

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

VOLUME 2

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

SUMARIO

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 Acompanhantes1721

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

ORGANIZAÇAO DA QUALIDADE

7 QUALIDADE OBJETIVA

Qualidade é o grau de utilidade esperado ou adquirido de qualquer coisa, verificável através da forma e dos elementos constitutivos do mesmo e pelo resultado do seu uso. A palavra "qualidade" tem um conceito subjetivo que está relacionado com as percepções, necessidades e resultados em cada indivíduo e, essas necessidades e expectativas influenciam diretamente a percepção da qualidade.

Desta forma o ***INSTITUTO CEM*** visa com esse tópico apresentar a forma como dispõe a gerenciar o hospital e assim, poder oferecer a melhor assistência considerando o nível de recursos e tecnologia que a unidade de saúde terá à sua disposição, tendo em vista que o projeto físico e os equipamentos foram definidos e adquiridos pela Secretaria de Saúde do Estado de Goiás.

7.1 Comissão de Ética Médica

7.1.1 Proposta de Constituição

7.1.1.1 DA FINALIDADE

As Comissões de Ética Médica são órgãos que, segundo a legislação, devem estar presentes em todas as instituições que contam com trabalho médico. Embora não possuam competência para realizar julgamento nem estabelecer penalidades nas questões éticas, as Comissões de Ética Médica são responsáveis por levar ao conhecimento do Conselho Regional de Medicina qualquer denúncia ou suspeita de ilícito ético.

Ao receber denúncia ou tomar conhecimento de eventual infração ética, devem instaurar sindicância para apuração dos fatos por meio de audiência, devendo lavrar os depoimentos dos denunciantes, dos denunciados e das testemunhas, bem como a reunião das provas. Uma vez constatado o indício de infração do Código de Ética Médica, devem encaminhá-lo ao Conselho Regional de Medicina. As cópias de toda esta documentação deverão ser mantidas arquivadas.

A Comissão de Ética Médica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá papel importante na prevenção do erro médico, pois têm a liberdade de promover cursos, palestras, simpósios em educação continuada, podendo contar para isso com os recursos disponíveis no CREMEGO.

7.1.1.2 Membros

A Comissão de Ética Médica deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes ficará assim composta: 06 médicos (3 efetivos e 3 suplentes)

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de médicos do estabelecimento de saúde, eleitos por voto secreto do corpo clínico.

7.1.1.3 DA CONSTITUIÇÃO

As Comissões de Ética Médica foram criadas pelo Conselho Federal de Medicina mediante a Resolução no 125/85, de 11 de julho de 1985, que determinou aos Conselhos Regionais de Medicina a criação de Comissão de Ética em todos os estabelecimentos ou entidades em que se exerce a medicina nas respectivas jurisdições.

Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, no uso das atribuições conferidas pela Lei no 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto no 44.045, de 19 de julho de 1958, RESOLVE:

Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas em que se exerça a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seu Regimentos Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução.

Compete ao Diretor Técnico encaminhar ao Conselho Regional de sua jurisdição a ata da eleição da Comissão de Ética Médica.

Adotar o Regimento das Comissões de Ética, parte integrante da presente Resolução.

7.1.1.4 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês (na 3ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1 – As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Art. 2 – As Comissões de Ética são vinculadas ao Conselho Regional de Medicina e devem manter a sua autonomia em relação às instituições onde atuam, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à direção do estabelecimento.

Parágrafo único – Cabe ao diretor técnico prover as condições necessárias ao trabalho da Comissão de Ética.

Art. 3° Os atos da Comissão de Ética Médica são restritos ao corpo clínico da instituição a qual está vinculado o seu registro (HOSPITAL).

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 4° Compete à Comissão de Ética Médica, no âmbito do HOSPITAL:

I. Fiscalizar o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade de atendimento oferecido aos pacientes estejam de acordo com os preceitos éticos e legais que norteiam a profissão;
II. Instaurar procedimentos preliminares internos mediante denúncia formal ou de ofício;
III. Colaborar com o Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar os profissionais sobre temas relativos à ética médica;
IV. Atuar preventivamente, conscientizando o corpo clínico da instituição quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
V. Orientar o paciente da instituição de saúde sobre questões referentes à Ética Médica;
VI. Atuar de forma efetiva no combate ao exercício ilegal da medicina;

VII. Promover debates sobre temas da ética médica, inserindo-os na atividade regular do corpo clínico da instituição de saúde.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° A Comissão de Ética Médica será composta por 03 (três) membros titulares e 03 (três) suplentes, eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico, obedecidas as normas dispostas neste Regimento, podendo ser reeleitos.

Art. 6° A Comissão de Ética Médica será composta por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário eleito dentre os membros efetivos.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 7° A escolha dos membros da Comissão de Ética do HOSPITAL será realizada mediante processo eleitoral através de voto direto e secreto, não sendo permitido o uso de procuração, dela participando os médicos que compõem o corpo clínico da instituição, conforme previsto no regimento interno do Corpo Clínico.

Art. 8° Não poderão integrar a Comissão de Ética Médica os médicos que exercerem cargos na direção técnica, clínica ou administrativa da instituição e os que não estejam adimplentes com o Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo Único. Quando investidos nas funções de direção durante o curso de seu mandato, o médico deverá se afastar dos trabalhos da Comissão de Ética Médica, enquanto perdurar o impedimento.

Art. 9° São inelegíveis para a Comissão de Ética Médica os médicos que não estiverem adimplentes com o Conselho Regional de Medicina, bem como os que tiverem sido apenados eticamente nos últimos 8 (oito) anos, com decisão transitada em julgado no âmbito administrativo, ou que estejam afastados cautelarmente pelo CRM.

Parágrafo Único. Considerando a existência de penas privadas, o Conselho Regional de Medicina de Goiás deverá apenas certificar a condição de elegível ou inelegível dos candidatos, de acordo com seus antecedentes ético-profissionais.

Art. 10. O mandato da Comissão de Ética Médica tem duração de 02 (dois) anos, podendo ocorrer à reeleição de seus membros.

Parágrafo Único. As eleições deverão ser realizadas até 30 (trinta) dias antes do término do mandato.

Art. 11. O diretor clínico do HOSPITAL 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 de Goiás.

Parágrafo Único. Os integrantes da comissão eleitoral e membros de cargos diretivos da instituição não podem ser candidatos à Comissão de Ética Médica.

Art. 12. A comissão eleitoral convocará a eleição, por intermédio de edital a ser divulgado na instituição de saúde, 30 (trinta) dias antes da data fixada para a eleição e validará e publicará a lista dos votantes do corpo clínico.

Parágrafo Único. O edital deverá conter as informações necessárias ao desenvolvimento do processo eleitoral, com regras específicas a serem observadas durante o pleito.

Art. 13. A candidatura deverá ser formalizada perante a comissão eleitoral, com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição, por intermédio de chapas, de acordo com a regra de proporcionalidade prevista no artigo 3 da Resolução CFM No 2.152/2016 e no artigo 4 deste regimento.

§ 1o. No momento da inscrição, a chapa designará um representante para acompanhar os trabalhos da comissão eleitoral e fiscalizar o processo de eleição.

§ 2o. O requerimento de inscrição deverá ser subscrito por todos os candidatos que compõe a chapa.

Art. 14. A comissão eleitoral divulgará, no âmbito da instituição de saúde, as chapas inscritas, de acordo com o número de registro, durante o período mínimo de uma semana.

Art. 15. A comissão eleitoral procederá à apuração dos votos imediatamente após o encerramento da votação, podendo ser acompanhada pelo representante das chapas e demais interessados, a critério da comissão eleitoral.

Parágrafo único. Será considerada eleita à chapa que obtiver maioria simples dos votos apurados.

Art. 16. O resultado da eleição será lavrado em ata pela comissão eleitoral, que deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás para homologação e registro.

Art. 17. Os protestos, impugnações e recursos deverão ser formalizados, por escrito, dentro de, no máximo de 2 (dois) dias após a ocorrência do fato, encaminhados em primeira instância à comissão eleitoral e, em segunda instância, ao Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Art. 18. Homologado e registrado o resultado, os membros eleitos serão empossados pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

Parágrafo único. O Conselho Regional de Medicina de Goiás emitirá certificado de eleição, com a composição da Comissão de Ética Médica, que deverá ser afixado no HOSPITAL, em local visível ao público.

Art. 19. Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, o presidente da Comissão de Ética Médica procederá à convocação do suplente, pelo tempo que perdurar o afastamento, devendo comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 1°. Se o membro da Comissão de Ética Médica deixar de fazer parte do corpo clínico do HOSPITAL, o seu mandato cessará automaticamente, cabendo ao presidente comunicar imediatamente ao CREMEGO.

§ 2°. Sobrevindo condenação ético-profissional transitada em julgado no âmbito administrativo contra qualquer membro da Comissão de Ética Médica, este deverá imediatamente ser afastado pelo CREMEGO.

Art. 20. Em casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, dentre os membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Parágrafo único. Quando ocorrer vacância em metade ou mais dos cargos da Comissão de Ética Médica, será convocada nova eleição para preenchimento dos cargos vagos até que nova eleição oficial seja realizada, que poderá ter candidatura individual.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 21. A Comissão de Ética Médica se reunirá ordinariamente bimestralmente, e, extraordinariamente, quantas vezes necessárias para o bom andamento dos trabalhos.

Art. 22. Os atos administrativos da Comissão de Ética Médica terão caráter sigiloso, exceto quando tratar-se de atividade didático-pedagógicas no âmbito da Instituição de saúde.

Art. 23. As deliberações da Comissão de Ética Médica dar-se-ão por maioria simples, sendo prerrogativa do presidente o voto qualificado em caso de empate.

Art. 24. A apuração interna será instaurada mediante:

I Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II Ofício, por intermédio de despacho do presidente da Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único. Instaurada a apuração, o presidente da Comissão de Ética Médica deverá informar imediatamente ao CREMEGO para protocolo e acompanhamento dos trabalhos.

Art. 25. As apurações internas deverão ser realizadas pelo membro da Comissão designado, sem excesso de formalismo, tendo por objetivo a apuração dos fatos no local em que ocorreram.

Art. 26. Instaurada a apuração interna, os envolvidos serão informados dos fatos e, se for o caso, convocados mediante ofício para prestar esclarecimentos em audiência ou por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da juntada aos autos do comprovante de recebimento.

Parágrafo único. A apuração interna no âmbito da Comissão de Ética Médica, por se tratar de procedimento sumário de esclarecimento, não está sujeita às regras do contraditório e da ampla defesa.

Art. 27. A apuração interna deverá ter a forma de autos judiciais, com folhas devidamente numeradas e rubricadas, ordenadas cronologicamente.

Parágrafo único. O acesso aos autos é permitido apenas às partes, aos membros da Comissão de Ética Médica e ao CREMEGO.

