelos colaboradores / servidores no memento de anamnese tanto no exame admissional como no periódico.

Como ação para implementar essa busca de dados, foi aplicado questionário auxiliar, momento em que os colaboradores puderam descrever doenças pré-existentes.

As doenças informadas foram divididas em cinco grupos:

1- Doenças Circulatórias;

2- Doenças Respiratórias;

3- Diabetes;

4- Obesidade;

5- Doenças Osteomusculares.

A seguir apresentaremos os dados já contabilizados até o momento:

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRABALHADOR DO HUGO				
GRUPO 01 Doenças Circulatórias	**GRUPO 02** Doenças Respiratórias	**GRUPO 03** Diabetes	**GRUPO 04** Obesidade	**GRUPO 05** Doenças Osteomusculares
157 pessoas	23 pessoas	17 pessoas	78 pessoas	87 pessoas

Além disso, caso o médico do trabalho identifique que algum funcionário necessita de acompanhamento psicológico, ele coloca em prática o POP – ACOLHIMENTO E ATENDIMENTO DE PROFISSIONAIS (anexo ao final deste documento). Este POP prevê que o profissional pode ser direcionado ao Serviço de Psicologia da Unidade.

Outra medida já implantada que visa a segurança e saúde do trabalhador é o afastamento da colaboradora / servidora gestante que labora em área insalubre (anexo ao final deste programa). Este fluxo prevê que toda mulher gestante deve ser afastada da área insalubre, sendo encaminhada para realizar trabalho em área salubre. Além disso, esta mulher é acompanhada periodicamente pela medicina do trabalho.

Temos ainda na unidade o Serviço de Telemedicina (POP em anexo). Ele realiza o atendimento dos colaboradores / servidores sintomáticos para COVID-19. Todo trabalhador sintomático é afastado dos serviços, avaliado via telefônica por um médico e realiza o RT-PCR para detecção de COVID-19. Recebe, ainda, atestado médico para justificar o afastamento das atividades laborais durante o período necessário para recuperação.

Durante o ano de 2022, 698 pessoas com sintomas de COVID foram atendidas pelo Serviço de Telemedicina da Unidade. Todas foram avaliadas e testadas.

2.1.2 – IMPLANTAR NOVAS AÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA

Para desenvolvimento desta área, estão sendo planejadas ações mensais, devidamente organizadas e adequadas ao calendário da Instituição, nas diversas áreas propostas: workshops, palestras, seminários, encontros e eventos envolvendo profissionais da própria Instituição ou convidados para atuarem como facilitadores, abrangendo diversos temas como: Saúde e Bem Estar, Cultura e Lazer.

Como medida para auxiliar os trabalhadores, foi montado um cronograma de ações em conjunto com a equipe multiprofissional, conforme segue:

Ação	Mês	Público Alvo	Objetivo
Aferição de pressão arterial	Janeiro	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores com pressão alterada, aconselhamento e acompanhamento da medicina do trabalho.
Medição do peso	Fevereiro	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que estão acima do peso, aconselhamento com a equipe de Nutrição da unidade e

			acompanhamento da medicina do trabalho.
Palestra sobre Doenças Osteo musculares	Março	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que possuam esta patologia, aconselhamento e acompanhamento da medicina do trabalho.
Medição de glicemia	Abril	Todos os trabalhadores da unidade	Identificação de trabalhadores que estão com a glicemia alterada, aconselhamento com a equipe de Nutrição da unidade e acompanhamento da medicina do trabalho.

Para as doenças mentais, propomos ações como: rodas de conversas e momentos de meditação durante este dia, ambos abertos à participação de todos os trabalhadores da Unidade. Estas ações serão desenvolvidas pela psicóloga que está no HUGO todas as quartas-feiras.

2.1.2 – ESTABELECER E ACOMPANHAR INDICADORES

Os indicadores devem ser utilizados, pois são ferramentas para medição e controle da evolução do nível da saúde e bem estar dos trabalhadores.

Utilizaremos como indicadores:

1- Quantidade de atestados recebidos / mês;

2- Dias de afastamento gerados pelos atestados / mês;

3- CIDs mais prevalentes;

4- Quantidade de Equipamentos de Proteção Individual entregues / mês;

5- Quantidade de Acidentes (Típico, Trajeto e Exposição à Material Biológico) / mês.

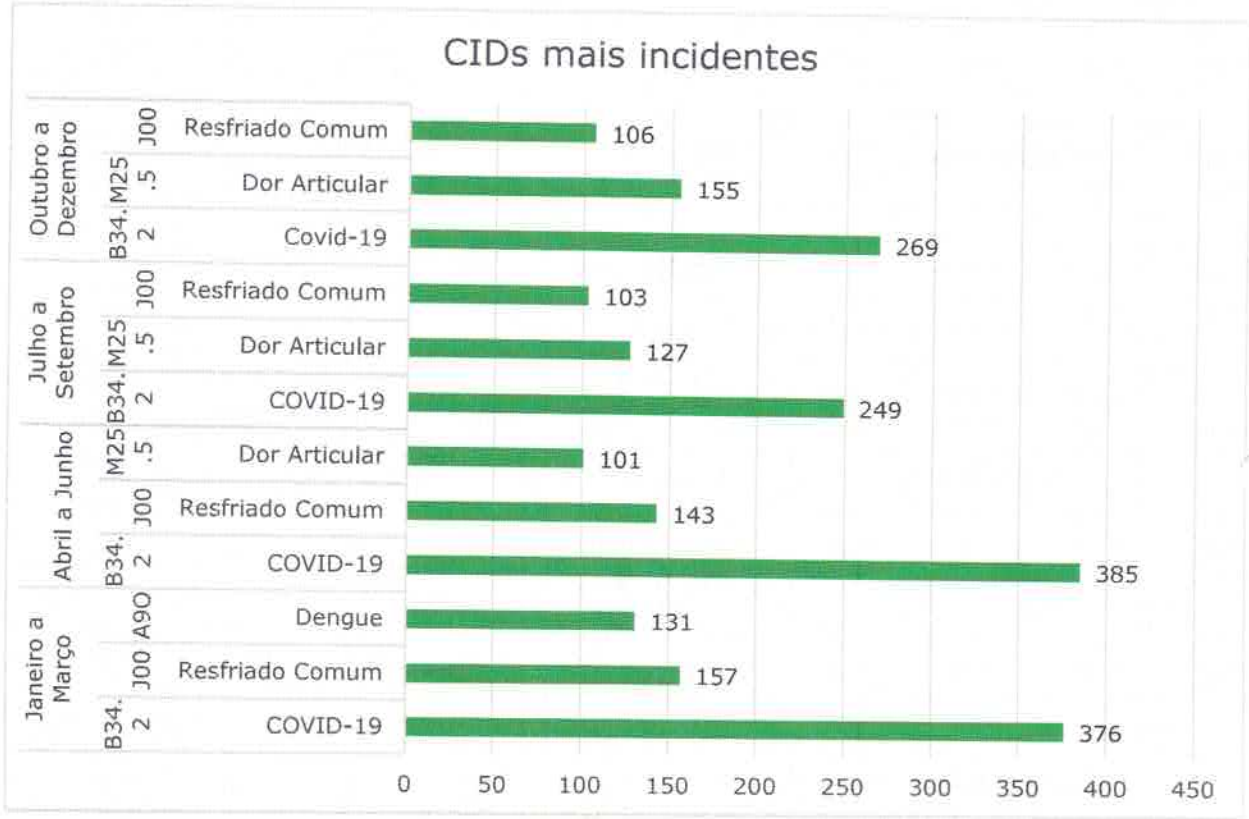
A seguir apresentaremos a quantidade de atestados médicos recebidos no período de junho a dezembro de 2022.

Atestados Recebidos	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Quantidade	458	465	419	362	498	535	2.737
Dias de Afastamento	2.271	2.446	1.532	1.842	2.791	3.365	14.247

Apresentamos abaixo os CIDs (Código Internacional de Doenças) mais prevalentes trimestralmente. Este indicador é importante pois possibilita entender o motivo do adoecimento do trabalhador, favorecendo o direcionamento de ações para evita-las.

	CID	Motivo	Quantidade
Janeiro a Março	B34.2	COVID-19	376
	J00	Resfriado Comum	157

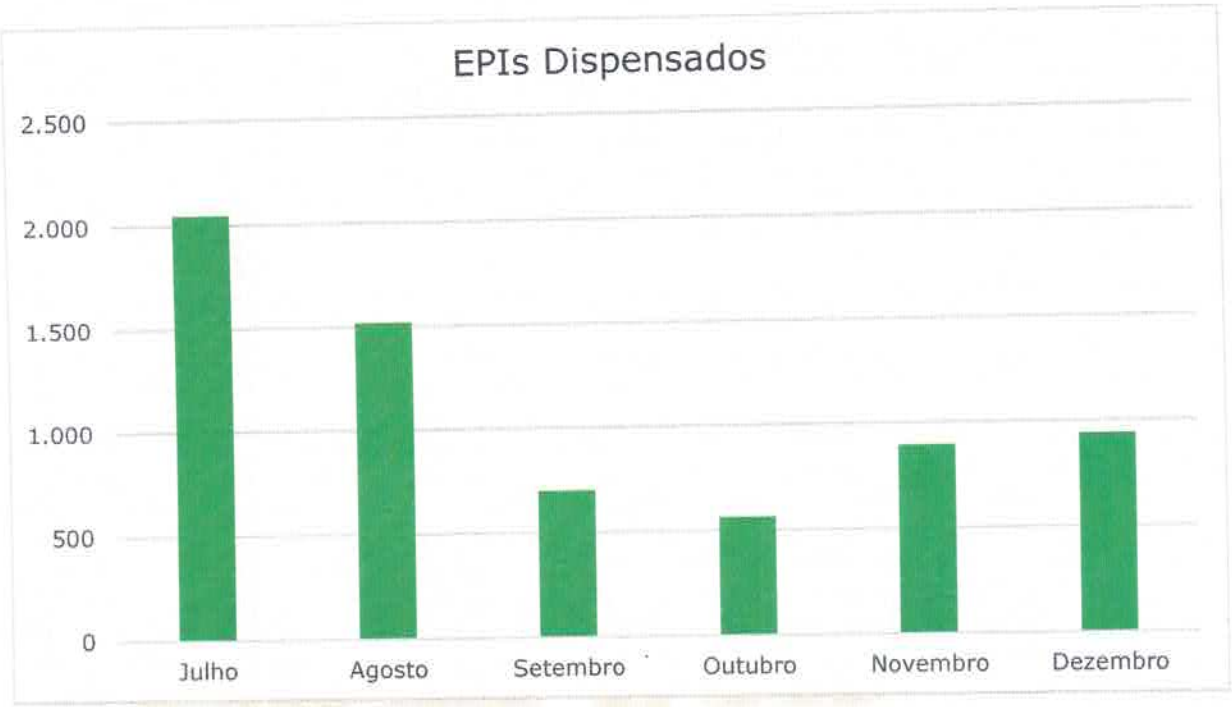
	A9O	Dengue	131
Abril a Junho	B34.2	COVID-19	385
	J00	Resfriado Comum	143
	M25.5	Dor Articular	101
Julho a Setembro	B34.2	COVID-19	249
	M25.5	Dor Articular	127
	J00	Resfriado Comum	103
Outubro a Dezembro	B34.2	Covid-19	269
	M25.5	Dor Articular	155
	J00	Resfriado Comum	106



Os Equipamentos de Proteção Individual – EPIs entregues são: máscara N-95, capote impermeável, macacão impermeável, protetor facial/óculos de proteção, luva de vinil sem pó, luvas ranhuradas, avental de PVC, bota de PVC. Ficam disponíveis nos setores as luvas de procedimentos e toucas/gorros sempre que a assistência terapêutica ao paciente exigir.

Segue planilha com a quantidades de EPIs dispensados nos meses de junho, julho, agos setembro e outubro:

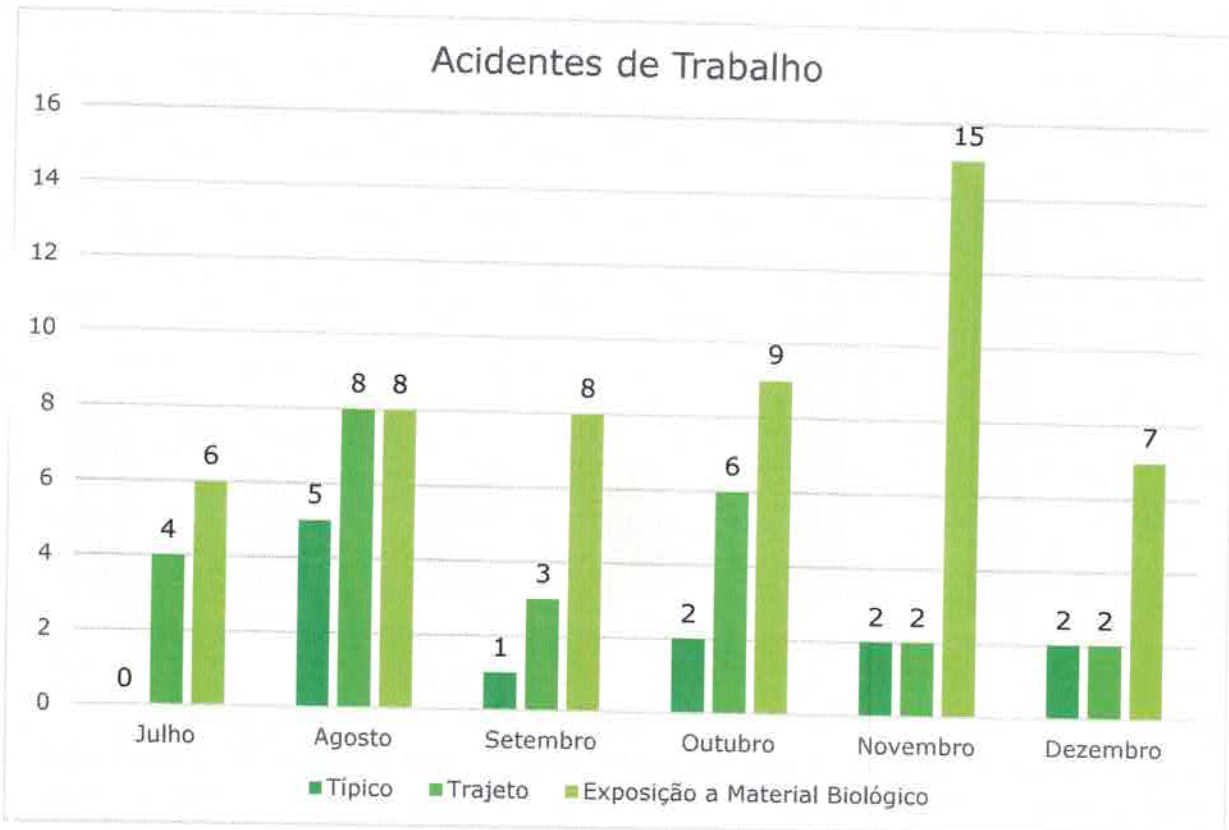
EPIs Dispensados	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Quantidade	2.046	1.519	701	562	894	939	6.661



A Análise e Investigação de Acidentes de Trabalho são realizadas sempre que o colaborador sofre algum acidente de trabalho. De acordo com o Art. 19 da Lei 8.213 de 1991, Acidente de Trabalho "*é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho*".