Art. 28. Encerrada a apuração dos fatos, será lavrado termo de encerramento dos trabalhos e serão encaminhados os autos ao presidente da Comissão de Ética Médica, que poderá sugerir o seu arquivamento ou encaminhá-los ao CREMEGO.

Parágrafo único. O presidente da Comissão de Ética Médica poderá colocar os autos para apreciação dos demais membros que, em votação simples, poderão deliberar pela realização de novos atos instrutórios.

Art. 29. Todos os documentos obtidos e relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, das fichas clínicas, das ordens de serviço e outros que possam ser úteis ao deslinde dos fatos, deverão ser encartados aos autos de apuração, quando do seu envio ao CREMEGO.

Art. 30. Se houver denúncia envolvendo algum membro da Comissão de Ética Médica, este deverá abster-se de atuar na apuração dos fatos denunciados, devendo o presidente da comissão remeter os autos diretamente ao CREMEGO para as providências cabíveis.

Art. 31. A Comissão de Ética Médica não poderá emitir nenhum juízo de valor a respeito dos fatos que apurar.

§ 1° O CREMEGO não está subordinado a nenhum ato da Comissão de Ética Médica, podendo refazê-los, reformá-los ou anulá-los se necessário à apuração dos fatos, nos termos da Lei.

§ 2° A atuação da Comissão de Ética Médica é de extrema valia à apuração das infrações éticas, não significando, entretanto, qualquer derrogação, sub-rogação ou delegação das funções legais dos Conselhos Regionais de Medicina.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 32. Compete ao Presidente da Comissão de Ética Médica:

I. Representar a Comissão de Ética Médica para todos os fins;
II. Comunicar ao Conselho Regional de Medicina de Goiás quaisquer indícios de infração ao dispositivos éticos vigentes, eventual exercício ilegal da medicina ou irregularidades que impliquem em cerceio à atividade médica no âmbito da instituição a qual se encontra vinculada;
III. Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;
IV. Convocar o secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;
V. Convocar os membros suplentes para auxiliar nos trabalhos da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário;
VI. Nomear os membros encarregados para instruir as apurações internas instauradas.

Parágrafo Único. O presidente deverá ser membro efetivo da Comissão de Ética Médica.

Art. 33. Compete ao Secretário da Comissão de Ética Médica:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos ou ausências;
II. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Médica;
III. Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e demais documentos relativos aos atos da Comissão de Ética Médica, mantendo arquivo próprio;
IV. Abrir e manter sob sua guarda o livro de registros da Comissão de Ética Médica, onde deverão constar os atos e os trabalhos realizados, de forma breve, para fins de fiscalização.

Art. 34. Compete aos membros efetivos e suplentes da Comissão de Ética Médica:

I. Eleger o presidente e o secretário;
II. Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, propondo sugestões e assuntos a serem discutidos e, quando efetivos ou suplentes convocados, votar nas matérias em apreciação;
III. Instruir as apurações internas, quando designados pelo presidente;
IV. Participar ativamente das atividades da Comissão de Ética Médica, descritas no artigo 6o deste regimento.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 35. Os médicos envolvidos nos fatos a serem apurados, convocados nas apurações internas que deliberadamente se recusarem a prestar esclarecimentos à Comissão de Ética Médica, ficarão sujeitos a procedimento administrativo no âmbito do CREMEGO, conforme preconiza o art. 17 do Código de Ética Médica.

Art. 36. O CREMEGO deverá fornecer todo o apoio necessário à Comissão de Ética Médica, tanto estimulando a participação do corpo clínico no processo eleitoral, quanto no respaldo à sua autonomia perante o hospital, conforme estabelecido na Resolução CFM No 2.152/2016, no seu artigo 36.

Art. 37. O presidente da Comissão de Ética Médica deverá fornecer ao CREMEGO relatório sobre as atividades realizadas, a cada seis meses ou quando solicitado.

Art. 38. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Regional de Medicina de Goiás.

7.1.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA

ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Publicação Edital de Convocação Eleição	x											
	Abertura de Inscrições para Candidatos		X										
	Encerramento das Inscrições		X										
	Divulgação dos Candidatos		X										
	Eleições		X										
	Divulgação dos Eleitos		X										
	Encaminhar doc. Para CRM		X										
	Realizar posse dos eleitos após homologação do CRM			X									
	Realizar Reunião dos Membros			X				X				x	
	Elaboração do Regimento Interno			X									
	Aprovação do Regimento Interno			X									
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares			X			X			X			X
	Elaboração de Relatórios				X			X			X		X
	Desenvolvimento de Atribuições	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos				X			X			X		
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância e comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manter comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração da lei ou dispositivos éticos vigentes;			X			X			X			X
	elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição em que atua						X						X
	manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	fornecer subsídios à direção da instituição em que funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;			X			X			X			X
	atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição em que funciona quanto às normas legais que		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	disciplinam o seu comportamento ético;												
	promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;		X		X		X		X		X		X
	encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição representações sobre indícios de infração dos seus respectivos Códigos de Ética;						X						X
	Capacitações	x		X			x			x			X
	Elaborar proposta de melhoria continua dos processos da Comissão	X		X				x		x		x	
	Elaborar relatórios com resultados avaliados		X		x		x		x		x		x
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuário		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades			X			X			X			X
	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X			X

7.2 Comissão de Ética em Enfermagem

7.2.1 Proposta de Constituição

7.2.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser organizada de maneira que atenda as diversas áreas de atuação da enfermagem, abrangendo todos os profissionais inseridos na equipe e desenvolverá ações educativas voltadas aos profissionais da área de enfermagem, fiscalizará o exercício da profissão e o cumprimento dos direitos reservados à categoria, sendo uma extensão do Conselho Regional de Enfermagem – COREN.

7.2.1.2 DA CONSTITUIÇÃO

O Conselho Federal de Enfermagem– COFEN. Resolução 172/1994. Normatiza a criação de Comissão de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde. Decisão n 469 de 23 de dezembro de 2014. Regulamenta a instituição das Comissões de Ética de Enfermagem nas instituições de saúde e dá outras providências.

A Equipe será composta por Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem em igual número, com vínculo empregatício na instituição e registro no COREN-GO e terá como atribuições a fiscalização do exercício ético do profissional de enfermagem; a inspeção das condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o perfeito desenvolvimento técnico e moral da enfermagem; a fiscalização do cumprimento, pela unidade, dos direitos previstos em lei aos profissionais da área de enfermagem e, ainda, a fiscalização da qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Deverá ser formada por membros efetivos e igual número de suplentes, cabendo a presidência ao Enfermeiro.

7.2.1.3 MEMBROS COMPONENTES/PERFIL

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.2.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem é órgão representativo do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nessa Instituição.

CAPÍTULO II

Das Finalidades

Art. 2 - A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela Resolução COFEN 593/2018, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à ética.

Parágrafo Único - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar à Coordenação de enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 3 - A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:

I. Fortalecer o componente ético dos profissionais de enfermagem do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria.
II. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional, bem como identificar as ocorrência éticas e disciplinares na instituição de saúde.
III. Receber denúncias de profissionais de enfermagem, usuários, clientes e membros da comunidade relativa ao exercício profissional da enfermagem, bem como colaborar com o COREN-GO no combate ao exercício ilegal da profissão.

Art. 4 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

Art. 5 - A Comissão de Ética de Enfermagem do Serviço de Enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será formada por três Enfermeiros Titulares e Três Enfermeiros suplentes e dois Auxiliares de Enfermagem titulares e dois Auxiliares de Enfermagem suplentes.

Art. 6 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá ser reconduzida por igual período.

Art. 7 - A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.

Parágrafo único - As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS E FUNÇÕES

Art. 8 - As Comissão de Ética de Enfermagem tem como objetivos:

I - Zelar pela conduta ética dos profissionais de enfermagem na instituição;

II - Zelar pelo bem estar do ser humano;

III-Orientar aos profissionais de enfermagem em um processo educativo reflexivo permanente;

IV-Prevenir infrações éticas;

V-Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.

Art. 9 - São funções da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-EDUCATIVA:

a) Valorizar o desenvolvimento moral e ético da enfermagem;

b) Promover estudos sobre a Legislação de Enfermagem, com ênfase no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

c) Divulgar entre os profissionais de Enfermagem da instituição as Resoluções, Decisões, Normas e recomendações emanadas do Cofen, Coren-GO e da Comissão de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem);

d) Sanar dúvidas dos profissionais de Enfermagem, orientando-os quanto aos preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

e) Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.

II-FISCALIZADORA:

a) Supervisionar o exercício ético do profissional de Enfermagem na instituição;

b) Verificar a observância aos princípios que regulamentam os preceitos legais dos deveres e direitos da Enfermagem;

c) Acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes;

d) Acompanhar e colaborar com o Coren-GO na verificação das condições técnicas de funcionamento do estabelecimento de saúde e sua compatibilidade com o adequado desenvolvimento técnico e moral da Enfermagem;

e) Verificar e acompanhar a atualização do cadastramento do pessoal de Enfermagem que trabalha na Instituição, comunicando ao Coren-GO as irregularidades e ilegalidades cadastrais não corrigidas dentro dos prazos exigidos;

f) Comunicar ao Coren-Go fatos de maior gravidade ou que tenham acarretado danos a terceiros.

III-SINDICÂNCIA:

a) Instaurar sindicância, em caso de suspeita de infração ética por profissional da enfermagem;

b) Encaminhar relatório conclusivo da sindicância ao plenário do conselho regional para homologação ou análise de admissibilidade para instauração de processo ético disciplinar.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Art. 10 – Compete aos Membros Efetivos da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Comparecer às reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

II-Garantir a presença do suplente quando impedido de comparecer à reunião;

III-Organizar a programação anual das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Participar das discussões de assuntos constantes de pauta das reuniões;

V-Participar da votação das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Emitir pareceres, quando designado pelo Presidente, em assuntos da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Realizar sindicâncias e demais tarefas quando designados pelo Presidente;

VIII-Levar à apreciação da Comissão de Ética de Enfermagem assuntos de interesse que tomar ciência;

IX-Encaminhar ao(a) Coren-Go, as informações sobre as tarefas realizadas na forma de pareceres, relatórios, ou informes.

X-Cumprir e fazer cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

Art. 11 – São atribuições e competência do(a) Presidente:

I-Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética de Enfermagem por meio de instrumento formal;

II-Presidir as reuniões;

III- Indicar ao Secretário a pauta das reuniões;

IV-Distribuir a realização de sindicâncias e demais tarefas aos membros efetivos e suplentes; V-Encaminhar para votação os assuntos de interesse da Comissão de Ética de Enfermagem;

VI-Analisar e aprovar o planejamento das atividades a serem desenvolvidas durante o ano;

VII-Analisar e aprovar os relatórios mensais e o relatório anual das atividades desenvolvidas;

VIII-Encaminhar ao Coren-GO, relatório anual das atividades desenvolvidas;

IX-Solicitar à Comissão de Ética de Enfermagem de outras instituições a providência que julgar necessária para o esclarecimento de problemas éticos de sua própria Instituição;

X-Atender pedidos de contribuição sobre questões éticas e atender as providências que forem de sua competência, quando solicitado pelos profissionais da instituição, por outra Comissão de Ética de Enfermagem e pelo Coren-GO;

XI- Articular-se com a Direção da sua instituição;

XII- Contribuir com solicitações do Coren-GO.

Art. 12 - São atribuições e competência do(a) Secretário(a):

I-Substituir o(a) Presidente em suas ausências e impedimentos, no caso de Secretário(a) Enfermeiro(a);

II-Elaborar o cronograma das reuniões e atividades de educação continuada;

III-Preparar a pauta das reuniões;

IV-Redigir as atas das reuniões;

V-Registrar em livro próprio as decisões da Comissão de Ética de Enfermagem e dar seu conhecimento à Gerência de Enfermagem para divulgação entre os profissionais de Enfermagem da Instituição;

VI-Manter o acervo da Comissão de Ética de Enfermagem;

VII-Auxiliar o presidente em suas atividades, sempre que solicitado.

Art. 13 – Compete aos Membros Suplentes da Comissão de Ética de Enfermagem:

I-Substituir os respectivos membros efetivos nos seus impedimentos;

II-Participar das reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;

III-Participar das atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem;

IV-Cumprir as disposições desta Decisão e as demais normas relativas ao exercício ético-profissional.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 - A Comissão de Ética de Enfermagem reuniões ordinárias mensais, dentro da carga horária de trabalho de seus membros, constando dia, hora e local de sua realização.

§ 1° - Poderão ser realizadas reuniões extraordinárias, quando o assunto justificar.

§ 2° – As reuniões extraordinárias serão convocadas pelo(a) Presidente ou pela maioria dos membros, em requerimento dirigido ao(a) Presidente.

§ 3° A ausência não justificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente.

Art. 15 – A instituição deverá disponibilizar um local para sediar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem e arquivar seus documentos.

Art. 16 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá enviar relatório anual de suas atividades ao Coren-Go até o final da segunda quinzena do mês de janeiro de cada ano.

Art. 17 - As reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem somente serão realizadas, e suas Decisões consideradas regulares, quando estiver presente a maioria de seus membros efetivos.

Art. 18 - Será obrigatoriamente lavrada ata das reuniões, em livro próprio para este fim, com termo de abertura e chancelamento pelo(a) Secretário(a) da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 19 - As recomendações adotadas pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem, em suas reuniões, receberão o nome de recomendações.

Art. 20 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão encaminhadas ao Coren-GO, que apreciará e submeterá à aprovação da Diretoria ou do Plenário do Coren-GO;

§ 1 - As recomendações da Comissão de Ética de Enfermagem serão escritas em papel timbrado da Instituição;

Art. 21 - A Comissão de Ética de Enfermagem se fará representar, pelo menos, por um de seus membros nas convocações feitas pelo Coren-GO.

CAPÍTULO VI

DA DENÚNCIA E SINDICÂNCIA

Art. 22 – A denúncia surge de um fato irregular ocorrido na instituição, praticado por profissional de enfermagem, envolvendo pacientes, seus familiares, acompanhantes ou outros profissionais que trabalham na instituição.

§1 - A denúncia pode ser feita por qualquer pessoa que tenha presenciado o ocorrido.

§ 2 - A ocorrência pode ser de natureza ética ou ético-administrativa sendo que esta última fere tanto o Código de Ética da Profissão como os documentos regulamentadores da instituição e deverá ser analisada nas instâncias competentes, conforme o caso.

Art. 23 – A Sindicância é um procedimento sumário que visa colher informações sobre notícias de supostas infrações éticas ou disciplinares, devendo ser conduzida em sigilo.

Art. 24 - As sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética de Enfermagem obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão e deverá transcorrer em caráter sigiloso.

Art. 25 - A Comissão de Ética de Enfermagem da instituição deverá se reunir para analisar a denuncia e avaliar se tem fundamento de natureza ética. O ato, caracterizado como de natureza ética, será submetido ao processo de sindicância. Para instauração da sindicância é necessário:

I - Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

II - Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III - Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, caso haja supostas irregularidades ético disciplinares praticadas durante o exercício profissional;

IV - Determinação do Coren-GO. Parágrafo Único: As denúncias anônimas, deverão ser encaminhadas diretamente ao Coren-GO, para as providências cabíveis.

Art. 26 - O Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem designará um ou dois membros da Comissão para realizar as audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 27 - Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem notificará o(s) profissional(ais) envolvido(s) e o(s) convocará para prestar seu(s) depoimento(s) ou, se for

o caso, solicitará manifestação por escrito com prazo de 7 (sete) dias úteis a partir do recebimento do aviso.

§1 - As notificações poderão ser feitas por escrito com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo pelos membros da Comissão de Ética de Enfermagem diretamente ao(s) profissional(ais) envolvido(s), de modo reservado, preservando-lhe(s) o direito à privacidade.

§2 - O descumprimento das convocações e demais solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem, nos casos em que forem justificados, deverão ser encaminhados ao Coren-GO para análise.

§3 – Encaminhar ao Coren-GO, as ocorrências em que o profissional de enfermagem não atender as convocações ou solicitações da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam, cópias dos prontuários, livros de registros administrativos utilizados exclusivamente pela Enfermagem, ou outros que possam auxiliar na elucidação dos fatos, deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo Único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem, preservando assim o sigilo.

Art. 29 - A Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar os fatos a luz do material coletado.

§1° - Quando o fato for qualificado como de menor gravidade a Comissão de Ética de Enfermagem tentará promover a conciliação entre as partes envolvidas e realizará orientações e ações educativas de acordo com o caso;

§2° - Todos os casos são passíveis de conciliação à exceção daqueles que tenham resultado em óbito; §3° - Ocorrendo a conciliação, a Comissão de Ética de Enfermagem lavrará tal fato em ata específica, dará ciência do fato ao Enfermeiro RT da instituição e encaminhará Relatório Final à Presidência do Coren-GO para homologação;.

§4° - Não havendo a conciliação, o Processo de Sindicância seguirá seu trâmite normal;

Art. 30 – Ao final de todos os Processos de Sindicância, deverá ser elaborado o Relatório Final, no qual se limitará à narrativa dos trabalhos de apuração, sem formular juízo de valor.

Paragrafo único - Nos casos em que não houver conciliação, ou em casos qualificados como gravíssimos, a Comissão de Ética de Enfermagem dará ciência ao Enfermeiro Responsável Técnico e encaminhará o Relatório Final à Presidência do Coren-GO para as providências cabíveis.

Art. 31 - Quando, ao final dos trabalhos de sindicância, a ocorrência for identificada como de natureza meramente administrativa a Comissão de Ética de Enfermagem encaminhará os laudos da sindicância ao Enfermeiro RT da instituição para as providências cabíveis.

Art. 32 - Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

CAPÍTULO VII

DAS ELEIÇÕES

Art. 33 - Os procedimentos para a instauração das Comissões de Ética de Enfermagem (Comissão de Ética de Enfermagem) nas instituições deverão ser iniciados após manifestação expressa do responsável pelas equipes de enfermagem da instituição e devidamente encaminhada ao Coren-GO; Parágrafo Único: Já existindo Comissão de Ética de Enfermagem na instituição, compete ao Presidente desta comissão no prazo de 30 dias antes do término do seu mandato encaminhar o documento previsto no caput deste artigo.

Art. 34 - O Coren-GO expedirá edital número 01 informando a todos os profissionais que será instituída a Comissão de Ética de Enfermagem, concedendo o prazo de 15 dias úteis para os interessados providenciarem as inscrições de suas chapas.

§ 1° - Decorrido o prazo para apresentação de chapas, e não havendo inscrições, a Comissão será formada por indicação do responsável pela equipe de Enfermagem da Instituição, observados os critérios de regularidade e impedimentos do profissional previstos nesta decisão.

§ 2° - Em caso de inscrição de chapa única, ficará a critério da instituição a realização dos procedimentos de votação.

§ 3° - Havendo a inscrição de mais de uma chapa será expedido pelo Coren-GO o Edital número 02 no qual constará o nome dos candidatos de cada chapa por ordem alfabética e a data das eleições.

Art. 35 - Após a publicação do Edital número 02 nas dependências da instituição será concedido o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos candidatos juntando provas de suas alegações.

§ 1 - Nos casos em que não houver inscrições de chapas ou somente de uma chapa o Coren-GO providenciará a publicação dos nomes dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem na instituição e concederá o prazo de 03 dias úteis para qualquer profissional de enfermagem opor os impedimentos e impugnações justificadamente referentes aos nomes dos profissionais juntando provas de suas alegações.

a) Não havendo impugnações ou manifestações contrarias o Coren-GO homologará os nomes e chapa e providenciará os procedimentos para empossar os profissionais.

§ 2° - Quando houver mais de uma chapa inscrita as impugnações ou impedimentos suscitados serão julgados pela Comissão Eleitoral no prazo de 5 dias úteis .

§3 - As impugnações ou impedimentos suscitados referentes aos nomes de profissionais, nos casos de chapa única ou de indicação pela gerência de enfermagem serão julgados pela Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Éticas Institucionais – CTI Comissão de Ética de Enfermagem no prazo de 05 dias úteis.

§4 Das decisões da comissão eleitoral ou CTI Comissão de Ética de Enfermagem cabem recursos administrativos ao plenário do conselho regional.

Art. 37 - As Comissão de Ética de Enfermagem serão instaladas na sede dos estabelecimentos de saúde, obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

I – Nas instituições que tiverem cem (100) profissionais de enfermagem ou mais, a comissão será constituída por nove (09) profissionais, sendo quatro (04) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e três (03) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

II - Nas instituições que tiverem entre cinquenta (50) a noventa e nove (99) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por sete (07) profissionais, três (03) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e dois (02) técnicos ou auxiliares de enfermagem efetivos e um (01) suplente.

III - Nas instituições que tiverem menos de cinquenta (50) profissionais de enfermagem, a comissão será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Art. 38 - O mandato dos membros da Comissão de Ética de Enfermagem é de relevância para a enfermagem e terá a duração de três (03) anos admitida uma reeleição de seus membros.

Art. 39 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem empossados iniciarão seus trabalhos com a escolha dos cargos de Presidente e Secretário e a elaboração do Regimento Interno da Comissão, dando ciência ao Coren-GO. Parágrafo Único: O cargo de Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem será privativo de enfermeiros, conforme as atribuições previstas na Lei 7.498/86.

Art. 40 - Em caso de ausência, impedimento ou vacância de cargo de membro efetivo, a Comissão efetivará o suplente para ocupar a vaga existente em caráter temporário ou definitivo respectivamente.

DA COMISSÃO ELEITORAL

Art. 41 - Para executar e fazer cumprir os atos necessários à realização das eleições em caso da existência de mais de uma chapa será constituído uma comissão eleitoral composta de no mínimo três profissionais de enfermagem da instituição em que ocorrerá as eleições.