Realizamos a Análise e Investigação de Acidentes de Trabalho e sempre que configurado, conforme descrição acima, fazemos o registro da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT. Como indicador foram utilizados os Acidentes de Trabalho (em que foram registrados CAT) típicos, de trajeto e os de exposição a material biológico.

Acidentes de trabalho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Total
Típico	0	5	1	2	2	2	12
Trajeto	4	8	3	6	2	2	25
Exposição a Material Biológico	6	8	8	9	15	7	53
Total	10	21	12	17	19	11	90



3. ENCERRAMENTO

Este Programa de Qualidade de Vida do Trabalhador é um documento dinâmico, ou seja, deve ser atualizado periodicamente para que as ações sejam sempre tomadas considerando o cenário atual do trabalhador.

Foi elaborado em Novembro/2022 pela Engenheira de Segurança do Trabalho Mônica Vidal Maciel em conjunto com a equipe do SESMT do HUGO. Foi atualizado em Janeiro/2023. A responsabilidade por sua operacionalização é do SESMT em parceria com a Direção da Unidade.

Mônica Vidal Maciel

CREA-GO 19.733/D

6.1.23 Projeto Revista Cientifica

	BIBLIOTECA

HUGO Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz	PROJETO		
	REVISTA CIENTÍFICA		
	PJT.SETOR.XXX	Revisão: 0X	Vigência: XX/XX/XXXX

DESCRIÇÃO

A comunicação científica é a disseminação de informações científicas por meio de publicações, conferências, apresentações e outros meios de comunicação. O objetivo é compartilhar conhecimento científico com outros pesquisadores e o público em geral (TARGINO, 2010).

Por este motivo a comunicação científica é uma parte essencial do processo científico, pois permite que os resultados da pesquisa sejam avaliados e verificados pela comunidade científica. Além disso, ajuda a promover a colaboração entre pesquisadores e a avançar o conhecimento (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

Os principais meios de comunicação científica são: revistas científicas, conferências, relatórios técnicos e apresentações (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

Portanto o foco deste projeto será a criação de uma revista científica para o Hospital Estadual de Urgências de Goiás - HUGO para a divulgação das pesquisas científicas que estão sendo feitas dentro da Unidade Hospitalar

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A revista científica é uma importante ferramenta para divulgar os resultados de pesquisas realizadas dentro do Hospital. Isso permite que outros profissionais da área possam ter acesso aos resultados e utilizar as informações para aprimorar o conhecimento e melhorar a prática

Dado que o periódico é um espaço para compartilhar conhecimento entre profissionais. Isso pode incluir artigos que apresentam novas técnicas e metodologias, estudos de casos, revisões entre outros. Além disto, a publicação de artigos em uma revista científica pode aumentar a visibilidade dos autores e do Hospital Estadual de Urgências de Goiás, o que é extremamente importante para a divulgação científica também para o desenvolvimento de novas parcerias e colaborações (BARATA, 2016; PITALUGA; MARICATO, 2014).

OBJETIVO GERAL

Promover a disseminação do conhecimento científico para profissionais da saúde e para a sociedade em geral, através da divulgação de pesquisas, estudos e descobertas relevantes para a área.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Publicar artigos que sejam relevantes e inovadores para a área da saúde;

Contribuir para o avanço da ciência na área da saúde;

Avaliar a qualidade dos trabalhos submetidos à publicação, garantindo a confiabilidade dr resultados divulgados;

Fomentar a pesquisa científica na área da saúde, incentivando a produção de novos estudos e descobertas.

BENEFÍCIOS

A criação de uma revista científica para o HUGO trará mais visibilidade científica para o hospital e os autores, pois é uma forma de disseminação de pesquisas, estudos e descobertas na área da saúde. Ao publicar pesquisas científicas, as revistas ajudam a compartilhar novos conhecimentos e descobertas com a comunidade científica e com o público em geral.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto que vai ser entregue é a revista, o qual deve possuir as seguint características

- Revisão por pares: A revista científica de saúde deve ter um sistema robusto de revisão por pares para garantir a qualidade das pesquisas e artigos publicados. Esse processo envolve a avaliação do trabalho por outros especialistas da área, que fornecem feedback e sugestões para melhorias (RODRIGUES; QUARTIERO; NEUBERT, 2015).
- Foco na ciência: A revista deve ter um foco claro na ciência e no método científico. Todos os artigos publicados devem ser baseados em pesquisa empírica, e a revista deve evitar a publicação de artigos baseados apenas em opiniões ou especulações.

- Ética e integridade: A revista deve seguir rigorosos padrões éticos e de integridade (passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP). Isso inclui garantir que todas as pesquisas publicadas sejam realizadas de acordo com os mais altos padrões éticos, como a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes e a proteção da privacidade e confidencialidade das informações dos participantes.
- Acesso aberto: A revista deve oferecer acesso aberto a todos os artigos publicados. Isso significa que qualquer pessoa deve poder acessar e baixar os artigos sem ter que pagar uma taxa.
- Indexação e classificação: A revista deve ser indexada e classificada em bancos de dados científicos reconhecidos, como PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo e BVS. Isso ajuda a garantir a visibilidade e a credibilidade da revista.
- Equipe editorial qualificada: A revista deve contar com uma equipe editorial qualificada, composta por especialistas na área da saúde, que possam avaliar os artigos submetidos à revista e garantir a qualidade dos mesmos.
- Boas práticas de publicação: A revista deve seguir boas práticas de publicação, como a garantia de que todos os artigos publicados possuam informações claras e precisas sobre autoria, conflitos de interesse, fontes de financiamento, entre outros aspectos relevantes.

Sendo assim, subtende-se que para ser uma revista científica de alta qualidade e credibilidade na área da saúde, é necessário seguir rigorosos padrões éticos, científicos e de integridade, além de ter uma equipe editorial qualificada e um processo robusto de revisão por pares.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

As partes interessadas na revista científica são:

Autores: aqueles que escrevem artigos científicos e submetem à revista para publicação.

Leitores: aqueles que acessam e utilizam os artigos publicados para obter informações atualizadas sobre a saúde e a medicina.

Revisores: aqueles que avaliam os artigos submetidos e fornecem feedback aos autores e editores da revista.

Editores: aqueles que gerenciam o processo de revisão e seleção de artigos para publicação.

Patrocinadores: organizações ou indivíduos que financiam a revista e apoiam suas atividades.

Sociedades médicas: organizações profissionais que representam médicos e outros profissionais de saúde, que podem ser parceiras ou patrocinadoras da revista.

Agências governamentais: entidades governamentais que financiam pesquisas em saúde e podem ter interesse na disseminação dos resultados dessas pesquisas por meio da revista.

Comunidades e pacientes: aqueles que são afetados diretamente pelos resultados da pesquisa em saúde e podem utilizar a revista para acessar informações relevantes e compreender melhor sua condição de saúde.

RESTRIÇÕES

As restrições de uma revista científica podem variar dependendo de vários fatores, como o público-alvo, a área de atuação, o foco editorial, entre outros. No entanto, algumas restrições comuns incluem:

Restrições ao tipo de artigos aceitos: Muitas revistas científicas têm restrições quanto aos tipos de artigos que aceitam para publicação. Por exemplo, algumas revistas podem se concentrar em estudos originais, enquanto outras podem aceitar revisões sistemáticas ou estudos de caso.

Restrições quanto à qualidade do artigo: As revistas científicas da saúde geralmente têm padrões rigorosos de qualidade para os artigos que publicam. Os artigos devem apresentar metodologias sólidas, análises precisas e resultados significativos.

Restrições quanto à originalidade do artigo: A maioria dos periódicos exigem que os artigos submetidos sejam originais e não tenham sido publicados ou submetidos a outras revistas.

Restrições quanto à autoria: todos os autores devem atender aos critérios de autoria da revista e concordar com a submissão do artigo.

Restrições quanto aos conflitos de interesse: As revistas científicas exigem que os autores declarem todos os conflitos de interesse potenciais relacionados ao artigo submetido.

Restrições quanto ao idioma: Existem algumas restrições quanto ao idioma em que os artigos são submetidos ou publicados.

EQUIPE

A equipe será composta por:

- Coordenador (bibliotecário)
- Editor-chefe
- Editores associados
- Comissão da revista
- Diagramador
- Profissional de Letras
- Profissional de TI
- Revisores ad hoc

MARCOS E LINHA DO TEMPO

A criação da revista terá início imediato após aprovação do projeto e a estruturação ocorrerá no prazo de dois meses para o periódico passar a funcionar.

ORÇAMENTO

ISSN: é a identificação por código de publicações seriadas.

Detector de Plágio

Editor chefe: responsável por liderar a equipe editorial e supervisionar o processo editorial. Geralmente um especialista respeitado com uma ampla experiência em sua área de pesquisa e é responsável pela tomada de decisões finais sobre quais artigos serão publicados na revista. Uma que é responsável pela gestão do processo editorial, desde a submissão de um artigo até sua publicação. Isso pode incluir comunicação com autores e revisores, coordenação de revisões e garantia de que as políticas editoriais da revista sejam cumpridas (RODRIGUES; QUARTIERO; NEUBERT, 2015).

Editores associados: geralmente são especialistas que trabalham em estreita colaboração com o editor-chefe para garantir que os artigos sejam avaliados de forma justa e rigorosa. Eles podem ser responsáveis por lidar com artigos em áreas específicas.

Revisores: são especialista da área que revisam os artigos submetidos à revista. Eles fornecem feedback sobre a qualidade, originalidade e relevância do artigo e recomendam

se o artigo deve ser publicado ou não. A revisão por pares é um aspecto crucial do processo editorial de uma revista científica.

Responsável pela produção: responsável pela produção final da revista, incluindo edição de texto, layout, design gráfico e publicação.

Indexador: responsável por indexar os artigos da revista nos bancos de dados indexadores como: Scielo, BVS, Pubmed e etc.

Site: disponibilizar a revista para que as pessoas possam ter acesso ao conteúdo.

PLANO DE AÇÃO

5w2h revista científica	
What (O que será feito?)	Criar uma revista científica da saúde para publicação de artigos e pesquisas sobre temas relacionados à saúde.
Why (Por que será feito?)	Para compartilhar informações científicas relevantes e atualizadas, promovendo o avanço do conhecimento na área da saúde e auxiliando profissionais e estudantes.
Who (Quem fará?)	Uma equipe de profissionais da saúde e ciência da informação, incluindo editores e revisores.
Where (Onde será feito?)	A revista será publicação online e o escritório será dentr da biblioteca do HUGO
When (Quando será feito?)	A criação da revista terá início imediato após aprovação do projeto.
How (Como será feito?)	A revista será criada a partir de um planejamento detalhado, incluindo definição do público-alvo, temáticas a serem abordadas, formato da publicação e estratégias de divulgação. Será necessário contratar profissionais capacitados e utilizar ferramentas de qualidade para a revisão dos artigos e criação da revista.

How much (Quanto vai custar?)	O custo da criação e publicação da revista dependerá do tamanho da equipe, qualidade dos serviços contratados e quantidade de publicações. Um orçamento detalhado deverá ser elaborado para determinar o investimento necessário.

12. REFERÊNCIAS

TARGINO, Maria das Graças. Comunicação Científica: uma revisão de seus elementos básicos. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.11, n.1, 2010. Disponível em: https://www.brapci.inf.br/_repositorio/2010/11/pdf_33e67453a4_0013710.pdf.

RODRIGUES, Rosangela Schwarz; QUARTIERO, Emanoel; NEUBERT, Patricia. Periódicos científicos brasileiros indexados na Web of Science e Scopus: estrutura editorial e elementos básicos. **Inf. & Soc.:Est.**, João Pessoa, v.25, n.2, p. 117-138, maio/ago. 2015. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/117/13920.

BARATA, Rita Barradas. Desafios da editoração de revistas científicas brasileiras da área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.3, p.929-939, 2019. Disponível em:https://www.scielo.br/j/csc/a/HJHZbydzcwtmBD3GLcJB5gQ/?format=pdf&lang=pt.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Tatiana Lima Evangelista Bibliotecária	03/04/2023	
Revisão:	Nome do Revisor 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	

Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

6.1.24 Cronograma de Atividades dos Projetos de Assistenciais de Saúde

ATIVIDADE	O que	Quando	Ano:											
			MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
I	Definição da Equipe			X										
II	Apresentação e Planejamento da Proposta				X									
III	Implementação					X								
IV	Execução das Ações da Proposta					X	X	X	X	X	X	X	X	X
V	Avaliação das Ações da Proposta						X		X		X		X	
VI	Acompanhamento e monitoramento				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
VII	Proposta de Projetos Assistenciais de Saúde													
VIII	Projeto Acidente Vascular Cerebral Isquêmico													
IX	Projeto Certificação Centro Avc													
X	Protocolo Onda Vermelha													
XI	Projeto Gerencia Médica - Serviço De Atenção Domiciliar													
XII	Proposta Geriatria Em Ambulatório													
XIII	Avaliação Multidimensional Do Idoso													
XIV	Avaliação Multidimensional Do Idoso													
XV	Proposta Núcleo do Grupo de Avaliação e Acompanhamento de Pacientes Especiais													

XVI	Proposta Serviço de Medicina Física e Reabilitação													
XVII	Projeto De Atendimento Ambulatorial Pós-Covid													
XVIII	Projeto Para Testagem Para HIV Em Pacientes Cirúrgicos													
IX	Projeto "evitando eventos trombóticos pós cirurgia ortopédica"													
XX	Núcleo De Apoio Psicopedagógico (Nap) Aos Programas De Residência Médica E Multiprofissional Da Unidade De Saúde "Hospital Estadual Hugo"													
XXI	Projeto De Residência Em Cirurgia E Traumatologia Bucomaxilofacial													
XXII	Projeto De Transformação Jornada Científica Fonoaudiológica													
XXIII	Projeto Residência Em Movimento													
XIV	Projeto Prática Baseada Em Evidências													
XVX	Projeto Qualificação Para Avaliação Formativa Nos Programas De Residências													
XXVI	Projeto Prática Baseada Em Evidências													
XXVII	Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência													
XXVII	"Pense sepse"													

XXIX	"Um Cuidado de Amor"													
XXX	" Uma passagem segura"													
XXXI	"Fortalecendo a melhor fase"													
XXXII	"Sem trombos no caminho"													
XXXIIII	"Sem pressão"													
XXXIV	"Dono do jogo"													
XXXV	"I-I"													
XXXVI	Protocolo Classificação De Risco Conforme Manchester													
XXXVII	Projeto Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente - Banho De Sol													
XXXVIII	Projeto Sesmt Programa De Qualidade De Vida Do Trabalhador													

6.2 Proposta de Projetos Assistenciais Sociais

6.2.1 Da Proposta

Diante da complexidade do processo saúde-doença, além do reconhecimento da cidadania como fundamental no enfrentamento da realidade socioeconômica e sanitária, ressaltamos a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde, do envolvimento da comunidade para cuidados sobre saúde, e que a implantação de projetos sociais, tem como objetivo promover a reflexão, conscientização de forma constante sobre cuidados de saúde, buscando melhorar qualidade vida e acesso à informação além do promover envolvimento junto à população

Acreditamos que esta deve contemplar muito mais que as habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, porém são insuficientes para promover mudanças consistentes nos fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como para sustentação dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nossa visão acerca da gestão da unidade saúde é que além da formação profissional e ou universitária é que esta deve impulsionar o desenvolvimento de competências específicas para a atuação profissional na área de saúde e, também, enfatizar preceitos éticos, técnicos e políticos, no sentido proposto pela Saúde Coletiva, caracterizada como um campo no qual se inscrevem as múltiplas dimensões indissociáveis do ser humano, para além dos fenômenos biológicos e orgânicos, considerando sua inserção no contexto **sócio histórico.**

Partindo destes pressupostos, apresentamos alguns projetos que deverão ser implantados pela nossa gestão afim de viabilizar uma gestão mais humanizada, buscando atender os usuários SUS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), colaboradores, bem como de oportunizar outras formas de tratamento aos agravos da população que busca o serviço da unidade.

6.2.2 Projetos Sociais

6.2.2.1 Descrição

A Humanização / Política Nacional de Humanização. No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implicara a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à entidade e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS estas congregadas as ações do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO). O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidades entre ele, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão."

Direção do Instituto CEM terá como primórdio a questão da Humanização do Ambiente - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, propõe um Programa de Humanização para que seja agregado as diversas ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, usuários e comunidade do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e ao mesmo tempo criar subsídios à implantação de um programa permanente de Humanização que beneficie os usuários, trabalhadores e comunidade tanto da assistência , quanto do trabalho em saúde. Atendendo a usuários da infância-juventude, adultos, com a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. Melhoria nas condições de

trabalho do cuidador e de comunicação e informação tanto nas relações de trabalho quanto aos usuários.

Os serviços de saúde têm alcançado um enorme avanço científico, tecnológico e de conhecimento. Entretanto esta evolução não tem sido acompanhada por um correspondente avanço na qualidade do contato humano.

O planejamento de saúde, na maioria das vezes, subestima e desconsidera as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas ligadas a saúde e a doença. A experiência mostra que uma infinidade de mal-entendidos e dificuldades enfrentadas pelos usuários e trabalhadores no ambiente hospitalar podem ser minimizados, quando se ouve, compreende, acolhe, considera e respeita tanto os usuários, como aqueles que cuidam – atores essenciais para a humanização.

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) como instituição de ensino, pesquisa e assistência prestadora de serviços à comunidade, tendo como missão "Desenvolver , eficaz e eficientemente, e de forma equilibrada, a formação e a capacitação de recursos humanos, a pesquisa na área de saúde e a assistência", respondendo às necessidades de saúde da população e, inserido no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás, constituir- se como referência para áreas específicas, propõe um Programa de Humanização.

O programa se propõe a articular as iniciativas de humanização, como também incentivar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça uma política de respeito e valorização humana.

Humanizar o ambiente hospitalar é resgatar e fortalecer o comportamento ético, articular o cuidado técnico-científico, com o cuidado que incorpora a necessidade de acolher o imprevisível, o incontrolável, o diferente e singular. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento de limites.

Humanizar é, portanto, alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade.

As dificuldades encontradas são as mais variadas, em especial com relação à mudança de postura dos pacientes e profissionais nos últimos anos. Se de um lado houve uma maior

participação tanto dos usuários quanto dos profissionais na gestão dos serviços, está ainda é incipiente se considerarmos o todo institucional.

O Instituto CEM tem como objetivo apoiar e estimular as ações humanizadoras no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), mas a humanização só será realmente possível quando houver um esforço conjunto de toda a comunidade. Todo ator desta instituição deve ser parte integrante desta proposta, sendo como idealizador de uma nova ação ou projeto, dentro do seu local de trabalho, juntamente com a sua equipe. Ou levando sua proposta ou ideia até a comissão, para discussão e viabilização da mesma.

A comissão em suas reuniões semanais está sempre aberta a receber sugestões e críticas para se tentar criar alternativas que melhorem as relações entre os atores institucionais.

Agregar e apoiar a continuidade dos diferentes projetos desenvolvidos no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

Possibilitar reflexão e promoção no fortalecimento contínuo desta política. Sensibilizar e responsabilizar a todos os atores envolvidos na Instituição para que desenvolvam projetos e ações que propicie um atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade do usuário e os profissionais da saúde.

Atender aos vários eixos que a Política de Humanização pressupõe, como eixos de ação que objetivam a Institucionalização, difusão, desta estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade.

Eixo das Instituições do SUS: eixos da gestão do trabalho (propõe-se à promoção de ações que asseguram a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação , o auto desenvolvimento e o crescimento profissional eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação permanente, indica- se que a Política Nacional Humanização conteúdo profissionalizante na graduação, pós graduação e extensão em saúde, vinculando-a aos Polos de Educação Permanente e as instituições de formação, eixo da informação /comunicação, indica- se por meio de ação de mídia e discurso social amplo a inclusão da Política Nacional de Humanização, eixo da gestão da Política Nacional de Humanização, indica-se o acompanhamento e avaliação sistemáticos das ações realizadas, estimulando a pesquisa relacionada ás necessidades do SUS na perspectiva da humanização.

6.2.2.2 Metodologia

Será instituída pelo Instituto CEM a Humanização multidisciplinar que terá como metodologia de trabalho:

- Levantamento das iniciativas, promovendo a integração das mesmas;
- Realização de Oficinas e Seminários; para traçar o Plano de ação no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).
- Elaboração das diretrizes para sistematização do Programa;
- Divulgação da Política Nacional de Humanização e sensibilização dos diversos atore desta Instituição.
- Liderar o processo de humanização no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).
- Promover uma ação conjunta da alta administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e de lideranças representativas dos profissionais dos vários setores e serviços.
- Buscar estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores. Promover fluxo de propostas e deliberações.
- Apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento.
- Avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos na instituição, de acordo com os parâmetros de humanizaç propostos.
- Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.

6.2.2.3 Projeto Datas Festivas

PROJETO DATAS FESTIVAS

O objetivo será definir as metas e estabelecer diretrizes para realizar este projeto durante todo o Ano de 2022 através de comemorações já com datas pré-definidas pelo calendário brasileiro. Este calendário terá definições de quais serão as datas, ações, para uma busca constante em melhor atender nossos colaboradores.

Ações Geradas			
N°	O que	Quando	Quem
01	Promover entre os Andares qual a fantasia/enfeites no andar ou departamento carnavalesca é a mais bonita – Gincana; Terá prenda para a melhor;	Carnaval Realizar a divulgação por meio da Comunicação do hospital 26/02/22	Colaboradores dos setores
02	Dia da Mulher, realizar uma um café da Manhã a todas as mulheres aqui do Hospital;	Comissão organizar café da manhã 08/03/2022	Todas as mulheres
03	Pascoa – entregar uma prenda sugestiva; Providenciar através de doações com fornecedores;	14/04/22	Célia Regina
04	Dia das mães – verificar junto ao RH qtas mães existe para buscar doação (Instituto Cem) Colocar fotos no Reto Projetor no hospital;	08/05/22	Célia Regina
05	Festa Junina – Fazer mesa típica de festa junina; Usar roupas típicas os dep. administrativos; Buscar doações para fazer a Mesa;	20 a 24/06/22	Célia Regina
06	Independência do Brasil – Colaboradores usar roupa verde;	06 e 07/09/22	Fazer divulgação com a Comunicação - Célia Regina

07	Dia da Criança – Promover ação com os colaboradores;	12/10/22	Fazer divulgação com a Comunicação - Célia Regina
08	Proclamação da República - Promover ação com os colaboradores.	15/11/22	Célia Regina

6.2.2.4 Projeto Terapia Assistida Por Animais (Taa) - Empatinhas

1. DESCRIÇÃO

- O presente projeto, elaborado e aprovado pela Comissão de Humanização, apresenta a inserção de animais PET's, cães guias aposentados na melhora da qualidade de vida em geral dos pacientes internados com mais de 30 dias.
- O projeto vai contar com participação de multiprofissionais preparados na lida com cães, e outros profissionais. Eventualmente poderão agregar ao quadro de profissionais e também alunos de instituições de ensino em forma de voluntários e bolsistas. Esta proposta será através da rede C.U.R.A.A. (Centro Universal de Referência ao Amor Animal).

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos obtidos em diversos estudos no país, a exemplo: A pesquisa realizada por Carvalho, Assis e Cunha (2011), ao qual aplicaram a AAA (Atividade Assistida por Animais) em idosos institucionalizados na região de Uberlândia – MG. A pesquisa durou 12 meses e como resultado foi constatado tanto pela equipe de trabalho, quanto pelos terapeutas ocupacionais, uma melhora nítida no humor, elevação da autoestima e na interação social entre os próprios idosos. Também

aplicada a idosos institucionalizados, tem-se a pesquisa desenvolvida por Silva et al. (2009), sendo acompanhados um total de 36 idosos, com idade entre 58 e 101 anos, na cidade de Araçatuba – SP. O emprego da AAA proporcionou ao fim da pesquisa uma minimização da agressividade e irritabilidade, os

idosos se motivaram a sair dos quartos e frequentando os ambientes livres e comuns ao grupo, foi destacado ainda pelos pesquisadores que na presença dos PET's os idosos estavam mais motivados à prática de fisioterapia e outros exercícios.

Por meio das entrevistas com pacientes e com os profissionais da saúde do hospital, os pesquisadores concluíram diversos aspectos positivos da presença dos animais, destacando: alívio das tensões do ambiente hospitalar, mudança da rotina dos pacientes, diminuição da ansiedade e perduração da sensação de felicidade, sendo solicitado pelos residentes de psiquiatria um aumento dos números de visitas semanais dos PET's, de acordo com pesquisas acima.

3. OBJETIVO

Promover o bem-estar físico, emocional, social e cognitivo de pacientes.

As visitas são consideradas terapias, não renunciando à presença de profissionais da saúde e seus condutores. De acordo com algumas evidências por diversos autores, podendo citar: diminuição da pressão sanguínea, ansiedade e estresse em crianças, melhora da autoestima em adultos, diminuição da ansiedade e angústia em adultos.

4. BENEFÍCIO

Espera-se também socializar os pacientes pelo contato com os animais e membros da equipe executora, oportunizando atenção, carinho e promovendo contato com o meio externo do qual os pacientes estão sendo privados.

Além disso promover distração, melhoramento do stress, ansiedade dos pacientes que estiverem com longa permanência no hospital. E também incentivar a participação das equipes assistências, médicos e outros colaboradores na busca com a ajuda de PET's com um tratamento mais humanizado, criando assim um modelo de ação social.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

5.1. Escolha dos pacientes

Os pacientes que serão contemplados com a Visita pet deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Com mais de 30 dias no hospital sem ter visitas;
- Aguardando Órtese/Próteses que o Sus não contempla;

- Pacientes clinicamente desfavoráveis para cirurgia;
- Autorizados em receber a visita (que não possuam alergias);
- Consentir com a visita de animais.

Essa triagem será feita pela comissão reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem a comissão ou setor, comunicará aos setores os nomes dos contemplados e o cronograma de visitas com todas as orientações da rede C.U.R.A.A.