Art. 42 - Para o bom desempenho da comissão eleitoral o conselho regional de enfermagem irá disponibilizar os materiais e estrutura logística necessária para garantir a lisura e transparência do processo eleitoral.

Art. 43 - Compete à comissão eleitoral organizar, supervisionar, decidir sobre registro e impugnações, instalar e fazer parte das mesas receptoras e apuradoras e encaminhar aos Coren as atas dos trabalhos eleitorais para homologação.

Art. 44 - Não podem participar como membros da comissão eleitoral candidatos inscritos nas chapas concorrentes ou seus parentes em linha reta e colateral até o terceiro grau.

DAS INSCRIÇÕES

Art. 45 - As inscrições deverão acorrer no prazo previsto no edital N 01, mediante simples requerimento em formulário próprio e assinado por todos os componentes da chapa conforme quantitativos explícitos no artigo 5 incisos I, II e III indicando:

a) Nome completo;

b) Categoria da inscrição e número do Coren;

c) Endereço residencial;

d) Número de telefone e e-mail;

Art.46 - O formulário de requerimento de inscrição deverá ser instruído com os seguintes documentos:

a) Certidão de regularidade expedida pelo Conselho;

b) Comprovantes de vínculo empregatício;

c) Declaração da instituição que não respondeu ou responde processo administrativo disciplinar;

DO REGISTRO DAS CHAPAS

Art. 47 - Transcorridos os prazos para impugnações e julgamentos será publicado o Edital n 03 no placar da instituição e no site da autarquia contendo a decisão dos registros das chapas que serão numeradas por ordem cronológica de recebimento das inscrições.

Art. 48 - O edital n03 deverá conter os números das chapas e respectivos nomes dos candidatos, o dia, o local em que será instalada a mesa receptora e o horário de inicio e término da votação.

DOS IMPEDIMENTOS

Art. 49 - São impedimentos para compor chapas ou comissão eleitoral:

a) Inscrição provisória ou temporária;

b) Existência de débitos de anuidades com o conselho;

c) Exercer cargo de supervisão ou chefia na instituição;

d) Responder a processo administrativo disciplinar na instituição e ou ético disciplinar no Conselho.

CAPÍTULO VIII

– DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 50 - A Comissão de Ética de Enfermagem é autônoma em relação aos assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de enfermagem da instituição.

Art. 51 - A Comissão de Ética de Enfermagem poderá atuar juntamente à Diretoria e ao corpo de Enfermagem de sua Instituição, orientando e colaborando na prevenção de infrações éticas.

Art. 52 - São prerrogativas da Comissão de Ética de Enfermagem:

I - Participar das reuniões da instituição e contribuir nas decisões que dizem respeito aos profissionais de Enfermagem;

II - Apoiar as iniciativas que visem melhores condições da assistência de enfermagem e de segurança no trabalho.

III - Recorrer ao Coren-GO, quando impedido de cumprir a presente Decisão;

Art. 53 - Os membros da Comissão de Ética de Enfermagem receberão do Coren-GO, através da Câmara Técnica de Instrumentalização das Comissões de Ética- CTI Comissão de Étic de Enfermagem, desde que solicitado, as orientações necessários para o bom e fiel exercício de seu mandato.

Art. 54 - Os casos duvidosos ou omissos relacionados com as Comissões de Ética de Enfermagem serão solucionados pelo plenário do Coren-GO.

Art. 55 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após sua aprovação.

7.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação d a Comissão	**Criação da comissão e aprovação do regimento**	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	**Reuniões Ordinárias**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação do Código de Ética		X					X					X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	**Desenvolvimento de Atribuições**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promoção e Participação de Eventos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Orientações aos Pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício		X					X					X

	profissional,												
	identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.			X			X			X			X
	Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acompanhar a qualidade do atendimento de enfermagem dispensado aos pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	**Informar os cidadãos / usuários**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da						X						X

	evolução das estratégias												
	Monitoração de Denúncias e situações internas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.3 Comissão de Biossegurança

7.3.1 Proposta de Constituição

7.3.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Biossegurança do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) tem como objetivo conscientizar as equipes de trabalho na prevenção, em especial, por agentes biológicos, ou mesmo pela incorporação de novas tecnologias e insumos que afetem diretamente os aspectos de saúde, mitigando os riscos gerados.

Parágrafo único. A biossegurança é um processo tanto funcional quanto operacional nos diferentes serviços de saúde e deve ser vista como um mecanismo de proteção, tanto para o paciente, quanto para os atores envolvidos nos cuidados de saúde.

7.3.1.2 Membros

A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

- Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
- Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Representante da Comissão de Proteção Radiológica;
- Representante do Centro Cirúrgico;
- Representante do Laboratório Clínico;
- Representante da Agência Transfusional;

- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Coordenação Multiprofissional;
- Representante do Conselho Gestor.

7.3.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Seção I

COMPOSIÇÃO

Art. 1º - A Comissão de Biossegurança terá composição multiprofissional de membros efetivos, com representantes de diversos segmentos, na forma que segue:

I Representante da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde CCIRAS;

II Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

III Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

IV Representante da Comissão de Proteção Radiológica;

V Representante do Centro Cirúrgico;

VI Representante do Laboratório Clínico;

VII Representante da Agência Transfusional;

VIII Representante da Coordenação de Enfermagem;

IX Representante da Coordenação Multiprofissional;

X Representante do Conselho Gestor.

Parágrafo único. Caberá à área da Segurança do Trabalho a articulação das ações, no que se refere à biossegurança, garantindo a unificação destas ações.

Seção II

CAMPO DE ATUAÇÃO

Art. 2º - Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa Comissão

específica para atuação dentro HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIA DA COMISSÃO

Art. 3 º- Compete à Comissão:

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.

CAPÍTULO III

ATRIBUIÇÕES

Art. 4º - O mandato desta Comissão de Biossegurança será indeterminado, podendo ser substituído a qualquer tempo quando a Superintendência achar conveniente, ou por justificativa pertinente.

Art. 5º - As atribuições da Comissão são de promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital , ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Parágrafo único – O Presidente, Vice-Presidente e o secretário serão escolhidos através de votação simples dos membros da comissão.

Art. 6º - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I Encaminhar a pauta da reunião para o Setor de Comissões Técnicas fazer a convocação, com pelo menos 48 (quarenta e oito) horas de antecedências das reuniões ordinárias;

II Presidir as reuniões;

III Representar a Comissão junto às Coordenações ou Diretorias da instituição, ou indicar seu representante;

IV Subscrever todos os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

V Fazer cumprir o regimento.

Art. 7º - São atribuições do Vice-Presidente:

I Executar atribuições que lhe forem delegadas;

1. Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 8 º- O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 9º - São atribuições do Secretário:

I Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela Comissão até o dia 15 do mês seguinte para o Setor de Comissões Técnicas.

CAPÍTULO IV

FUNCIONAMENTO DA SEDE

Art. 10º - A sede da Comissão será a sala do núcleo de comissões, a ser disponibilizada pela unidade hospitalar, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 11º - Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 12º - As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal da empresa, somente em dias úteis, em local apropriado e suas convocações ficarão ao cargo do Setor de Comissões Técnicas;

Art. 13º - As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros e para o Setor de Comissões Técnicas, para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização;

Art. 14º - Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, e também quando houver solicitação expressa de uma das representações;

Art. 15 º- Será necessário o quórum, calculado pela maioria simples, de membros efetivos para a edição de resoluções.

I Não havendo quórum, será feita nova convocação;

II Havendo impasse, a situação deverá ser votada;

III Em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva";

IV Membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 16º - A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática, devendo o mesmo ser substituído de acordo com sua representação.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÔES GERAIS

Art. 17º - Este Regimento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 18º - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 19º - Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 20º - Este Regimento Interno entrará em vigor após publicação.

Art. 21º - Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

7.3.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitoramento por meio de outras comissões.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.4 Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

7.4.1 Proposta de Constituição

7.4.1.1 DA FINALIDADE:

Prevenir e o controlar infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

7.4.1.2 Membros

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – SCIRAS é uma das mais importantes comissões para o ambiente hospitalar e tem por finalidade a prevenção e o controle das infecções hospitalares, destinando-se à execução do Programa de Controle de Infecção Hospitalar – PCIH com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. Também representa o principal difusor de ações para a manutenção de condições adequadas para a correta prática da medicina e outras áreas afins, no intuito de nunca trazer prejuízo ao paciente, buscar a cura quando possível, e sempre levar conforto e atenção.

Nossa proposta para implementação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , vai se basear em algumas ações. A primeira delas é a normativa, na qual são fortalecidas as regras a serem

seguidas por todos os profissionais da saúde que exerçam suas atividades no hospital no sentido de minimizar os riscos para a ocorrência de infecção hospitalar.

A segunda ação a ser desenvolvida é a vigilância epidemiológica, através da qual os casos de infecção hospitalar são detectados e analisados. Através da análise dos dados coletados, de forma periódica e sistemática, os profissionais da SCIRAS podem diagnosticar quais são e onde estão os focos infecciosos intra-hospitalares e qual é a população de maior risco. Conhecendo estas peculiaridades, a SCIRAS propõe medidas de controle que visam minorar o problema.

As ações educativas constituirão a terceira forma de atuação da SCIRAS. Todos os profissionais estarão em constante atualização, seja através de literatura especializada, ensino à distância ou por participação em congressos e outros eventos relacionados. Uma vez atualizados, os profissionais deverão estudar a aplicabilidade dos novos conceitos ou tecnologias no âmbito hospitalar. A difusão destes novos conhecimentos para os outros profissionais no Hospital de saúde, através de palestras, cursos ou comunicação impressa também contarão com a participação da SCIRAS. Ainda dentro das ações educativas, estão incluídas as reuniões, palestras e o contato diário com os demais profissionais no Hospital de saúde, momento em que as orientações sobre normas e condutas serão reforçadas.

Todas as ações de ensino e capacitação serão coordenadas pela Seção de Desenvolvimento de Pessoas – SDP com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares e garantir os registros de treinamentos, bem como a avaliação de eficácia dos mesmos, buscando acompanhar o desenvolvimento dos profissionais nos assuntos específicos ministrados.

Os membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar tem como responsabilidade, ainda, integrarem a Comissão de Obras da unidade, participando dos projetos para ampliação, reforma ou modificação da área física no Hospital de saúde, avaliando as condições e necessidades diante do planejamento de intervenções físicas na infraestrutura predial, apontando os direcionamentos para garantir a segurança dos profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e fiscalizando a execução das obras por parte do setor de Manutenção Predial.