5.2. Regulamentação das visitas

As visitas deverão ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Mensalmente com a data e horários a serem definidos pela comissão/setor;
- A visita ocorrerá em ambiente específico definido pela comissão/setor;
- A equipe da Rede C.U.R.A.A. deverá acompanhar o tempo todo estes pacientes;
- A equipe da Rede C.U.R.A.A. deverá informar a quantidade de animais que atenderão as visitas para a comissão/setor.
- Os animais deverão ser previamente examinados, imunizados, e com perfil identificado, diagnosticados como aptos pela comissão/setor que poderá solicitar documentos para comprovação;
- As pessoas que participaram das visitas deverão estar devidamer paramentados com uso de EPI's e EPC's, obedecendo as regras do hospital.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

6.1. Internos

- Pacientes com longa permanência: no hospital serão os maiores beneficiados com este projeto onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade de vida e permitir sua interação com o meio. Pois muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;
- Equipe assistencial: terão também benefícios com o projeto, pois conforme pesquisas essas visitas promovem uma melhora nítida no humor, elevação da

autoestima e na interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila aos mesmos;

- Direção: visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através deste projeto.

6.2. Externos

- Rede C.U.R.A.A.: visibilidade da ação promovida no hospital, gerando referência para futuros projetos em outros hospitais;
- Sociedade: realização de um serviço humanizado aos parentes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

7. RESTRIÇÕES

As restrições de visitas serão para pacientes que:

- Possuam alergias;
- Estejam em isolamento (COVID, doenças infecciosas, etc.)

Equipe C.U.R.A.A.:

- Animal sem as vacinas necessárias;
- Animal doente;
- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas.

8. RISCOS

8.1. Paciente

RISCO	AÇÃO
Paciente descobrir alergia	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente
Falta de condutores para levar os pacientes	Remarcar a Visita ou alterar local
Animal doente	Remarcar visita
Ataque do animal	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente

9. EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;

- Equipe médica;
- Equipe de Apoio Operacional;
- Equipe Rede C.U.R.A.A.;
- Membros da Comissão de Humanização.

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em princípio do mês de dezembro de 2021 com prazo de 6 meses como teste do projeto.

11. ORÇAMENTO

Em andamento.

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização da primeira Projeto realizado, uma vez que ele é o piloto aqui dentro da unidade.

13. PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá início no 4 andar com prospecção para os outros andares. Iniciará no mês de dezembro de 2021, vamos contar com a Rede C.U.R.A.A. e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes com longa permanência e com poucos ou com nenhuma visita hospitalar. De acordo com pesquisas bibliográficas este tipo de ajuda dos PET's podem melhorar o humor, elevação da autoestima

e interação social dos pacientes entre outras socializações mais. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes, possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

14. LOGO DO PROJETO

15.

EMPATINHAS

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Célia Regina Losano dos Santos** **Coor. de Serviço de Rel. e Ouvidoria** **Presidente da Comissão de Humanização**	**01/11/2021**	
Revisão:	Giselly Scari de Souza Analista de Qualidade	26/11/2021	
Validação:	Gleydson Vieira da Silva Analista de Qualidade	29/11/2021	
	Weslley Lourenço Guimaraes Diretor Administrativo	29/11/2021	
Aprovação:	Flamarion da Silva Lucas Diretor Geral	29/11/2021	

Registros Fotográficos do Evento:

6.2.2.5 Hugo Tv

Introdução

Durante o período de internação ou tempo de permanência no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz, encontrar mecanismos de minimizar a sensação de mal-estar gerada pela necessidade de buscar uma unidade de saúde ou estar acompanhando alguém próximo à mesma, se revela fundamental.

Dessa forma a criação e produção do HUGO TV, com programação de músicas, mensagem de superação e incentivo, além de apresentar de maneira suave os temas relacionados ao cotidiano do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz é um projeto do Instituto CEM na gestão e operacionalização desta unidade.

ASPECTOS GERAIS DA PROPOSTA

Este projeto propõe criação de vídeos que permitam o adequado entretenimento dos pacientes e seus acompanhantes. Além de entrevistas com pessoas queridas na comunidade local com temas interessantes para a unidade em tela. Almeja-se ainda, a reprodução de narrativas de pacientes plenamente curados e reabilitados no Hospital de Urgência de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz, de modo a gerar conforto e esperança de dias melhores, frente às histórias de casos vitoriosos (sempre com autorização dos pacientes).

OBJETIVO GERAL

Levar entretenimento e alegria aos pacientes e seus acompanhantes através de programação semanal produzida pelo Instituto CEM voltada para o Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Divulgar vídeos de casos exitosos de pacientes recuperados (com autorização do paciente);
- Reprodução de entrevistas com pessoas bem quistas no Estado de Goiás;
- Apresentação de mensagens motivacionais;
- Exibição de músicas e clipes para relaxamento.

METAS

- Realizar a campanha permanentemente;
- Proporcionar sensação de bem-estar e conforto aos pacientes e acompanhantes;
- Proporcionar humanização e qualidade no tempo de permanência no Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz.

METODOLOGIA

O programa iniciará com a produção dos vídeos, entrevistas, músicas e clipes a serem exibidos na unidade. Para a eficiência na implantação do projeto, deverá buscar-se estratégias de comunicação e integração entre os diferentes setores do Hospital de Urgências de Goiânia – Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) de modo a permitir a participação e colaboração de todos os colaboradores da unidade. Estimular com as entrevistas, a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização.
Público alvo: usuários e acompanhantes no HUGO.

6.2.2.6 Projeto Acalente O Coração

O objetivo será trazer Paz aos corações aflitos, sejam dos pacientes/acompanhantes e colaboradores. O Projeto pré-estabelece durante todo o Ano de 2022 as datas de encontro com o Culto Evangélico e a Missa (Católica). Busca constante em melhor atender aos nossos colaboradores etc.

Ações Geradas			
Nº	O que	Quando	Quem

01	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	1ºSEMANA JANEIRO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
02	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA FEVEREIRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
03	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA FEVEREIRO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
04	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA MARÇO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
05	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA MARÇO 15 hs 0:30 antes última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
06	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA ABRIL 15 hs	Pastor

		2ª 4f de cada mês	
07	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA ABRIL 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
08	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA MAIO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
09	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA MAIO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
10	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA JUNHO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
11	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA JUNHO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
12	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA JULHO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor

13	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA JULHO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
14	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA AGOSTO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
15	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA AGOSTO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
16	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA SETEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
17	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA SETEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
18	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA OUTUBRO 15 hs	Pastor

		2ª 4f de cada mês	
19	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA OUTUBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
20	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA NOVEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
21	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA NOVEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe
	Culto Evangélico, Será no corredor da UTI 4;	1ºSEMANA DEZEMBRO 15 hs 2ª 4f de cada mês	Pastor
	Missa com Padre Darley e sua equipe; Será no corredor da UTI 4; Terá momento de confissão; 30 minutos antes a equipe passará nas enfermarias fazendo Convite da Missa;	4ºSEMANA DEZEMBRO 15 hs última 4f de cada mês	Padre Darley e sua equipe

Registros do Evento:

6.2.2.7 Projeto "Ler É Distração"

1. DESCRIÇÃO

O presente projeto, elaborado e aprovado pela Comissão de Humanização, apresenta a inserção de livros na melhoria, distração e qualidade de vida em geral dos pacientes internados nesta unidade de saúde.

O projeto vai contar com a participação de colaboradores do Serviço de Relacionamento e Ouvidoria na divulgação, entrega e recolha dos livros oferecidos. Estes colaboradores com sua força de vontade em ajudar o próximo estará auxiliando a Comissão de Humanização deste hospital. Trabalho este, voluntário.

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos que poderemos alcançar.

Através da leitura o ser humano consegue se transportar para o desconhecido, explorá-lo, decifrar os sentimentos e emoções que o cercam e acrescenta vida ao sabor da existência. Pode então, vivenciar experiências que propiciem e solidificam os conhecimentos significativos de seu processo de vida.

3. OBJETIVO

Promover o bem-estar emocional, social e cognitivo de pacientes. Possibilitar a vivência de emoções, o exercício da fantasia e da imaginação. O intuito é proporcionar ao indivíduo através da leitura, a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais e culturais, garantindo a sua formação crítica e emancipadora. A leitura é considerada terapia, não abrindo mão da presença de profissionais da saúde, claro! De acordo com algumas evidências por diversos autores, podendo citar: diminuição da ansiedade, estresse, melhora da autoestima, diminuição da ansiedade e angústia em adultos.

4. BENEFÍCIO

Espera-se socializar os pacientes pela leitura através de experiências talvez até então não vivenciada por este por falta de interesse ou por falta de tempo de acordo com o cotidiano de cada indivíduo. Esta leitura será uma oportunidade de atenção, carinho, promovendo contato com o meio externo do qual os pacientes estão sendo privados.

Além disso, promover distração, melhoramento do stress, ansiedade dos pacientes que estiverem com longa permanência no hospital, auxiliando assim com um tratamento mais humanizado, criando um modelo de ação social.

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

5.1. Escolha dos pacientes

Os pacientes que serão contemplados com a entrega de livros, revistas. Deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Com mais de 30 dias no hospital ou não;
- Aguardando Órtese/Próteses que o Sus não contempla;
- Pacientes clinicamente desfavoráveis para cirurgia;

Essa triagem será feita pela comissão reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem a comissão ou setor, entregará o livro, revista ao paciente.

5.2. Regulamentação das entregas

As entregas de livros, revistas deverão ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Diariamente com a data e horários a serem definidos pela comissão/setor;
- A equipe de colaboradores deverá informar a quantidade de livros que serão entregues aos pacientes, (01) de cada vez, tendo o direito a pegar outro livro como empréstimo;
- Os livros deverão ser previamente examinados, higienizados, e com perfil identificado, aptos pela comissão/setor para a entrega dos mesmos;
- O paciente irá informar seu nome completo, data de nascimento, identidade ou cpf, nº de seu prontuário e telefone para ter direito a receber o empréstimo do livro.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

6.1 Internos

- Pacientes com longa permanência: os pacientes serão os maiores beneficiados com este projeto, onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade de vida e permitir sua interação com o meio. Pois muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;
- Equipe assistencial: terão também benefícios com o projeto, pois conforme pesquisas, essas leituras promovem uma melhora nítida no humor, elevação da autoestima e na interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila aos mesmos;

- Direção: visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através deste projeto.

6.2 Externos

- Ler é Distração: visibilidade da ação promovida no hospital, gerando referência para futuros projetos em outros hospitais;
- Sociedade: realização de um serviço humanizado aos parentes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

7. RESTRIÇÕES

As restrições de leitura serão para pacientes que:

- Possuam alergias;
- Estejam em isolamento (COVID, doenças infecciosas, etc.);
- Pacientes sem condições de segurar o livro.

Projeto Ler é Distração:

- Livros sem condições de empréstimo ao paciente;
- Livro estragado;
- Livro sem estar feito a desinfecção com produto específico para contato;
- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas.

8. RISCOS

8.1 Paciente

RISCO	AÇÃO
Paciente descobrir alergia	Acionar a Equipe Assistencial imediatamente
Falta de colaborador para levar os livros até o paciente	Remarcar a entrega ou alterar local
Livro sujo	Remarcar entrega

8.2 EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;
- Equipe médica;

- Equipe de Apoio Operacional;
- Membros da Comissão de Humanização.

9. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em princípio do mês de Junho de 2022 com prazo de 6 meses como teste do projeto.

10. ORÇAMENTO

Os livros, revistas são doações recebidas.

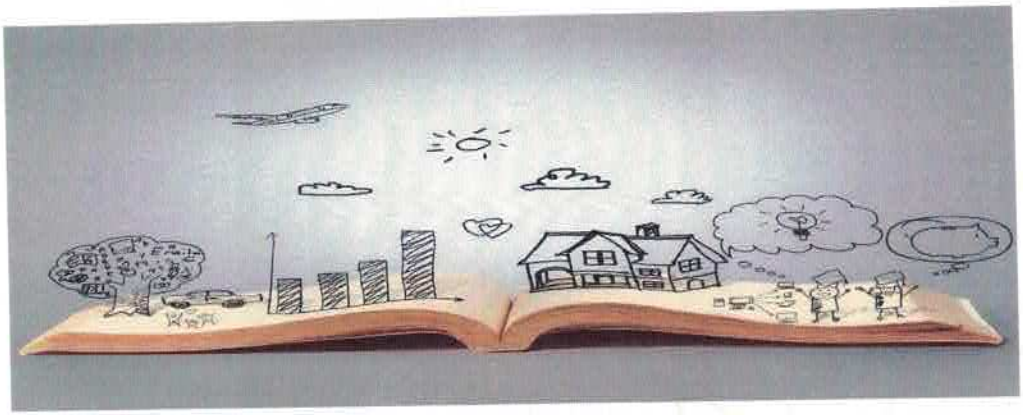
11. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização do Projeto realizado, uma vez que ele é o piloto aqui dentro da unidade.

12. PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá início no 4 andar com prospecção para os outros andares. Iniciará no mês de Junho de 2022, vamos contar com doações de livros e revistas e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes com longa permanência e com poucos ou com nenhuma visita hospitalar. De acordo com pesquisas bibliográficas este tipo de ajuda pode melhorar o humor, elevação da autoestima e interação social dos pacientes entre outras socializações. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes, possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

13. LOGO DO PROJETO



14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Célia Regina Losano dos Santos Coordenadora de Serviço de Relacionamento e Ouvidoria - Presidente da Comissão de Humanização/HUGO	22/03/2022	
Revisão:	Analista de Qualidade	22/03/2022	
Validação:	Analista de Qualidade	22/03/2022	
	Diretora Administrativo	22/03/2022	
Aprovação:	Diretor Geral	22/03/2022	

Registros do Evento:

6.2.2.8 Projeto "Alegria... Alegria"

Apresentação

O presente projeto "***alegria...alegria***" consiste em implantação de parceria com Escolas e Universidade local para atuar dentro da unidade com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da ansiedade e depressão por perda de condução de saúde, oportunizando assim outras formas ver a vida além de restabelecer sua saúde emocional através do riso.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entre a UNIDADE e as Escolas, associações e ou Universidade através de ligas acadêmicas, grupos de contadores de história e, grupos de apoio. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da UNIDADE com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da alegria do projeto para atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (SEMEIs e creches) asilos e centros de apoio do município.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão da unidade e os objetivos do projeto.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural da unidade junto à sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e cultural.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem ao UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos

- Termo de Cooperação Técnica;
- Materiais didáticos lúdicos;
- Jalecos;
- Roupas de fantasias;
- Fantoches;
- Tecidos múltiplos;
- Maquiagens;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes cênicas para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **"Alegria...alegria"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar contato com a cultura e lazer a toda a população carente da cidade, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social e cultural dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

6.2.2.9 Paciente Aniversariante

O segredo da humanização no ambiente de saúde está nos detalhes. São os gestos aparentemente pequenos, medidas simples do dia a dia, mas que contribuem para que pacientes, acompanhantes e funcionários se sintam acolhidos e respeitados pela unidade de saúde.

O conceito de humanização é levado para todos os setores e, naturalmente, o envolver o Serviço de Nutrição e Dietética é de suma importância. Pacientes que completam aniversa enquanto estão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) recebem além do carinho da equipe de assistência, um Cupcake preparado especialmente para celebrar a data.

Objetivo:

Com um gesto simples essa surpresa pode comover o homenageado, afinal ninguém espera ser presenteado pela própria unidade hospitalar, durante seu atendimento. Pode ser algo simples, mas faz com eles percebam que são vidas que estão sob nossos cuidados e merecem todo respeito e atenção.

Metodologia

Para não perder nenhuma data festiva, o servido de Tecnologia da informação terá que desenvolver um alarde no sistema que identifica todos os pacientes que fazem aniversário dentro daquele mês, podendo todos os colaboradores ter acesso a essa data e informar Serviço de Nutrição e Dietética.

O símbolo de um bolo é colocado ao lado do nome do aniversariante para que nutricionista possa visualizar e solicitar preparo

Na hora da entrega a equipe multiprofissional se reúne para surpreender o paciente

Conclusão.

Ser um Hospital de referência, comprometido com a humanização e qualidade dos serviços prestados buscando sempre a total satisfação de nossos clientes internos e externos

Público Alvo: pacientes que estejam utilizando os serviços da unidade e colaboradores.

Ações: As atividades serão realizadas por estudantes, estagiários e voluntários do projeto, sendo os mesmos orientados pela coordenadora de Fisioterapia da Unidade de Saúde visando Orientar e sensibilizar os pacientes sobre o cuidado em saúde, bons hábitos de vida, boa postura, alongamentos, bem como a importância da prática de atividades psicomotoras..

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as atividades são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e newsletters.

6.2.2.10 Projeto Janeiro Branco

Objetivo: mostrar às pessoas que elas podem se comprometer com a construção de uma vida mais feliz para si mesmas.

Público-alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e distribuição de material impresso e por meio de mídia social.

Duração: 1 mês

Periodicidade: Anual

6.2.2.11 Projeto "UNIDADE, em Tela"

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, em Tela**" inserido no Programa de Humanização do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá como objetivo levar exposições artísticas de temas variados para a unidade, promovendo o acesso à cultura por parte de seus pacientes, acompanhantes e funcionários. A iniciativa já implantada em outras instituições de saúde tem revelado resultados satisfatórios no tratamento de seus usuários.

Público-alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade.

Ações: Oficinas e distribuição de material imprenso.e por meio de mídia social.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral ao desenvolvimento de habilidades artísticas e, em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público-alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a UNIDADE em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos materiais

- Termo de Cooperação Técnica;
- Materiais artes em tela;
- Jalecos;
- Mobiliário específicos de pintura;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Firmar parcerias com Entidades /Escolas/Faculdades de Artes ou grupos de divulgação de artes para interagir com os pacientes.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto "**UNIDADE, em Tela**", os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidas nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com a toda a população carente da cidade GOIÂNIA e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na UNIDADE.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da UNIDADE por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de GOIÂNIA e ou do Estado de Goiás.

6.2.2.12 Projeto Curtindo o carnaval com responsabilidade

Objetivo: promover a conscientização dos foliões sobre os riscos do consumo durante o do álcool em excesso e da prática do sexo sem proteção.

Público-alvo: Usuários do SUS que utilizam os serviços da unidade e colaboradores da unidade e membros da comunidade da Região de Saúde onde está localizada a unidade.

Ações: Abordagens de usuários do SUS que utilizarem os serviços da unidade uma semana antes e durante o carnaval. Abordagens de foliões em pontos. estratégicos da cidade, com a distribuição de materiais informativos e preservativos.

Duração: 2 semanas durante o período do Carnaval.

Periodicidade: Anual

6.2.2.13 Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"

Apresentações

O presente projeto "**UNIDADE, em Paz Espiritual**" consiste em implantação de parceria com grupos religiosos múltiplos e grupos de auto e mútua ajuda local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de recuperação da espiritualidade, como fonte de restauração do quadrilátero de sua saúde, oportunizando assim outras a restauração da sua condição biológica, social, psicologia e espiritual como preconiza a OMS.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a UNIDADE e os grupos religiosos múltiplos e de auto e mútua ajuda. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, executarem os tutores e parceiros voluntários na promoção da espiritualidade em atividade extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis e creches), presídios, asilos e centros de apoio do município e outros.

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou grupos religiosos voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho da UNIDADE e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural e espiritual dos internos e da sociedade local e regional. Portanto, essa iniciativa se justifica pela necessidade de integrar os acolhidos para fora do espaço físico da unidade, com objetivo de minimizar as lacun existentes em determinadas comunidades de saúde e ao cidadão, além de contribuir para o processo de recuperação da saúde através da espiritualidade.

Objetivo

Oportunizar acesso a espiritualidade integrando aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional e de fé, dando esperança de uma vida mais saudável, integra e calma.

Público-alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem ao **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos:

- Termo de Cooperação Técnica;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Envolver a Comunidade local e pacientes usuários que utilizam a unidade de saúde

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Calendário anual com toda programação Serviço de Capelania, para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e newsletters.

Avaliação

Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, em Paz Espiritual"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados

Com a realização desse Projeto, espera-se oportunizar o resgate a espiritualidade a toda a população da cidade de GOIÂNIA e região, bem como aos usuários que estão sendo atendidos na unidade.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social, cultural e espiritual dos usuários e seus familiares e da população carente do município e região do Estado de Goiás.

6.2.2.14 Projeto Fim de ano solidário

Objetivo: Humanizar o atendimento em todas as alas durante o período de Natal e Ano Novo.

Público-alvo: Usuários do SUS que estivem utilizando os serviços da unidade nesse período.

Ações: Promover oficina com os colaboradores da unidade objetivando incentivar a dispensação de atendimento diferenciado aos usuários em razão dos períodos festivos. Firmar Parcerias com entidades religiosas para realização de visitas de aconselhamento espiritual.

Duração: 20 de Dezembro a 3 de Janeiro

Periodicidade: Anualmente

6.2.2.15 Projeto Sons de Acolhimento no Hospital - "Unidade, Som + NÓIS".

Apresentação

O presente projeto "**UNIDADE, Som + Nóis**" consiste em implantação de parceria com Escolas de música, associações, grupos de apoio e Universidade local para atuar dentro da **UNIDADE** com os usuários e seus familiares do qual o serviço assistencial contribua para o processo de diminuição da ansiedade, depressão e a descoberta de novos prazeres de vida, lazer e cultural.

As atividades previstas no projeto serão incorporadas gradativamente, após a assinatura dos Termos de Cooperação técnica entra a **UNIDADE** e as Escolas de música, associações, grupos de apoio e ou Universidade através de ligas acadêmicas ou grupos de musicoterapia. Estes terão suas atividades descritas no termo de cooperação técnica e a metodologia deste projeto se dará por encontros nos espaços internos da **UNIDADE** com os tutores e, posteriormente, os tutores e alunos desenvolverão a promoção da saúde através da música em atividades extra muro nos espaços de abrigamento de crianças (escolas, Semeis creches) asilos e centros de apoio do município

Os monitores que atuarão nessa vertente são profissionais e ou estudantes estagiários e ou voluntários. Cabe ressaltar, que todos os monitores, passarão por um processo de capacitação, no intuito de estabelecer uma inter-relação entre a equipe e envolvê-los com a missão e os objetivos do projeto da **UNIDADE**.

A responsabilidade social é uma das preocupações do trabalho do **UNIDADE** e, assim, espera-se que esse projeto promova inclusão social, cultural dos internos e de toda a sociedade local e regional.

Objetivo

Oportunizar acesso ao lazer, entretenimento e integrar aos usuários/familiares e a população em geral em um ambiente alegre, motivacional para incentivo da cultura goiana e brasileira.

Público alvo

A população em geral (crianças, jovens, adultos e idosos) residente em bairros de maior incidência de vulnerabilidade de agravos em saúde, usuários e familiares que recorrem a **UNIDADE** em busca de encaminhamento para média e alta complexidade e/ou outras unidades da rede atendimento.

Recursos:

- Termo de Cooperação Técnica;
- Materiais e instrumentos musicais;
- Uniformes;
- Transporte;
- Motorista;
- Combustível.

Ações: Oficinas e distribuição de material impresso e por meio de mídia social.

Duração: Permanente

Periodicidade: Mensal

Divulgação: Todas as apresentações são divulgadas para os pacientes e colaboradores por meio de murais, site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e newsletters. O Setor de Comunicação também promoverá ampla divulgação nos cadernos especiais de Cultura para conhecimento da sociedade.

Avaliação: Após as primeiras atuações do projeto **"UNIDADE, Som + Nóis"**, os responsáveis farão uma análise, semestralmente, dos resultados alcançados e a partir dessa experiência, se necessário farão ajustes visando os objetivos definidos no projeto. Uma equipe composta pelos técnicos do departamento do ensino e pesquisa da UNIDADE, monitores e pessoas da comunidade serão envolvidos nesse processo.

Resultados esperados: Com a realização desse Projeto, espera-se trazer qualidade de vida e desenvolvimento cultural e artístico para seus participantes, oportunizando contato com a toda a população carente da cidade de GOIÂNIA e região, bem como aos usuários que estão acolhidos na **UNIDADE**.

Este Projeto vem de encontro à proposta de atuação preventiva e da promoção da reabilitação da saúde da **UNIDADE** por se tratar de um serviço de apoio a inclusão social aos usuários, seus familiares e a população carente do município de GOIÂNIA e ou do Estado de Goiás.

6.2.2.16 Projeto Ação de Saúde

Objetivo: Aproximar da realidade dos indivíduos realizando verdadeiras campanhas de prevenção e diagnóstico precoce de doenças nos bairros em que eles se inserem. Além disso, visa orientar as comunidades sobre temas na área de saúde. Estimular a participação do indivíduo no cuidado com a saúde, sobretudo a prevenção. Verificar a presença de alguns fatores de risco para doenças consideradas problema de saúde pública, como glaucoma, aterosclerose, diabetes) obesidade e suas complicações.

Público-alvo: Usuários do SUS moradores do município de GOIÂNIA e que estejam utilizando os serviços da unidade.

Ações: A atuação do INSTITUTO CEM será por meio de palestras informativas sobre diversos temas na área de saúde, com enfoque em prevenção de doenças, hábitos de vida saudáveis, uso adequado de medicamentos, uso e abuso de drogas, sexualidade e saúde bucal. Haverá oportunidades para tirar dúvidas, esclarecimentos e distribuição de panfletos para os participantes. Os estagiários da Unidade de Saúde devidamente treinados, medirão, nos indivíduos interessados, o índice glicêmico, calcularão o IMC e aferirão a pressão arterial sistêmica, cujos resultados poderão ser divulgados para a população geral por meio de projetos de pesquisa, desenvolvidos posteriormente, sobre os temas abordados, Além disso, tais resultados serão instantemente informados aos voluntários com a respectiva orientação sobre sua conduta no sentido de prevenir possíveis complicações para sua saúde e de procurar um atendimento médico.

Duração: Permanente

Periodicidade: Permanente

6.2.2.17 Projeto Café Com Ciência

DESCRIÇÃO

O projeto Café com Ciência é uma iniciativa da Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) e tem como objetivo reunir para atualização científica o corpo docente e discente do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma; Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, Modalidade Uniprofissional, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Programas de Residência Médica do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz – HUGO.

Esta experiência de aprendizagem enquadra-se no enfoque da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de práticas colaborativas. Constitui-se como um dos pilares da formação do profissional na área de saúde o reconhecimento do valor das demais práticas de atuação profissional. A interação entre as áreas interprofissionais proporciona uma disponibilidade para conhecer, conviver e respeitar a singularidade do outro, favorecendo relações profissionais mais produtivas.

A ação propõe criar um espaço de atualização científica no qual serão apresentados artigos científicos de diversas áreas simultaneamente à degustação de um delicioso café da manhã. Além de enriquecer o aprendizado do residente e socialização com todas as áreas esta ação visa favorecer a prática de ações assistenciais baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis.

O objetivo do Café com Ciência é criar um espaço permanente de discussão científica.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

Estudos de vários autores demonstram que um ambiente de trabalho diferenciado e prazeroso proporciona aos servidores realizar suas atividades de forma objetiva e respeitosa, além de os manterem motivados e engajados para as demandas do dia a dia. Em um ambiente de trabalho harmonioso o crescimento institucional é notório, gratificante e os resultados positivos.

O projeto Café com Ciência pretende demonstrar como uma atividade alternativa pode contribuir para o ensino/aprendizagem no ambiente de trabalho. Além de proporcionar uma aproximação entre corpo docente e discente de forma agradável e divertida, busca alcançar os melhores resultados nas atividades desenvolvidas pelos residentes.

OBJETIVO

*Proporcionar maior interação entre o corpo docente e discente dos programas de residência do HUGO e demais colaboradores.