Ainda serão responsabilidades da SCIRAS elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes

presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precauções e de isolamento, a padronização e controle do uso de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Farmácia e Terapêutica , a investigação de surtos de infecção hospitalar, bem como elaborar, implementar e avaliar o Programa de Controle de Infecções Hospitalares, o qual constará dos seguintes itens:

- Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares através de busca ativa de casos de infecção no hospital;
- Determinação de materiais, normas e rotinas para tratamento e prevenção das infecções hospitalares;
- Realização de capacitações aos funcionários quanto ao controle de infecções;
- Uso adequado de antibióticos e produtos para limpeza;
- Realização de estatísticas de infecção hospitalar e divulgação de dados nos setores hospitalares e para a Secretaria Estadual de Saúde;
- Avaliação periódica dos índices de infecção e tomada de medidas de controle.
- Também caberá à SCIRAS elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar periodicamente, às diretorias da instituição e às chefias de todos os setores no Hospital de saúde, a situação de controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar.

7.4.1.3 DA PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (SCIRAS):

A importância da SCIRAS não é somente a de prevenir e combater a infecção hospitala beneficiando assim toda a população assistida, mas também proteger o hospital e o corpo clínico.

A Comissão atende à Lei 9.431 de 6 de dezembro de 1997, Portaria MS 2.616 de 12/5/1998 e Instrução Normativa 4 de 24/2/2010 da Anvisa, produzindo os 8 indicadores preconizados na instrução retro.

Devem ser mantidos arquivados os documentos que comprovem a legalidade de sua existência, as rotinas de sua funcionalidade, protocolos que orientem o tratamento mais adequado ministrado ao paciente e, sobretudo, dados estatísticos que demonstrem os índices de infecção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ,

para que, solicitados judicialmente, possam ser comprovados, e estes índices de infecção devem ser mantidos dentro dos limites aceitáveis.

A legislação básica sobre infecção hospitalar, regulamentando a criação das SCIRAS, permite ao estabelecimento a adoção de medidas de acordo com as particularidades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . Medidas no combate à infecção para o grande hospital, com enorme corpo clínico e atendimento em todas as áreas médicas, evidentemente mais suscetíveis às infecções, podem ser diferentes das pequeno Hospital ambulatorial HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , com menor corpo clínico e especializado; entre estes extremos, têm-se as inúmeras variáveis.

Para reduzir os riscos de ocorrência de infecção hospitalar, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS) tem os seguintes objetivos:

- Padronização e confecção do manual de normas e rotinas de Controle de Infecção Hospitalar;
- Padronização do manual de rotinas de acidentes ocupacionais;
- Padronização de antissépticos e germicidas hospitalares;
- Padronização de Antimicrobianos;
- Busca ativa diária de casos de Infecção Hospitalar;
- Padronização das rotinas de zeladoria hospitalar;
- Elaborar e Implantar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);
- Elaborar os índices mensais de Infecção Hospitalar.
- Desenvolver ações na busca ativa das infecções hospitalares;
- Avaliar e orientar as técnicas relacionadas com procedimentos invasivos;
- Partir da equipe de padronização de medicamentos;
- Prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Controle de limpeza da caixa de água;
- Controlar o uso de antibiótico;
- Implantar e manter o sistema de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares;
- Elaborar treinamentos periódicos das rotinas do SCIRAS;
- Manter pasta atualizada das rotinas nas unidades;
- Realizar busca ativa aos pacientes com Infecção;
- Fazer análise microbiológica da água.

- Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente, buscando a qualidade juntamente com a atuação de Educação Permanente;
- Programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;
- Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicas operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;
- Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;
- Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

7.4.1.4 DA COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar será composta por membros executores e membros consultores, estes são profissionais de nível superior que atuem no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , sendo:

-2 médicos com título de especialidade em infectologia

-2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

-1 farmacêutico

7.4.1.5 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 4ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

7.4.1.6 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão de SCIRAS serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de SCIRAS, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

7.4.1.7 DIRETRIZES DO PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

8.3.1.7.1 Introdução

O Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) pode ser elaborado de várias formas, seguindo as diretrizes das legislações nacionais vigentes, que hoje são a Portaria MS/GM n 2616/1998 e a RDC ANVISA n 48/2000, além de diretriz internacional como o Guideline dos Componentes Essenciais do Programa de Prevenção e Controle de Infecção da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016).

No entanto, nossa experiência no acompanhando dessas ações ao longo dos anos tem mostrado que a maioria dos serviços não consegue contemplar claramente no planejamento dos seus Programas suas metas e necessidades, ficando o planejamento deficitário.

Desse modo, com o intuito de direcionar os profissionais na elaboração de um Programa de Prevenção e Controle de Infecção claro e objetivo e que contemple minimamente quesitos essenciais para o desenvolvimento das ações nos estabelecimentos de saúde, apresentamos proposta que visa dar melhor direcionamento aos controladores de infecção e também padronizar e facilitar a elaboração dos PPCIH nas Unidades de Saúde.

88.3.1.7.2 PPCIH

Considera-se Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (PPCIH ou PPCIRAS) o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares ou relacionadas à assistência à saúde.

O Programa de Controle de Infecção da Unidade de Saúde deve ser elaborado para um período de 2 a 4 anos, com metas numéricas estabelecidas, seguindo as metas municipais, estaduais e nacionais, além de ter metas próprias. O Plano de Ação do Programa já exige um prazo menor, devendo ser elaborado anualmente, considerando o andamento e ou a evolução do Programa, cujos ajustes se fazem necessários de um ano para outro.

88.3.1.7.3 Objetivo do PPCIH

Programar o desenvolvimento das ações de Prevenção e Controle de Infecção da Unidade de Saúde. Deve ser elaborado pelos membros executores da SCIRAS (que constituem Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH), com suporte e ou assessoria dos membros consultores. Após elaborado, deve ser encaminhado para conhecimento e aprovação da gestão da Unidade de Saúde. O PPCIH deve ser elaborado de forma sistematizada, com metas e ações claras, responsabilidades e prazos definidos e monitoramento e avaliação.

88.3.1.7.4 Componentes para Elaboração dos PPCIHA

Organização Mundial da Saúde (OMS) tem como direcionamento para as ações de prevenção e controle de infecção os Componentes Básicos (Core Components) ou Componentes Essenciais para a redução máxima possível da incidência e da gravidade das IRAS e RM - Resistência Microbiana (OPAS, 2017).

Esses componentes são:

1. Organização do Programa de Controle de Infecção: deve ser definido claramente, com os objetivos baseados na epidemiologia, na avaliação do risco e nas prioridades da unidade de Saúde (ou outro serviço de assistência à saúde) para a prevenção e controle de infecção e a propagação da RM. Essas informações podem ser acessadas nas reuniões com os membros consultores da Comissão (SCIRAS), na avaliação do Relatório Anual do SCIH, nas visitas de auditoria nos setores, nas reuniões de setores da unidade de Saúde, dentre outras.

2. Diretrizes ou Orientações Técnicas ou Protocolos para prevenção e controle de infecção para todos os profissionais da assistência à saúde.

88.3.1.7.5 Diretrizes para Elaboração do PPCIH

A elaboração do PPCIH deve ser realizada de forma a contemplar os Componentes Essenciais recomendados pela OMS supra citados. Para o planejamento das ações do PPCIH, é importante levantar as informações com relação aos problemas relativos à prevenção e controle das IH e RM, que constituem o que chamamos de "diagnóstico situacional" da Unidade de Saúde. A partir desse diagnóstico situacional, que inclui resultados de indicadores, relatórios e outros, devem ser estabelecidas as metas que o SCIH planejou para determinado período, lembrando que essas metas devem ser estabelecidas em percentuais. Para o alcance das metas propostas, devem ser listadas ações que possibilitem ou viabilizem o cumprimento das metas. Para a realização das ações, são determinados os responsáveis, os prazos e os recursos necessários (humanos, materiais, equipamentos e outros).

A RDC ANVISA n 48/2000 que estabelece o Roteiro de Inspeção Sanitária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (já citado acima) pode ser utilizada como embasamento para ajudar no direcionamento da elaboração do PPCIH.

Quanto à periodicidade do Plano de Ação, recomenda-se que este seja anual por facilitar monitoramento e avaliação do Programa estabelecido, bem como elaboração do relatório anual.

88.3.1.7.5 Itens a serem Contemplados no PPCIH

É interessante que o documento seja elaborado com o timbre da Unidade de Saúde.

1. Título: Exemplo: Programa de Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar (ou de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde) da unidade de Saúde "..." para o período de XXXX a XXXX (sugerimos que esse período seja bianual ou trianual).

2. Apresentação do PPCIH:

Fazer um breve relato do histórico do Serviço de Controle de Infecção no hospital (ou estabelecimento) e do (s) objetivo (s) do Programa (PPCIH).

3. Constituição da SCIRAS e SCIH:

Elencar os setores do serviço de saúde que compõe a Comissão (SCIRAS), discriminando os setores representados que fazem parte como membros consultores e como membros executores (não há necessidade de discriminar nomes no PPCIH, pois esses já estarão

discriminados no documento interno de nomeação das pessoas que compõe a SCIRAS, que deve ser mantido atualizado se houver alteração de membros).

4. Atribuições da SCIRAS:

   - Dos membros executores
   - Dos membros consultores

(relacionar as atribuições em forma de itens, amparando-se na Portaria MS/GM n 2616/1998 ou outra que a substitua)

5. Objetivos:

   - Geral (mais amplo, constitui a ação que conduzirá ao alcance do que se propõe no Programa)
   - Específicos (apresentam, de forma pormenorizada, detalhada, as ações que se pretende alcançar)

6. Metas: Enumerar as metas e estabelecer os percentuais que se deseja atingir dentro do período proposto para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM, tendo o cuidado de planejar com factibilidade.

7. Plano de Ação:

Para a elaboração do Plano de Ação, fica sugerida a utilização de um quadro (Quadro 1) que permite ser implementado durante a vigência do PPCIH, conforme as necessidades do serviço para a prevenção e controle das IH (IRAS) e RM.

Nos Quadros 2 e 3 estão representados dois exemplos pelos quais, a partir do problema levantado, se estabelece metas e ações que devem ser planejadas para a resolução do problema, designando-se responsáveis, períodos de execução, recursos necessários, com espaço para monitoramento e avaliação durante a sua vigência.