*Apresentar artigos científicos baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

*Manter a motivação da equipe.

*Favorecer as atuações interprofissionais e as práticas colaborativas.

BENEFÍCIOS

O projeto Café com Ciência colaborará na motivação, engajamento, conhecimento e aprendizagem dos residentes dos programas de Residência em Área Profissional da Saúd Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma; Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, Modalidade Uniprofissional, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial e Programa de Residência Médica, contribuindo assim para o desenvolvimento das atividades baseadas nas melhores evidências disponíveis no HUGO.

É importante ressaltar que os usuários serão os maiores beneficiados desta ação que visa garantir que a força de trabalho representada pelos residentes seja composta de profissionais com a devida qualificação.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

A partir deste projeto espera-se que os profissionais de saúde residentes mantenham a motivação para o exercício das atividades baseadas nas melhores evidências disponíveis.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

O projeto poderá afetar clientes internos e externos.

Stakeholders internos: corpo docente e discente; pacientes; acompanhantes dos pacientes; colaboradores e gestores. Serão afetados de forma direta e positiva pelo exercício do trabalho desenvolvido com responsabilidade, disponibilidade e comprometimento. No entanto, será direto e negativo quando o profissional deixar de realizar as atividades com respeito, dedicação e responsabilidade.

Stakeholders externos: Mídia; Secretaria de Estado da Saúde – Goiás; Universidade Evangélica de Goiás – UniEvangélica. Afetado de forma indireta e positiva quando os resultados aparecem na instituição de ensino, assim a propagação das informações são demonstradas e passam a ser exemplo para outras instituições. De forma indireta e

negativamente pode-se exemplificar como a mídia e os meios de comunicação retratam está informação, prejudicando os envolvidos e o grupo gestor.

RESTRIÇÕES

O projeto Café com Ciência poderá sofrer alterações nas datas, cancelamentos ou mudança de local em virtude de eventuais demandas emergenciais.

Terá restrição do número de participantes em decorrência do espaço físico. Quantidade máxima de 50 participantes.

RISCOS

Falha/risco	Ação corretiva
Não ter disponível o auditório para apresentação do artigo.	Ajustar o dia e o horário de apresentação.
O apresentador não ter preparado a sua apresentação.	Reabordar o tema em outra oportunidade.
O artigo apresentado não ser baseado nas melhores evidências disponíveis.	Reabordar o tema com um novo artigo.
Falha da disponibilização do café da manhã.	Informar o setor de nutrição.
O apresentador não pode nas datas previstas.	Ajustar a data conforme a disponibilidade do palestrante.

EQUIPE

Os profissionais que participarão do projeto Café com Ciência serão o corpo docente e discente dos Programas de Residência do HUGO, equipe administrativa da Diretoria de Ensino e Pesquisa e colaboradores interessados.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto Café com Ciência terá seu lançamento dia 04/04/2024 e acontecerá aproximadamente uma vez por semana das 7h às 7h30 até o dia 13/12/2024. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do palestrante.

MÊS	DIA	HORÁRIO	LOCAL
ABRIL*	4	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	12		
MAIO*	17	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	26		
JUNHO	02	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	07		
	16		
	23		
	28		
JULHO	05	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	26		
AGOSTO	02	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	09		
	16		

	23		
SETEMBRO	01	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	06		
	13		
	20		
	27		
OUTUBRO*	11	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	18		
	27		
NOVEMBRO	01	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	10		
	24		
DEZEMBRO	01	7h às 7h30	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás - HUGO
	06		
	13		

Alguns dias não serão planejadas atividades no Café com Ciência para não conflitar com outras ações de ensino.

* CURSO DE SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS (dia 19/04, 26/04, 27/04, 03/05 e 10/05)

** JORNADA CIENTÍFICA HUGO (Datas reservadas: dias 5, 6 e 7 de outubro)

ORÇAMENTO

O projeto Café com Ciência terá um valor de R$ 690,00 semanais (R$ 12,18 por pessoa)

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

A saúde baseada nas melhores evidências científicas otimizam custos assistenciais e diminuição do tempo de permanência no serviço, contudo os cálculos financeiros não são possíveis de serem projetados. O projeto será avaliado semanalmente a partir de um instrumento de monitoramento que gerará um indicador de satisfação e relevância para a prática assistencial (Anexo 1).

PLANO DE AÇÃO

O que	Por que	Onde	Quando	Quem	Como	Quanto
Café da manhã com apresentação de artigos científicos.	Desenvolver a assistência baseada nas melhores evidências disponíveis	Auditório do Hospital de Urgências de Goiás – HUGO.	04/04/2024 a 13/12/2024	Equipe do DEP e outros colaboradores do Hugo	O profissional interessado em apresentar um artigo científico deve verificar as datas disponíveis na Coreme e/ou Coremu e se inscrever. O café da manhã será servido no decorrer da apresentação do artigo.	R$ 18.630,00

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Anne Caroline Soares Almeida Executor Administrativo COREMU/HUGO	17/03/2023	
Revisão:	Lucila Stoppa Coordenadora COREMU/HUGO	21/03/2023	

Validação:			
Aprovação:			

ANEXO 1

Questionário:

Nome:

Área de atuação:

e-mail:

Data:

Qual o seu nível de satisfação com a apresentação do artigo científico?

Muito satisfeito

Satisfeito

Indiferente

Pouco satisfeito

Insatisfeito

Qual a relevância do tema para a sua atividade assistencial no HUGO?

Muito relevante

Relevante

Indiferente

Pouco relevante

Irrelevante

ANEXO 2

CRONOGRAMA – CAFÉ COM CIÊNCIA

MÊS	DIA	PARTICIPANTES/ARTIGO APRESENTADO
ABRIL	4	
	12	
MAIO	17	
	26	
JUNHO	02	
	07	
	16	
	23	
	28	
JULHO	05	
	26	
AGOSTO	02	
	09	
	16	
	23	
SETEMBRO	01	
	06	
	13	
	20	
	27	
OUTUBRO	11	
	18	

	27	
NOVEMBRO	01	
	10	
	24	
DEZEMBRO	01	
	06	
	13	

6.2.2.18 Projeto Alimentando E Sorrindo

DESCRIÇÃO

A promoção da saúde esta vinculada a vários fatores, um deles é a alimentação de qualidade; não é a toa que apareça como sinônimo de saúde e condição para bom desenvolvimento físico e mental e também condição para melhor aprender e agir. Pesquisas apontam que a melhor qualidade de vida está relacionada a uma alimentação adequada (OLIVEIRA, 2007). A alimentação balanceada deve ser uma constante na vida do ser humano. Oferecer alimentos saudáveis desde as primeiras fases de vida, em que é permitida, pode ser um fator de sucesso para que se perpetue ao longo da vida adulta (GOUVEIA, 1999). Este é um grande desafio, mas que pode ter bons resultados se as ações forem conjuntas, abordando a temática de forma lúdica e atrativa para o público alvo. A criatividade e a paciência são fatores importantes para obtenção de bons resultados e uma ótima opção é realizar a introdução de alimentos (normalmente rejeitados pelas pessoas, como frutas e verduras) em pratos que são comumente consumidos, a exemplo de bolos doces e tortas salgadas. Aliados a essa, temos outra temática que está atrelada: o consumo e a geração de resíduos. Ao realizarmos uma compra para uma refeição, por exemplo, trazemos junto todas as embalagens dos produtos adquiridos, isso gera impactos negativos para o ambiente. Desta forma, a fim de desenvolver uma consciência crítica e permitir entendimento que fazemos parte do planeta e que devemos diminuir o impacto de nossas ações sobre este, faz-se importante desenvolver uma proposta que permita a reflexão de todo o impacto gerado na simples produção do alimento que ingerimos diariamente. Portanto, entende-se que é relevante a aplicação de tal proposta. Com a finalidade de atingir os objetivos, apresentamos as ações que podem ser realizadas.

PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

O projeto visa trabalhar o tema alimentação saudável de maneira lúdica para promover a saúde, o aprimoramento de valores, hábitos e estilos de vida, pois além de direito do cidadão é uma meta a ser cumprida por todos. Neste contexto, implantar o projeto sobre alimentação, percorrendo todo o impacto gerado por uma simples refeição saudável, pode ser um importante instrumento de sensibilização para as questões também ambientais. Assim, consciente de que o tema deve ser inserido nos diversos ambientes observando a crescente curiosidade delas a respeito dos alimentos e a valorização crescente em nosso país pela cultura "Fast-food", propomos este projeto.

OBJETIVOS

Desenvolver o hábito de uma alimentação saudável envolvendo o processo de humanização no ambiente de trabalho, conhecer a origem do alimento e seu valor nutricional, entender ainda o processo de geração de resíduos e compreender algumas maneiras para destinação correta de resíduos, trabalhar a temática em diversas áreas do conhecimento.

BENEFÍCIOS

Além de estimular trabalhar em equipe; Aprender a experimentar; Descobrir novos sabores; Trabalhar de forma lúdica, multidisciplinar e humanizada conteúdos relacionados à alimentação e descarte de resíduos; Contribuir com as ações de estímulo à adoção de hábitos alimentares saudáveis, por meio de atividades educativas que informem e motivem escolhas individuais, melhorando assim significativamente a desenvoltura dos profissionais dentro da unidade, levando em consideração a interferência direta da alimentação r processos físicos, emocionais e demais. Otimizando o processo de humanização, contribuindo para qualidade de vida dos profissionais, melhorando até produtividade e taxas de absenteísmos.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Todos os profissionais serão envolvidos no processo, sem exceções. Contribuindo para integração no trabalho e humanização da equipe.

PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Stakeholders internos: Gestores ICEM; Colaboradores;

Indiretamente: Pacientes e familiares.

Stakeholders externos: LG alimentação; Rhiso bem estar corporativo;

Indiretamente: SES.

RESTRIÇÕES

Limite de repasse para ação;

Entrega da alimentação in loco, consumo em local adequado (refeitório);

RISCOS

Não adesão dos colaboradores a ação;

Falta de abastecimento de insumos (frutas) para desenvolvimento da ação;

EQUIPE

Profissionais dos setores de nutrição, qualidade, diretoria, coordenação assistencial.

MARCOS E LINHA DO TEMPO

18.05.23 Discussão para alinhamento do projeto;

31.05.23 Reunião para alinhamento da ação e elaboração do projeto escrito;

Próximas ações mês 06.23: Validação do projeto escrito, apresentação do projeto a diretoria.

ORÇAMENTO

Orçamentos trimestrais a ser inseridos. LG e Rhisos. OBS: Para ação mensal.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Promover um indicador. (Satisfação, nutrição, outros)

PLANO DE AÇÃO

A anexar plano e cronograma da ação.

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Tamilles da Silva Borges	31/05/2023	

	Coordenadora NQSP		
	Alaniel Morais Silva Coordenador Clínica Cirúrgico	31/05/2023	
	Vanessa Freitas Coordenadora Nutrição	31/05/2023	
	Gyselle Vilela Carvalho RT de Unidade Produtora de Produção	31/05/2023	
Revisão:	Armênia Borges Prado Analista NQSP	31/05/2023	
Validação:	Karla Azeredo Ramos Diretora Administrativa	31/05/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel Diretor Geral	31/05/2023	

6.2.2.19 Projeto Momento Residencia Zen

1. DESCRIÇÃO

Os programas de residência em área profissional da saúde (multiprofissional uniprofissional) é uma modalidade de ensino de pós-graduação *latu sensu*, atuando na educação em serviço, possui uma carga horária composta por 60 horas semanais entre atividades teóricas e práticas, visando um modelo de atenção integral e o desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde, constituindo um processo de educação permanente em saúde (BRASIL, 2005).

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO abarca dois programas de residência em área profissional da saúde a saber: Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Uniprofissional, Área de Concentração em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, Modalidade Multiprofissional, Área de Concentração em Urgência e Trauma.

A meditação, caracterizada como o treino da atenção plena à consciência do momento presente, tem sido associada a um maior bem-estar físico, mental e emocional (SHAPIRO, SCHWARTZ, & SANTERRE, 2002).

A técnica em si é capaz de gerar uma série de respostas físicas e psicológicas que podem auxiliar na prevenção de inúmeras condições, especialmente aquelas resultantes dos efeitos deletérios do estresse, no manejo de problemas de saúde já estabelecidos, assim como na promoção de saúde mental (MENEZES, 2009).

O **Projeto Residência Zen** tem o propósito de proporcionar um momento de meditação guiada como forma de ampliar as ações que são desenvolvidas em prol da saúde mental dos residentes dos nossos programas.

2. PROPÓSITO / JUSTIFICATIVA

A importância desse projeto esta centrada na ideia de que, ao propor um momento de meditação durante a vivência da Residência, estamos contribuindo para o desenvolvimento da qualidade de vida e promoção da saúde física e emocional dos residentes.

A COREMU da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás monitora semestralmente ações/projetos de cuidado com a saúde física e emocional do residente. Este indicador de qualidade do programa tem ficado a desejar nos programas da COREMU/HUGO.

3. OBJETIVO

Melhorar a qualidade de vida por meio da realização de medicação guiada em grupo para os residentes do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde modalidade Multiprofissional e Uniprofissional do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz - HUGO.

4. BENEFÍCIOS

A prática da meditação possui inúmeros benefícios, tais como:

- Maior habilidade de gestão emocional
- Maior capacidade de lidar com ansiedades
- Redução crítico interior e autocobrança
- Melhor comunicação entre equipe
- Maior capacidade de tomada de decisões

- Maior qualidade de sono
- Aumento do senso de propósito
- Aumento de imunidade
- Melhor comunicação
- Aumento de foco e concentração

5. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

O produto desse projeto de intervenção consiste em reservar trinta minutos no intervalo do almoço, duas vezes por semana para realização da meditação.

6. PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

Os stakeholders desse projeto compreendem os profissionais de saúde residentes que aderirem ao Projeto.