Quadro 1: Quadro sugerido para elaboração do PPCIH

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Levantar/enumerar os problemas do EAS que interferem na prevenção e controle das IH e RM, que podem ser mais generalizados, até para a definição da meta	À partir dos problemas levantados, são estabelecidas metas (devem ser numéricas)	Elencar ou enumerar as ações necessárias no EAS para atingir cada meta proposta	Relacionar pessoas/setores responsáveis Cada ação a desenvolvida	Relacionar os prazos estabelecidos para o desenvolvimento de cada uma das ações propostas	Recursos humanos, materiais ou financeiros necessários para o desenvolvimento das ações propostas	Durante a vigência do PPCIH, o controlador de infecção pode monitorar o seu desenvolvimento, assinalando se a ação foi alcançada, se está em andamento ou não alcançada ainda, com isso, pontua e monitora onde deve envidar seus esforços com mais afinco

Quadro 2: Exemplo 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não há disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionai	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e	SCIH/ Administração	Abril/2022	Estimar valores	Alcançado

s de saúde (PAS) e colaborador es em TODAS as pias de HM e pontos de assistência no Hospital de saúde		produtos para abastecimento)				
		Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se está previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos	SCIH/ Administraç ão	Abril/202 2	Nenhum	Alcançado
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/ab astecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/202 2	Nenhum	Em andamento
		Desenvolver capacitação e campanhas de sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM junto aos profissionais de saúde e colaboradores	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/20 22 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimestral e contínuo (após item 4)	Nenhum	Em andamento

		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2022	Nenhum	Alcançado
		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	METAS	AÇÕES	RESPONSÁVEL	PERÍODO DE EXECUÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Não disponibilidade de dispensadores (sabonete líquido, papel toalha e álcool gel) para higienização das mãos (HM) dos profissionais de saúde (PAS) e colaboradores em TODAS as pias de HM e pontos de assistência no Hospital de saúde	Prover acessórios para HM (dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e de álcool gel) em 100% das pias de HM e pontos de assistência da unidade de Saúde	1. Oficiar junto à administração da unidade de Saúde a necessidade de aquisição de dispensadores (já pode constar no documento o quantitativo com a especificação desses materiais e produtos para abastecimento)	SCIH/ Administração	Abril/2022	Estimar valores	Alcançado
		2. Verificar com o serviço de limpeza e higienização hospitalar (em caso de empresa terceirizada) se	SCIH/ Administração	Abril/2022	Nenhum	Alcançado

		está previsto no contrato disponibilização dos dispensadores e insumos				
		3. Estabelecer rotina escrita com capacitação dos colaboradores para higienização/abastecimento dos dispensadores junto ao serviço de limpeza e higiene hospitalar	SCIH	Abril a Maio/2022	Nenhum	Em andamento
		Desenvolver capacitação e campanhas de sensibilização para aumentar a adesão à prática de HM junto aos profissionais de saúde e colaboradores	SCIH/ Educação Continuada/ outros	Maio a Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Em andamento
		5. Realizar auditorias internas para monitorar a adesão às práticas de HM	SCIH	Bimestral e contínuo (após item 4)	Nenhum	Em andamento
		6. Estabelecer indicadores de resultado (consumo de preparação alcoólica para as mãos, consumo de sabonete líquido, percentual (%) de adesão à higiene das mãos)	SCIH	Maio/2022	Nenhum	Alcançado

		7. Elaborar e colocar nos postos de trabalho e pontos de assistência banners e lembretes para a HM	SCIH	Junho/2022 (após resolução do item 1)	Estimar valores	Não alcançado
		8. Outras				

Obs: O PPCIH é flexível, ou seja, durante a sua vigência, novas ações podem ser propostas ou inseridas, a depender das demandas que podem surgir ao longo do período em que foi proposto (indicadores elevados, surtos). Devem ser periodicamente avaliadas necessidades de mudanças ou adequações.

8.3.1.7.6 Avaliação/Elaboração do Relatório anual de avaliação do PPCIH

Ao final da vigência do PPCIH (anual), deve ser elaborado o Relatório Anual de Avaliação das Ações de Prevenção e Controle de Infecção propostas. Este relatório visa dar ciência e transparência às ações desenvolvidas pelo SCIH e constitui documentação importante do SCIH e da gestão hospitalar, devendo ser, socializado/disponibilizado, e uma cópia devidamente arquivada junto aos demais documentos da instituição. Este documento pode ser solicitado/requerido em fiscalizações, auditorias, demandas judiciais, dentre outros.

Sua elaboração ainda corrobora como base para a reprogramação das ações do PPCIH para o ano seguinte.

Como sugestão, o Relatório Anual de Avaliação do PPCIH pode contemplar:

- Identificação do documento (exemplo: Relatório de Avaliação do Serviço de Controle de Infecção da unidade de Saúde "X" Ano: XXXX)
- Breve relato de como se desenvolveu/vem se desenvolvendo o SCIH da unidade de Saúde ao longo dos anos
- Metas alcançadas ou desenvolvidas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX

- Metas parcialmente alcançadas ou em andamento (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao alcance parcial do que foi proposto.
- Metas não alcançadas (pode ser em forma de listagem numerada) no ano de XXXX, identificando os motivos ou fatores que levaram ao não alcance do proposto.
- Conclusão
- Data
- Equipe responsável pela sua elaboração
- Ciência da Alta Administração e demais setores da unidade de Saúde com a data

Este Relatório deve ser assinado pelos membros executores do SCIH (com rubricas em todas as páginas e assinaturas e carimbos na última página) e encaminhado para a Gestão da Unidade de Saúde, ao mesmo tempo em que deverá ser socializado entre os diferentes setores/atores da unidade de Saúde.

Referências:

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 9.431 de 6 de janeiro de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do País.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre regulamentação das ações de controle de infecção hospitalar no país. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n 48 de 02 de junho de 2000.

Aprova o Roteiro de Inspeção do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

Referências:

OPAS. Directrices sobre componentes básicos para los programas de prevención y control de infecciones a nível nacional y de establecimientos de atención de salud para pacientes agudos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017. Licencia: CC By-NC-AS 3.0 IGO.

World Health Organization. Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level. 2016.

7.4.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE:

Art. 1. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS é o órgão encarregado da elaboração, implantação e avaliação do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) que é um conjunto de ações desenvolvidas com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

§ 1. Considerando a necessidade de estar em conformidade com o estabelecido na Lei No. 9431 de 06 de janeiro de 1997, Portaria n 2616, de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde, Resolução- RDC n 48, de 02 de junho de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (MS) e, ainda, que as infecções hospitalares constituem um risco à saúde dos usuários de hospitais e demais estabelecimentos de saúde, a SCIRAS tem por finalidade desenvolver um programa de controle de infecções hospitalares.

§ 2. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Técnica da Instituição.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO:

Art. 2. A composição se faz com membros consultores (núcleo consultor) e executores (núcleo executor) com formação universitária.

Art. 3. Os membros consultores deverão ser representantes dos seguintes serviços:

- Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;

Art. 4. Os membros do núcleo executor deverão ter carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais abaixo relacionados:

- 2 médicos com título de especialidade em infectologia;
- 2 enfermeiros treinados com dedicação exclusiva para o SCIRAS.
- 1 farmacêutico treinado e com dedicação exclusiva para o SCIRAS.

§ 1. Além dos profissionais acima, a Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) deverá disponibilizar pelo menos um funcionário administrativo para a SCIRAS.

§ 2. Os enfermeiros executores deverão obrigatoriamente ter formação mínima específica de infecção hospitalar, com carga horária mínima de 40 horas nos moldes do curso proposto pela Associação Paulista de Estudos e Controle em Infecção Hospitalar (APECIH) ou equivalente.

Art. 5. O mandato dos membros consultores da SCIRAS será de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

Art. 6. Os membros do núcleo executor da SCIRAS fazem parte do quadro de funcionários do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e como tal não terão prazo limite para o mandato.

Art. 7. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada 12 meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

Art. 8. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor Técnico. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

§ Único. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados ao Setor de Comissões Hospitalares.

Art. 9. A sede da comissão será uma sala ou salas exclusivas a serem disponibilizadas pelo hospital, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso à infraestrutura de administrativa informatizada.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 10. Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

Art. 11. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou em seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Art. 12. A reunião só acontecerá se houver "quórum" de pelo menos 50% de presença dos membros consultores.

Art. 13. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

Art. 14. As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Art. 15. Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para Partir das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 16. As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

§ Único. Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 17. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Presidente ou Vice-Presidente da comissão.

Art. 18. O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

CAPÍTULO V

DAS COMPETENCIAS:

Art. 19. Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS:

Partir da elaboração, implantação, manutenção e avaliação do programa de controle de infecção hospitalar, baseado em metas de melhorias e suas estratégias, definidas anualmente buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

O programa deve contemplar ações relativas a: implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares de acordo com o anexo III da Portaria MS 2616/98;

Adequação, implantação e supervisão de normas e rotinas técnicos operacionais, visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares;

Capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito a prevenção e controle das infecções hospitalares; d. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares.

Avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Infecções Hospitalares e analisar criticamente as medidas de controle propostas pelos membros executores da SCIRAS;

Cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes.

Art. 20 - Compete ao Núcleo Executivo da SCIRAS:

- Desenvolver trabalho de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares, com a utilização de busca ativa para a coleta dos dados. Poderão ser utilizados métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência das infecções hospitalares;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado e implantar medidas imediatas de controle;
- Elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando prevenção, controle e tratamento de infecções hospitalares, bem como limitar a disseminação de agentes responsáveis pelas infecções por meio de precauções de isolamento;

- Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica e demais setores de apoio, uma política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- Cooperar com o setor de treinamento com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;
- Partir de visitas e reuniões em diversos setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) com vistas a identificar problemas e propor medidas para o controle de infecção hospitalar;
- Elaborar e divulgar relatórios regularmente, os quais, divulgados junto à diretoria da instituição e às chefias dos setores, comuniquem acerca da situação das infecções nosocomiais no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e sirvam de base para um amplo debate na comunidade hospitalar. Os indicadores de resultados mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) são:
- Taxa de Infecção Hospitalar;
- Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar;
- Distribuição Percentual de Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente;
- Densidade de Incidência de infecções hospitalares por procedimento específico no Hospital de Terapia Intensiva;
- Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias;
- Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos;
- Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar.
- Desenvolver indicadores estruturais e de processos que permitam avaliações mais abrangentes e proativas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) no que tange ao controle das infecções hospitalares;
- Encaminhar o relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas às Coordenações Estaduais e Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações;

- Notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo da gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados;
- Notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com os demais profissionais da Instituição;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

CAPITULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- Convocar e presidir as reuniões;
- Indicar seu vice-presidente;
- Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;
- Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;
- Fazer cumprir o regimento da SCIRAS.

§ 1. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

§ 2. Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice- presidente.

§ 3. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Art. 22. São atribuições e competências do funcionário administrativo da Comissão:

- Organizar a ordem do dia;

- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões;
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;
- Organizar e manter o arquivo da comissão;
- Preparar a correspondência;
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço de secretaria.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 23. Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da SCIRAS, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

Art. 24. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 25. O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria da instituição.

GOIÂNIA,..... de..... de.....

Responsável pela Instituição. Diretor Técnico

7.4.3 Cronograma de Atividade Anual

No que diz respeito ao Cronograma de Atividade Anual, bem como a análise do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , a estrutura para a composição do cronograma está baseada nas instalações, equipamento, recursos humanos e financeiros e filosofia organizacional, procedimentos, atividades e a especificidade do mencionado estabelecimento hospitalar aprovado pela Direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e pela Diretoria Executiva do Instituto CEM.

Assim, delinearam-se algumas orientações para a implementação e execução do Cronograma, por parte dos diferentes atores intervenientes, pois só com base numa estrutura sólida se podem desenvolver os processos c aos resultados desejados da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar os quais poderão ser alterados segundo a realidade a ser identificada após a implantação do novo modelo de gestão.

CRONOGRAMA													
Atividade		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
Implantação da Comissão	CRIAÇÃO DA COMISSÃO E APROVAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO	X											
	REUNIÃO DE PLANEJAMENTO ANUAL	X											
Organização	Reestruturar as competências da SCIRAS		X	X	X	X				X	X	X	X
	Operacionalizar a SCIRAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver o Programa de Controle de Infecção Hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Propor ações para a informatização dos Laboratórios de microbiologia			X			X			X			X
	Realizar auditorias em			X			X			X			X

	de cada serviço/unidade												
Estratégias de Desenvolvimento	Manter a elaboração, a divulgação e a revisão das orientações nacionais		X	X				X	X	X		X	X
Individual e Organizacional	Divulgar um guia prático para o programa de Controle de Infecção Hospitalar				X	X	X				X	X	X
	Desenvolver cursos de formação / orientações para o corpo de funcionários		X			X			X			X	
	Promover investigação sobre infecções Hospitalar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dinamizar a formação contínua de profissionais de saúde sobre o risco, prevenção e controle da Infecção			X		X		X		X		X	

	hospitalar												
	Implementar a campanha para a higiene das mãos, estimulando o consumo de soluções de base alcoólica		X			X	X			X			X
	Incrementar políticas de racionalização de antimicrobianos (antibióticos, antissépticos e desinfectantes)				X	X	X			X	X	X	
Registo e Monitorização	Normalizar a realização sistemática de auditorias internas a estruturas e procedimentos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reforçar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver e reforçar os sistemas de vigilância epidemiológica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X
	Informar os profissionais da melhor evidência disponível sobre infecções Hospitalares		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional de controlo da infecção do hospital		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	APRESENTAÇÃO DE RELATÓRIOS A ALTA DIREÇÃO				X			X			X		

Considerando que a Portaria PT GM/MS 2616 de 12/05/98 - versa sobre a necessidade de toda instituição de saúde estabelecer o seu Plano de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – PCIRAS, o INSTITUTO CEM, apresenta as Diretrizes do Programa de Controle de Infecção Hospitalar, para que seja utilizado como base, para adequação da Implantação do Programa de Controle de Infecção no hospital

7.5 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

7.5.1 Proposta de Constituição

7.5.1.1 DA FINALIDADE

Atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

7.5.1.2 MEMBROS

A Comissão de Prontuários é um órgão de atenção de controle e avaliação, será será composta pelos seguintes membros: em seu núcleo básico com um Presidente, Membros Representativos dos Serviços Médicos, do Serviço de Enfermagem e Representação do Apoio Administrativo.

Será constituída por:

1. 6 (seis) membros efetivos;
2. 6 (seis) membros suplentes do corpo clinico:
   - 1 Enfermeiro;
   - 1 Médico; 1 Residente;
   - 1 Farmácia ;
   - 1 Faturamento;
   - 1 Estatística .

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários tem por finalidade atender a resolução CFM n 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre à saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico (que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo).

O prontuário deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e à sociedade. Serve como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria e estatística.

A Comissão de Análise e Revisão de Prontuários avalia o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes que estiveram internados no Hospital, através de um instrumento padronizado. Esta comissão tem como principal objetivo melhorar a qualidade dos prontuários e a assistência ao paciente, mantendo estreita relação com as comissões de ética médica, de enfermagem e multiprofissional da Unidade para discussão dos resultados das avaliações realizadas.

7.5.1.3 DA CONSTITUIÇÃO

A Comissão de Revisão de Prontuário Médicos é um órgão de assessoria diretamente vinculado à Direção Geral no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas. É de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos e está prevista pelo CFM através da resolução 1.638 de 2002.

A Comissão de Revisão de Prontuários é fundamental para garantir a qualidade e a rastreabilidade dos prontuários dos pacientes atendidos no hospital e, também, propicia a identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas estas que podem acarretar sérios problemas jurídicos, e na prestação de contas para a gestor do contrato tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

7.5.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art.1 A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos é um órgão coligado do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários medicos, identificação de falhas no preenchimento dos prontuários, falhas na

inexatidão de dados epidemiológicos, falhas de faturamento e na prestação de contas para ao gestor do contrato e os orgãos de controle, interno e externo, tanto no aspecto financeiro quanto no de atingimento de metas de produção.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 2°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos será constituída por:

6 (seis) membros efetivos e 6 (seis) membros suplentes do corpo clínico, sendo representado por:

- 1 Enfermeiro;
- 1 Médico; 1 Residente;
- 1 Farmácia ;
- 1 Faturamento
- 1 Estatística.

§ 1. Na primeira gestão, os seus membros serão indicados pelo Diretor Geral e pelo Diretor Técnico;

§ 2. Nas gestões seguintes, os representantes de cada área serão eleitos por seus pares e designados pelo Diretor Geral;

Art. 3°. O Coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos e o Secretario serão escolhidos entre os seus membros com mandatos iguais aos componentes da Comissão.

Art. 4°. A duração do mandato dos membros será de 02 (dois) anos.

§ 1. A duração do mandato do coordenador e secretário será de 1 (um) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do segundo ano.

§ 2. Recondução para o cargo de coordenador poderá ocorrer apenas uma vez.

Art. 5°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser definida no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 6°. A Coordenação da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos requisitará à Seção de Arquivo Médico e Estatística os prontuários selecionados segundo as normas estabelecidas pela Comissão.

Art. 7°. Uma vez recebidos os prontuários, a providenciará o seu registro em livro próprio para este fim.

Art. 8°. A Comissão de Revisão de Prontuários Médicos distribuirá os prontuários recebidos em escala de rodízio, entre os membros da comissão para que os mesmos funcionem como relatores, elaborando parecer sobre o assunto.

Art. 9°. O relator terá um prazo de 15 (quinze) dias úteis para elaborar o seu parecer.

§ Único. O relator poderá solicitar dilatação de prazo ao Coordenador, em casos excepcionais.

Art. 10°. Nos dias de reunião ordinária da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, os relatores apresentarão seus pareceres, que serão apreciados pelos demais membros.

CAPÍTULO IV

DA COMPETENCIA:

Art. 11°compete a essa Comissão de Revisão de Prontuários Médicos estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

Art. 12°Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico;

Art. 13°Rever e avaliar os prontuários, durante o período de internação e após as altas, bem como, os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

Art. 14°Avaliar a qualidade das anotações feitas no prontuário médico;

Art. 15°Devolver os prontuários médicos aos chefes de Serviços para que se ajustem nos padrões estabelecidos, quando for o caso;

Art. 16°Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos na Instituição;

Art. 17°Revisar todos os prontuários glosados e, por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

I. Quanto à clareza e legibilidade;

II. Qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

III. Diagnóstico provável e definitivo.

Art. 18°Segmento e continuidade das prescrições:

I. Temporalidade da transcrição dos dados dos parâmetros vitais;

II. Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

III. Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

IV. Verificação de ultrapassagem ou anteComissão de Prevenção de Acidentesção da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Diretor da Divisão Médica, sobre tais ocorrências.

Art. 19°Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

Art. 20°Arquivar os pareceres e demais documentos, em local designado para esse fim, por 5 (cinco) anos, no mínimo.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES:

Art. 21°. São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos:

I. Estabelecer normas para avaliar a qualidade dos prontuários médicos;

II. Recomendar formulários e sistemas e dar orientação para se obter um bom prontuário médico seja em meio físico (papel) ou eletrônico;

III. Rever e avaliar os prontuários durante o período de internação e após as altas, bem como os de ambulatório, para assegurar-se de que o padrão estabelecido está sendo cumprido;

IV. Avaliar a qualidade das anotações (registros eletrônicos) feitas no prontuário médico;

V. Informar sobre os prontuários médicos, sobre a qualidade das anotações aos chefes de serviços para que se ajustem aos padrões estabelecidos, quando for o caso;

VI. Apreciar os índices de morbidade e mortalidade ocorridos da Instituição;

VII. Revisar todos os prontuários glosados e por amostragem os demais, sob os seguintes aspectos:

VIII. Quanto à clareza e legibilidade, se em meio físico;

IX. Quanto à qualidade do histórico do paciente e a precisão da anamnese;

X. Diagnóstico provável e definido;

XI. Segmento e continuidade das prescrições;

XII. Temporaneidade da transição dos dados dos parâmetros;

XIII. Forma de preenchimento e utilização de abreviaturas do CID e da nomenclatura médica;

XIV. Verificação do seguimento e atendimento de enfermagem;

XV. Verificação de ultrapassagem ou antecipação da Comissão de Prevenção de Acidentes na atuação da média de permanência, por patologia, devendo informar ao Departamento Médico, sobre tais ocorrências;

XVI. Exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;

XVII. Arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por 05 (cinco) anos, no mínimo;

XVIII. R eunir-se mensalmente ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Coordenador.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 23º. Este estatuto está em consonância com a Portaria Conjunta MEC/MS nº 01/94

Art. 24º. As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o diretoria clínica, para apreciação junto ao coordenador da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos. Três ausências consecutivas implicam no desligamento e substituição do membro faltoso.

Art 25º. Este estatuto poderá ser alterado:Após avaliação de desempenho da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos, se for o caso; Pelas eventuais exigências de novas legislações pertinentes ao assunto;Em ambos os casos, por proposta da maioria simples da Comissão de Revisão de Prontuários Médicos ou do Diretor Técnico no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

GOIÂNIA, x/x/xx

Assinam: Diretor Geral Diretor Técnico

7.5.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	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
Criação da comissão e aprovação do regimento	X											

interno												
Reunião de planejamento anual e Definições de Metas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros			X			X			X			X
Reunião de apresentação e análise dos dados levantados dos prontuários avaliados		X		X		X		X		X		X
Levantamento de funções e requisitos de arquivamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

com base nos requisitos de arquivamento levantados												
Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentação de relatórios a alta direção			X	X	X	X		X	X	X		X

7.5.4 Organização

O setor irá funcionar de segunda a sexta feira em horário comercial das 08h às 18 hs, para manuseio das peças do chamado arquivo morto, e em horário de 12 hs os arquivos circulantes em cada posto de trabalho da assistência no Hospital.

O ***INSTITUTO CEM*** se compromete a implantar imediatamente a assinatura de contrato um sistema eletrônico de prontuários médicos hospitalares que atendam as inovações tecnológicas de assistência com qualidade ao usuário no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . Para isso se propõe *a utilização do sistema de software de Gestão para Unidade de Saúde*

7.5.4.1 PEP – PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (FOCO NO USUÁRIO DE TI E PACIENTE)

Reúnem, em um único local, todas as informações clínicas e assistenciais de todos os atendimentos dos pacientes, simplificando o armazenamento de dados e facilitando o dia-a-dia de trabalho dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

- Confidencialidade dos dados dos pacientes: acesso a partir de níveis de permissão.
- Biometria: maior segurança no acesso.
- Acesso remoto e simultâneo às informações do prontuário por vários profissionais de saúde.
- Principais funcionalidades e características:
- Alinhado às normas do Conselho Federal de Medicina e Sociedade Brasileira de Informática em Saúde.