7. RESTRIÇÕES

O projeto Momento Residência Zen poderá sofrer alterações nas datas, cancelamento ou mudança de local em virtude de eventuais demandas emergenciais.

Terá restrição do número de participantes em decorrência do espaço físico. Quantidade máxima de 15 participantes por horário.

8. RISCOS

Processo: Desenvolvimento de estratégias educacionais – Projeto de extensão

Etapa do Processo: Execução do "Projeto Momento Residência Zen"

Modos de falha: Conforme tabela abaixo.

Efeitos da falha: Sem consequências.

Causa da falha: Por desinteresse ou descompromisso na ação proposta.

Controle/barreira: Lista presença

Falha/risco	Ação corretiva
Baixa procura	Divulgar para todos os residentes, solicitar o reforço para tutores/preceptores.

Não ter sala de aula disponível	Ajustar o local e/ou data.

9. EQUIPE

Profissionais de Saúde Residentes matriculados no Programa de Residência em Área Profissional da Saúde Modalidade Multiprofissional ou Uniprofissional do Hospital de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz.

10. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O **Projeto Momento Residência Zen** terá início em 01 de agosto e se estenderá por cinco meses até 20 de dezembro de 2023. Durante esses meses, os residentes inscritos no projeto, poderão realizar por dois dias na semana, entre 12h-13h, às segundas e quartas-feiras, meditação guiada.

A participação é voluntária. O tutor deve avaliar a possibilidade de participação de cada residente neste projeto e pactuar com os preceptores a saída do profissional no período programado.

11. ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
Tapete colchonete	20	R$14,90	R$ 298,00

12. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Os ganhos desse projeto não podem ser considerados sob o ponto de vista financeiro, uma vez que seu objetivo visa contribuir com a qualidade de vida dos residentes multiprofissionais da unidade.

Essa prática também tem sido associada a benefícios de ordem psicológica, ajudando a combater doenças como a depressão e promovendo a autoestima e o bem-estar. Isso favorece um ambiente de trabalho mais agradável e pode refletir no atendimento aos serviços prestados pelos profissionais do HUGO, garantindo assim uma assistência de qualidade aos sujeitos atendidos na Unidade.

13. PLANO DE AÇÃO

O QUE	POR QUE	ONDE	COMO	QUEM	DATA DE INÍCIO DA AÇÃO	PREVISÃO DE CONCLUSÃO DA AÇÃO
Projeto Momento Residência Zen	Para a melhoria da qualidade de vida do residente	Salas de aula	Realizar trinta minutos de meditação no intervalo do almoço (segunda e quarta-feira).	Residentes COREMU	01/07/2023	20/12/2023

14. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Isabela Luisa Fiuza Alves Tutora de núcleo/Coremu	22/05/2023	
Revisão:	Meire Incarnação Gerente de Ensino e Pesquisa	28/04/2023	
	Nome do Revisor 2 Cargo	00/00/0000	
Validação:	Nome do Validador 1 Cargo	00/00/0000	
	Nome do Validador 2 Cargo	00/00/0000	
Aprovação:	Nome do Aprovador Cargo	00/00/0000	

15. REFERÊNCIAS

1. BRASIL 2005. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005.

2. SHAPIRO, Shauna L.; SCHWARTZ, Gary ER; SANTERRE, Craig. Meditation and positive psychology. Handbook of positive psychology, 2002, 2: 632-645.

3. Menezes CB, Dell'Aglio DD. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. Psicol cienc prof [Internet]. 2009;29(2):276–89. Available from: https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200006

6.2.2.20 Projeto Ouvidoria - Depressão Tem Cura

DESCRIÇÃO

O Projeto Depressão Tem Cura é um grupo filantrópico que ajuda pessoas com depressão, ansiedade e problemas emocionais e será acompanhado pela Comissão de Humanização. Este Projeto será para amenizar a dor da Depressão e terá os voluntários da Igreja uma vez por semana que será aos domingos.

O projeto vai contar com a participação de colaboradores do Serviço de Relacionamento e Ouvidoria, membros da Comissão de Humanização na divulgação e acompanhamento da ação. Estes colaboradores com sua força de vontade em ajudar o próximo auxiliará a Comissão de Humanização deste hospital. Trabalho este, voluntário.

PROPÓSITO/ JUSTIFICATIVA

A justificativa para a implementação do projeto é pautada inicialmente pelos resultados positivos que poderemos alcançar. Este Projeto é formado por pessoas voluntárias que venceram ou que tiveram casos próximos de si, com familiares ou amigos com depressão. E hoje se colocam a disposição para dar apoio a pessoas que passam por estas situações de forma altruísta e voluntariamente.

OBJETIVO

Promover o bem-estar emocional, social e cognitivo de pacientes e acompanhantes. O intuito é proporcionar ao indivíduo através da visita religiosa a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais. É uma ocasião para falar com alguém sobre o problema que está o deixando triste e doente, oportunidade de diminuição da ansiedade e angústia.

BENEFÍCIO

Espera-se que através desta ajuda o paciente ou acompanhante tenha a oportunidade de tratamento adequado junto a sua doença. Além disso melhorar stress, ansiedade dos pacientes e acompanhantes que estão com permanência no hospital, auxiliando assim com um tratamento mais humanizado, criando um modelo de ação social.

PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS

Escolha dos pacientes

Os pacientes e acompanhantes que serão contemplados com - Projeto Depressão tem

Cura, serão avaliados pela psicóloga da Comissão de Humanização e/ou pela equipe de psicologia desta unidade. Deverão atender um dos seguintes requisitos:

- Ter estado em uma das UTIs, enfermarias do hospital ou não;
- Estar em leito internado.

Essa triagem será feita pela Comissão de Humanização reguladora do projeto ou setor determinado.

Após a triagem, Membros da Comissão de Humanização levará a equipe do Projeto Depressão tem Cura até o paciente e ou acompanhante.

Regulamentação do Projeto Depressão tem Cura

O Projeto deverá ocorrer obedecendo os seguintes critérios:

- Todos os domingos partir do 2° domingo de cada mês, o horário será a partir da
  - 15 h;
- A equipe do **Projeto Depressão tem Cura** irão percorrer as enfermarias;
- As equipes terão que se identificar na recepção social onde irá pegar o Crachá
  - para ir para nas enfermarias,
- Toda apresentação da equipe terá que ter pelo menos com 01 membro da Comissão de Humanização para acompanhar o evento dentro do hospital.

PARTESINTERESSADAS(STAKEHOLDERS)

Internos

- **Paciente e acompanhante:** os pacientes serão os maiores beneficiados com este

projeto, onde poderão participar de ações de socialização para agregar qualidade de vida e permitir sua interação com o meio. Pois, muitos são privados de amor e carinho dos parentes e familiares, ficando a margem da sociedade;

- **Equipe assistencial:** terão também benefícios com o projeto, o intuito é proporcionar ao individuo através do projeto, a oportunidade de alargamento dos horizontes pessoais. Resumindo, podemos dizer que o Projeto Depressão tem Cura é uma oportunidade de agregar oportunidades de visita e conhecer a Deus. É uma ocasião para falar com Deus, diminuição da ansiedade e angústia, interação social aos pacientes, contribuindo para uma assistência mais tranquila

aos mesmos;

- **Direção:** visibilidade do hospital com a ação de humanização promovido através

deste projeto.

Externos

- **Projeto Depressão tem Cura:** visibilidade da ação promovida no hospital. gerando referências para futuros projetos em outros hospitais;
- **Sociedade:** realização de um serviço humanizado aos pacientes e

acompanhantes hospitalizados contribuindo na qualidade de vida.

RESTRIÇÕES

- Membros da equipe com suspeita de COVID ou outras doenças infecciosas;
- Falta de membros da equipe **Projeto Depressão tem Cura;**

- Falta de membro da Comissão de Humanização para acompanhar os projetos
- dentro do hospital.

EQUIPE

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Assistencial;
- Equipe médica;
- Equipe de Apoio Operacional;
- Membros da Comissão de Humanização;
- Equipe do **Projeto Depressão tem Cura.**

MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto terá início em meados do mês de março de 2024 com prazo de 6 meses como teste do projeto.

ORÇAMENTO

A presença das equipes são doações recebidas.

ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

Esta projeção só será possível após a realização do Projeto, uma vez que o Projeto Depressão tem Cura é piloto dentro da unidade.

PLANO DE AÇÃO

O Projeto terá inicio nas enfermarias do hospital. Iniciará no início do mês de março de 2024, vamos contar com doações de tempo dos membros da igreja para realizar a ação e com a nossa equipe do hospital para fazer este grande projeto. Ele será para amenizar o stress dos pacientes, acompanhantes com permanência aqui no hospital com pouco ou com nenhuma visita hospitalar. Este tipo de ação ajuda melhorar a fé, o humor, elevação da autoestima e interação social dos pacientes entre outras socializações. Acreditando assim nestes benefícios aos pacientes possivelmente podem inclusive favorecer em altas posteriores.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração :

Célia Regina Losano dos Santos

Coordenadora de Serviço de Relacionamento e Ouvidoria - Presidente da Comissão de

Humanização/HUGO

Revisão: Ana Paula CostaViana Montalvão Enfermeira NQSP

Validação: Tamilles da Silva Borges Coordenadora NQSP

6.2.2.21 Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência

" + HUMANO"

Objetivo: Realizar visitas semanais com equipe multiprofissional a fim de promover atividades entre os pacientes, familiares e equipe de uma maneira lúdica.

Justificativa: Melhorar o aspecto psicossocial do paciente e durante sua jornada.

Material: Bolas, balões, fichas, som, microfone.

Público: Equipe de assistência e familiares.

"A CASA É SUA"

Objetivo: Realizar atendimento médico ambulatorial a pessoas em situação de rua, através da triagem dos centros municipais, garantindo promoção e prevenção em saúde da população em condição de vulnerabilidade.

Justificativa: Gerar impacto na saúde das pessoas em condições de rua que não tem acesso ao serviço de atenção básica e secundária devido a estigmas sociais.

Material: consultório, equipamento de assistência.

Público: Equipe de assistência e população regional.

" CONTE COMIGO"

Objetivo: Identificar e acompanhar profissionais de saúde que manifestem aspectos de agravo psicológico devido a saúde ocupacional, através de consultas periódicas com o Sesmt.

Justificativa: Evitar complicações de saúde que podem gerar incapacitação.

Material: consultório, equipamento do Sesmt.

Público: Funcionais.

" NA SUA DIREÇÃO"

Objetivo: Informar e melhorar as condições de transporte e recepção do paciente nos diversos setores.

Justificativa: Tornar mais humano o trânsito dos pacientes na instituição.

Material: Macas, leitos e hotelaria.

Público: Equipe de assistência e transporte.

" CORREIO DA ESPERANÇA"

Objetivo: Ofertar mensagens diárias de pacientes e familiares durante a internação hospitalar nos diversos leitos da unidade.

Justificativa: Garantir o vínculo familiar e prestar algumas informações de saúde que geram conforto aos envolvidos.

Material: papel, caneta

Público: Equipe de psicologia, assistência social, paciente e familiares.

" ENTRE LINHAS E LÃS"

Objetivo: Ofertar e ensinar pacientes que aguardam cirurgia uma terapia baseada em tricô,crochê, macramê e rodas de conversas.

Justificativa: Diminuir o sentimento de ansiedade e medo até o tempo cirúrgico.

Material: linha e material de crochê

Público: Pacientes.

EQUIPE

Os profissionais que participarão do projeto serão o corpo docente e discente dos Programas de Residência do HUGO, equipe administrativa da Diretoria de Ensino e Pesquisa Equipe Assistencial e Médica.

ORÇAMENTO

Não custo adicional para implementação deste projeto

MARCOS E LINHA DO TEMPO

O projeto QUALIDADE E SEGURANÇA NA ASSISTÊNCIA terá seu lançamento dia 01/09/2023 e acontecerá aproximadamente uma vez por semana das 7h às 7h30 até o dia 05/09/2024.

O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do palestrante.

CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	**Gabriel Henrique Rodrigues Leonardo** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
Revisão:	**Matheus Gabriel Dias** Médico Hospitalista	**23/06/2023**	
	Laís Mayara Garcia Enfermeira NQSP	**23/06/2023**	
Validação:	**Tamilles da Silva Borges** Coordenadora NQSP	**23/06/2023**	
Aprovação:	**Luis Henrique Ribeiro Gabriel** Diretor Geral	**23/06/2023**	

6.2.3 Cronograma de Atividades dos Projetos de Humanização

Os objetivos destes Projetos serão: trazer distração, paz ao coração, alimento ao corpo e a alma, dignidade aos nossos pacientes e acompanhantes. Busca constante em melhor atender nossos irmãos de caminhada. Ações criadas e assistidas pela Comissão de Humanização e do HUGO.

ATIVIDADE	O que	Quando	Ano:											
			MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
I	Definição da Equipe			X										
II	Apresentação e Planejamento da Proposta				X									

III	Implementação					X								
IV	Execução das Ações da Proposta					X	X	X	X	X	X	X	X	X
V	Avaliação das Ações da Proposta						X		X		X		X	
VI	Acompanhamento e monitoramento				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
1	Missa mensal na última 4 feira de cada mês Ás 15 hs.	1 x por mês 15 hs Última 4 feira de cada mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Culto Evangélico	1 x por mês -15 hs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		2º 4f feira de cada mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Refeições aos acompanhantes/paciente que não tem condições;	Qualquer refeição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Sessão Pipoca à pacientes que tem dieta liberada nas enfermarias de 15 em 15 dias;	15 em 15 dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Projeto Empatinhas – visita canina nas enfermarias;	01 x ao mês	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Roupas a pacientes/acompanhantes que não tem para ir embora;	Sempre que necessário	X		X		X		X		X		X	
7	Kits de Higiene à pacientes que tem necessidade econômica ou por não chegar pela família;	Sempre que necessário			X		X		X		X		X	
8	Projeto Ler é distração.	Todos os dias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Buscar doações de livros, revistas ou qualquer outro livro com conteúdo edificante;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ouvidoria quando fizer a visita, entregar livro da escolha do paciente;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Projeto Terapia Assistida Por Animais (Taa) - Empatinhas													
	Hugo Tvt													

	Projeto Acalente O Coração												
	Projeto "Ler É Distração"												
	Projeto "Alegria... Alegria"												
	Paciente Aniversariante												
	Projeto Janeiro Branco												
	Projeto "UNIDADE, em Tela"												
	Projeto Curtindo o carnaval com responsabilidade												
	Projeto "UNIDADE, em Paz Espiritual"												
	Projeto Fim de ano solidário												
	Projeto Sons de Acolhimento no Hospital - "Unidade, Som + NÓIS".												
	Projeto Ação de Saúde												
	Projeto Café Com Ciência												
	Projeto Alimentando E Sorrindo												
	Projeto Momento Residencia Zen												
	Projeto Ouvidoria - Depressão Tem Cura												
	Projetos - Qualidade E Segurança Na Assistência												

6.2.3.1 Registros dos Eventos:

Culto Mensal com Pastor Hugo

Café da Manhã do Dia da Mulher

Festa do Carnaval

6.3 Proposta para Execução da Construção da UTI 5 com 20 leitos

Memorial Descritivo – Projeto De Arquitetura Executivo De Reforma

HUGO – UTI 05

PROJETO : Hospitalar – Unidade Funcional UTI 05

ENDEREÇO : Av. 31 de Março s/n – Setor Pedro Ludovico - Goiânia

PROPRIETÁRIO : Secretaria da Saúde do Estado de Goiás

CNPJ : 02.529.964/0008-23

AUTOR DO PROJETO : Athos Rios Júnior – Arquiteto CAU A10299 7

ÁREA DE INTERVENÇÃO : 508,34m2

Introdução :

Trata-se de uma obra HOSPITALAR, para atender as demandas das unidades funcionais em relação ao volume crescente de pacientes que buscam o HUGO, vindos de várias partes da macro região do Centro Oeste, inclusive nordeste do pais.

A reforma para receber esta nova unidade – Unidade de Terapia Intensiva 03, fazem parte de um grande esforço da diretoria do HUGO para aumentar sua capacidade de atendimento público, demanda esta, que vem crescendo insistentemente a cada ano . Dessa forma, este projeto de arquitetura foi concebido utilizando espaços já existentes do Hospital ocupados anteriormente pelo laboratório, sempre com a preocupação de analisar proximidades entre as Unidades Funcionais afins. O novo Plano Diretor do HUGO, criteriosamente elaborado, e entregue este ano, prevê em sua segunda etapa, a presente reforma, dando a devida importância à criação de mais leitos de UTI.

Os materiais especificados e sugeridos em projeto de detalhamento de piso/teto/parede, são sempre de primeira linha e muito indicados para este tipo de ambiente, boa estética, durabilidade e fácil assepsia, podendo ser adquirido no comércio da cidade ou região.

As dúvidas referentes ao projeto, devem ser sanadas diretamente com o profissional projetista. Quaisquer modificações pretendidas ou solicitadas devem ser apresentadas com antecedência ao autor do projeto.

Os empreiteiros, que farão a execução da obra, deverão visitar o local para melhor avaliar os ambientes em relação às modificações elencadas em projeto.

SERVIÇOS PRELIMINARES :

Antes de iniciar os serviços de reforma, a empresa responsável deverá enviar uma equipe de profissionais para analisar criteriosamente os ambientes que serão reformados, sempre lembrando que estarão tratando de local onde não é permitido em hipótese alguma a insalubridade. Levar em conta as fontes poluidoras, principalmente a poeira e o ruído do canteiro, sempre preocupando e tomando medidas severas para evitar ao máximo que estas poluições se propaguem nas outras alas do hospital

A retirada do piso existente para a colocação do novo poderá deixar imperfeições que deverão ser regularizadas com argamassa adequada, para receber o novo piso.

As paredes deverão ser lixadas e corrigidas as imperfeições com massa acrílica para receber a pintura. As paredes novas serão levantadas com bloco cerâmico de 9 cm. e serão chapiscadas, rebocadas, emassadas e pintadas. As paredes com revestimento cerâmico deverão ser adequadamente tratadas para receber o revestimento.

A análise estrutural será de responsabilidade do engenheiro responsável técnico pela obra, observando criteriosamente as interferências presentes na reforma desde o ponto de vista estrutural, sem colocar em risco a integridade do edifício.

A execução das instalações deverá seguir com rigor absoluto as recomendações dos projetos elétrico, gases , hidrossanitários e climatização.

Tomar especial cuidado em corrigir infiltrações proveniente de instalações antigas ou penetração da água de chuva.

Quaisquer outros tipos de defeitos deverão ser corrigidos a tempo, sob pena de prejudicar o andamento e qualidade dos novos serviços.

Todas as esquadrias, sejam portas ou janelas presentes neste projeto, deverão ser substituídas pelas novas especificadas.

Por se tratar de uma reforma com o hospital em funcionamento, a equipe de execução deverá apresentar um plano de trabalho aos administradores do hospital onde serão demonstradas as linhas de planejamento de obra, dos serviços, entrada de materiais, pessoal, horários, proteções e outros. Neste caso todos os cuidados deverão ser tomados para que a obra não prejudique o funcionamento das unidades funcionais.

Relação De Ambientes Com Especificações De Materiais :

1- Escaninhos Pacientes – 5,97 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.

2- Circulação 01 - 38,05 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.

3- Circulação 02 – 14,28 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.

4- Área Coletiva de Tratamento Intensivo 01 com 09 leitos – 109,82 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica d 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Parede 04 : Divisória em placas de gesso acartonado de 12,5 mm, estrutura c montantes de aço interno de 70 mm a cada 600 mm, espessura total da parede 95 mm, emassadas, lixadas e pintadas com tinta acrílica Suvinil toque de seda branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Cortina Divisória de Leito Hospitalar : 100% antibacteriana e antifúngica, em Vinil (PVC), com tratamento anti-chama e com dupla superfície lisa. Fixada no teto e funcionamento corrediço.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço

pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.

- Lavatórios : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

5- Posto de Enfermagem da UTI 01 – 8,74 m2

- Parede 03 : Divisória em placas de gesso acartonado de 12,5 mm, estrutura ou montantes de aço interno de 70 mm a cada 600 mm, espessura total da parede 95 mm, até a altura de h=110 cm., dai até o teto em vidro temperado cristal de 8 mm. Rodapé do mesmo material do piso.

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784). Rodapé no mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito. Sobre a bancada instalar uma cuba de embutir inox Franke 50x35x17 cm. com torneira bica alta móvel Deca Link.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

6- Área Coletiva de Tratamento Intensivo 02 com 09 leitos – 109,79 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Parede 04 : Divisória em placas de gesso acartonado de 12,5 mm, estrutura ou montantes de aço interno de 70 mm a cada 600 mm, espessura total da parede 95 mm, emassadas, lixadas e pintadas com tinta acrílica Suvinil toque de seda branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Cortina Divisória de Leito Hospitalar : 100% antibacteriana e antifúngica, em Vinil (PVC), com tratamento anti-chama e com dupla superfície lisa. Fixada no teto e funcionamento corrediço.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de a pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.

7- Posto de Enfermagem da UTI 02 – 8,74 m2

- Parede 03 : Divisória em placas de gesso acartonado de 12,5 mm, estrutura ou montantes de aço interno de 70 mm a cada 600 mm, espessura total da parede 95 mm, até a altura de h=110 cm., dai até o teto em vidro temperado cristal de 8 mm. Rodapé do mesmo material do piso.

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784). Rodapé no mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito. Sobre a bancada instalar uma cuba de embutir inox Franke 50x35x17 cm. com torneira bica alta móvel Deca Link.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

8- Depósito de Equipamentos e Materiais – 4,32 m2

- **Parede 02 :** Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Piso : Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Prateleira : Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado.

9- Farmácia Satélite – 10,93 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito.

- Lavatório : Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

10- Sala Administrativa – 4,21 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito.

11- Banheiro Pacientes – 6,44 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

12- Banheiro Isolamento 02 – 5,78 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

13- Quarto de Isolamento 02 – 10,20 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

14- Antecâmara 02 – 1,81 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

15- Antecâmara 01 – 1,86 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

16- Quarto de Isolamento 01 – 10,20 m2

- Piso : Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium e manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Porta(P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Porta(P3) : Porta de abrir de 01 folha 120x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório : Sobre a bancada h=85 cm. de granito branco itaunas polido, instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C.

17- Banheiro de isolamento 01 – 5,78 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P2) : Porta de abrir de 01 folha 90x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

18- Banheiro Plantonista Intensivista – 5,54 m2

- **Piso:** Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

19- Quarto Plantonista Intensivista – 6,04 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

20- Sala de Utilidades – 11,88 m2

- **Piso:** Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

Bancada: em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito. Sobre a bancada instalar um lavatório Deca de embutir oval L59 branco, com torneira Deca modelo Decamatic Eco cromada cod. 1175 C; e uma cuba de embutir inox Franke 50x35x17 cm. com torneira bica alta móvel Deca Link.

21- Banheiro Plantonista Feminino – 4,56 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

22- Quarto Plantonista Feminino – 12,95 m2

- **Piso:** Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório:

23- Quarto Plantonista Masculino – 12,99 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório:

24- Banheiro Plantonista Masculino – 4,56 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- **Lavatório:** Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- **Bacia Sanitária :** Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

25- DML – 2,19 m2

- **Piso:** Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- **Parede:** Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- **Teto:** Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- **Soleira :** Granito branco Itaunas polido.

- **Porta (P1) :** Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

26- Escaninhos Funcionários – 2,39 m2

- **Piso :** Piso Vinílico, marca Tarkett, em manta 2 mm, linha Eclipse Premium em manta 2x23m. com cor predominante bege claro(21020786), e tabeira periférica de 20 cm. cor laranja (21020784).

Aplicação : Nos ambientes com piso vinílico existente, retirar o piso e

toda cola remanescente, esmerar na limpeza, regularizar se for necessário e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

Nos ambientes com cerâmica ou porcelanato, fazer uma regularização do piso com argamassa colante piso sobre piso, esmerar na limpeza e aplicar novo piso de acordo com as especificações do fabricante.

- Parede 01: Parede rebocada, emassada com massa acrílica e pintura acrílica acetinada, marca Suvinil, linha Toque de Seda cor branco neve. Rodapé do mesmo material do piso.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

27- Sala de Entrevista – 5,04 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

28- Higienização – 3,76 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito. Sobre a bancada instalar uma cuba de embutir inox Franke 50x35x17 cm. com torneira bica alta móvel Deca Link.

29- Banheiro Funcionários Masculino – 4,49 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- Lavatório: Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- Bacia Sanitária : Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

30- Banheiro Funcionários Feminino – 4,49 m2

- Piso: Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- Parede: Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- Teto: Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- Soleira : Granito branco Itaunas polido.

- Porta (P1) : Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

- **Lavatório:** Lavatório Deca, com coluna suspensa, linha vogue plus, código L510+C510, acabamento GE 17, branco gelo, com torneira Decamatic Eco, cromada, cod. 1175-C.

- **Bacia Sanitária :** Bacia Sanitária, marca Deca, Vogue Plus, Ref P5, Acabamento GE17, branco Gelo, com comando de acionamento Montana.

31- Copa – 10,36 m2

- **Piso:** Piso em porcelanatto Portinari Linha Loft SGR 60x60 cm retificado, rejunte de 2mm. Cor platina da quartzolit ou similar.

- **Parede:** Cerâmica Portinari 30x60 cm retificada White Plain Matte rejunte de 1mm. Branco da quartzolit ou similar. Sem rodapé.

- **Teto:** Gesso Acartonado de 12,5 mm, com acabamento em gesso corrido e tinta acrílica fosca de 1ª. Linha branco neve.

- **Soleira :** Granito branco Itaunas polido.

- **Porta (P1) :** Porta de abrir de 01 folha 80x210 cm., , de madeira maciça revestida com fórmica na cor corda e com proteções em aço inox nas bordas, portais de aço pintados com tinta automotiva, ver detalhe em projeto. Fechadura LaFonte em aço inox, linha professionel CJ 513 IN e dobradiças La Fonte Inox 495.

Bancada: Em granito branco Itaunas, polido e impermeabilizado, na altura de 90 cm. com rodamão do mesmo granito de 15 cm; Saia frontal com 10cm e acabamento em meia esquadria; no piso da bancada construir uma base em alvenaria recuada 10 cm. do alinhamento da bancada com altura de 15 cm. e revestir a frente com o mesmo granito. Sobre a bancada instalar uma cuba de embutir inox Franke 50x35x17 cm. com torneira bica alta móvel Deca Link.

ESPECIFICAÇÕES DE ACESSÓRIOS :

Espelho tipo Mirage 3D 3mm da Cebrace

Ao lado dos lavatórios : Dispenser de papel toalha Fortcom com bobina autocortante cor branca, instalado na bucha e parafuso na altura de 120 cm.

Ao lado dos Lavatórios : Saboneteira Premisse Velox para refil espuma cor branca, instalada na altura de 120 cm.

1- Ao lado da Bacia Sanitária (preferencialmente lado direito de quem esta sentado) : Ducha Higiênica Marca Deca branca.
2- Ao lado da Bacia Sanitária : Dispenser Premisse Velox, porta papel higiênico rolão cor branca.
3- Puxador Lafonte inox PH1
4- Fechaduras Lafonte inox linha professional CJ 513 IN.
5- Batemaca : Instalar na h= 85 cm.(parte superior) linha Hospitalar em PVC , tipo Tecnoperfil em PVC cor azul.
6- Dobradiça Lafonte inox 495.(reforçada)
7- Barras anti queda de inox da DECA.
8- Chuveiro Lorenzetti cromado tradição 6.800 W.

Athos Rio Junior

Arquiteto CAU A 102997

Proposta Ta Planta Da Uti 5