Reúne e disponibiliza online a relação de atendimentos, informações demográficas, alergias, sinais vitais, prescrições e evoluções médicas e de enfermagem, diagnósticos, cirurgias realizadas, resultados de exames, laudos e imagens, documentos clínicos eletrônicos, imunizações, informações cadastrais do Programa Saúde da Família e resumo clínico.

- Possibilita a análise estatística das informações clínicas.
- Garante a legibilidade total das informações.
- Organiza o prontuário dos pacientes, eliminando o extravio e o não preenchimento correto das informações.
- Integração total com o sistema de gestão hospitalar.
- Reduz custos operacionais e torna o negócio mais competitivo.
- Rastreabilidade na edição dos dados do prontuário eletrônico do paciente.
- Interface gráfica intuitiva e amigável.
- Sistema de Diagnóstico por Imagem (Foco no usuário de TI e Paciente)

Gerenciar os serviços de radiologia e imagem da unidade, administrando o cadastro das solicitações de exames, laudos padronizados e tabelas de preços. Permite o agendamento dos exames no momento do atendimento dos pacientes ou a solicitação dos mesmos automaticamente através das prescrições médicas. A aprovação dos exames é realizada eletronicamente, e o sistema possibilita o controle do uso de materiais por exame. Segue abaixo o que o sistema contempla:

- Pedido de Exame;
- Laudos;
- Confirmação de exame;
- Custo de exame;
- Entrega de Laudo;
- Cadastro de Paciente;
- Situação de Paciente;
- Atendimento Externo;
- Guias;
- Acoplamento;
- Cancela Acoplamento;

- Alteração de Atendimento.
- Tecnologia da Informação

7.5.4.2 Sistema de Arquivamento e Controle de Prontuários

Em consonância a nova legislação vigente "Diário Oficial da União aprovou a lei 13.787/18, que autoriza o armazenamento eletrônico de prontuários médicos em hospitais e o manuseio das informações pelo paciente", imediatamente ao assumir a gestão o **INSTITUTO CEM** irá dar inicio ao processo de construção de um padrão de sistemas e software que organiza as pastas de forma eficiente, utilizando cores, etiquetas e divisões que facilitam o seu manusei e a procura por informações do paciente.

As informações para o SAME são providas por diversos setores no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :

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.

7.5.4.3 Modelos de fichas

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS	
CRITÉRIO/FORMULÁRIO	**O QUE AVALIAR**
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	PRESENÇA DOS TRÊS IDENTIFICADORES DO PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO SEGURA - NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO E NÚMERO DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. NOS CASOS DE CRIANÇAS - ACRESCENTAR O NOME DA MÃE AOS IDENTIFICADORES OBRIGATÓRIOS. TODOS CORRETAMENTE REGISTRADOS NOS FORMULÁRIOS DE PREENCHIMENTO MANUAL.
LEGIBILIDADE	REGISTROS DE PREENCHIMENTO MANUAL QUE PERMITAM A FACILIDADE DA LEITURA E COMPREENSÃO DO TEXTO.
ADMISSÃO MÉDICA	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO MÉDICO DE ADMISSÃO EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	AVALIAR SE EXISTE A PRESENÇA DO FORMULÁRIO DE RELATÓRIO ADMISSÃO ENFERMAGEM EM TODAS AS CLÍNICAS EM QUE O PACIENTE FOI ADMITIDO.
RELATÓRIO DE ALTA	AVALIAR SE O CID PRINCIPAL DESCRITO NO RELATÓRIO MÉDICO É O MESMO DA ÚLTIMA EVOLUÇÃO MÉDICA DO PACIENTE.
DECLARAÇÃO DE ÓBITO OU ENCAMINHAMENTO SVO/IML	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS, SEM RASURAS E IDENTIFICADOS: A - CAUSA TERMINAL; B E/OU C - CAUSA SEQUENCIAL; D - CAUSA BÁSICA.
EVOLUÇÃO MÉDICA	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	SE EXISTE REGISTRO DIÁRIO DE EVOLUÇÃO DESSA CATEGORIA.
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	AVALIAR A PRESENÇA DO(S) RELATÓRIO(S) DE TRANSFERÊNCIAS - UM RELATÓRIO PARA CADA TRANSFERÊNCIA.
REGISTRO DE TRANSPORTE	PARA TRANSPORTES NÃO CRÍTICOS - EVOLUÇÃO NO PRONTUÁRIO DO TRANSPORTE DO PACIENTE REALIZADA PELOS TÉCNICOS DE TRANSPORTE; PARA TRANSPORTES CRÍTICOS - *CHECKLIST* DE TRANSPORTE CRÍTICO COMPLETAMENTE PREENCHIDO.
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO SERÁ INFORMATIZADO (DO SISTEMA) E DEVERÁ CONSTAR A ASSINATURA DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL E A ASSINATURA DO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO. NOS CASOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA, QUANDO O CONSENTIMENTO NÃO FOR POSSÍVEL, DEVERÁ CONSTAR NO TERMO A ASSINATURA DE DOIS MÉDICOS.
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	PARA OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM SALA CIRÚRGICA - O TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO SERÁ MANUAL, PREENCHIDO TOTALMENTE, ASSINADO PELO PACIENTE OU POR SEU RESPONSÁVEL E PELO MÉDICO QUE APLICOU O TERMO.
FICHA DE ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	A PRIMEIRA PÁGINA DA FICHA DEVE SER COMPLETAMENTE PREENCHIDA. O SEU VERSO DEVE ESTAR PREENCHIDO QUANDO: BLOQUEIO ESPINHAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DO NEUROEIXO [RAQUI OU PERIDURAL]; BLOQUEIO REGIONAL - CASO SE TRATE DE ANESTESIA DE NERVOS PERIFÉRICOS [BLOQUEIOS]; TEMPO DE GARROTE - PARA ALGUMAS CIRURGIAS ORTOPÉDICAS; RESUMO - PREENCHIDO PARA TODO TIPO DE ANESTESIA; RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA - PREENCHIDO COMPLETAMENTE QUANDO O PACIENTE FOR PARA A SRPA. NO CASO DOS PACIENTES QUE VÃO IMEDIATAMENTE PARA A UTI APÓS A CIRURGIA, O CAMPO NÃO NECESSITA DE PREENCHIMENTO, PORÉM DEVE CONTER O REGISTRO DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE.
FORMULÁRIO DA SAEP	TODOS OS ITENS DO FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS E O CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO COM OS MARCADORES ESPECÍFICOS.
EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA	ENFERMAGEM - IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DA SRPA; CIRURGIÃO - PRIMEIRA EVOLUÇÃO PÓS-CIRÚRGICA (FOLHA DE EVOLUÇÃO DO SETOR).
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	AVALIAR A PRESENÇA OU NÃO DO FORMULÁRIO RELATÓRIO DE CIRURGIA NO PRONTUÁRIO

AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS					
PACIENTE:					
PRONTUÁRIO:	DN: / /				UNIDADE DE SAÍDA:
DATA DA INTERNAÇÃO: / /	DATA DE ALTA: / /				Nº DE INTERNAÇÕES:

CRITÉRIOS AVALIADOS	PONTOS	C	NC	N/A	OBSERVAÇÕES
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	1				
LEGIBILIDADE	1				
ADMISSÃO MÉDICA	1				
ADMISSÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE ALTA/DO/SVO/IML	1				
EVOLUÇÃO MÉDICA	1				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	1				
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	1				
REGISTRO DE TRANSPORTE	1				
SOMENTE PARA PACIENTES QUE REALIZAM CIRURGIA					
TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO	1				
TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	1				
ACOMPANHAMENTO ANESTÉSICO	1				
FORMULÁRIOS DA SAEP	1				
EVOLUÇÃO CIRÚRGICA	1				
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA	1				
NOTA = PONTUAÇÃO OBTIDA / TOTAL DE CRITÉRIOS APLICÁVEIS X 100		NOTA=_____ X 100			RESULTADO:

	AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO		
	ESCORE	AVALIAÇÃO	
	90 A 100	☐ EXCELENTE	
	70 A 89	☐ BOM	
	60 A 69	☐ RAZOÁVEL	
	< 59	☐ INSUFICIENTE	

REVISADO POR:	DATA: _____/_____/_____

7.5.4.4 Sistema de arquivamento e controle

	DOCUMENTOS	*CRITÉRIOS AVALIADOS*
	AIH	*Relatório de Autorização de Internação Hospitalar, constando o nome, registro profissional e assinatura do médico solicitante e Diretor de Processos Assistenciais.*
	Relatório de Saída	*Relatório de saída, constando o nome, registro profissional e assinatura do profissional..*

	Prescrição Médica/ Odontológica	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.*
		Formulário contendo nome legível, assinatura e registro
	Prescrição de Enfermagem	*profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do*
Internações clínicas e cirúrgicas		*internamento do paciente.*
	Evoluções Multiprofissionais	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável, sem faltar nenhum dia do internamento do paciente.*
	Admissão de Enfermagem	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Relatório de Admissão	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Ficha de Avaliação Social	*Formulário contendo nome legível, assinatura e registro profissional do responsável.*
	Registro de Internamento	*Formulário contendo assinatura do paciente ou do acompanhante.*
	Relatório Cirúrgico	*Relatório de cirurgia constando nome, registro do profissional e assinatura profissional responsável.*
Internações	Gasto de Sala	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do responsável pelo preenchimento.*

cirúrgicas	Ficha de Acompanhamento Anestésico	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional.*
	Sistematização da Assistência	*Formulário constando nome legível, assinatura e registro profissional do técnico de enfermagem e enfermeiro responsável*
	de Enfermagem Perioperatória	***em cada local específico.***

7.5.5 Protocolo De Serviço De Arquivo De Prontuários Médicos (Same)

Unidade de Saúde	**Procedimento Operacional Padrão (POP) SERVIÇO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**	**A.1**	
		Emissão	
SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (SAME)		**Revisão**	
		No:	**Data:**
Horário de funcionamento da área/serviço: **12 horas em regime de emergência e comercial (segunda a sexta feira) para arquivamento e pesquisa**			
Clientes da área/serviço **Todos os pacientes atendidos no Hospital do hospital**			

Explicação Inicial **• Cada grupo de dois funcionários é responsável por arquivar uma sequência de numeração.** **• Cada paciente cadastrado na abertura de prontuários recebe um numero de seis dígitos, gerados automaticamente pelo sistema de cadastro de pacientes, do Sistema de Administração no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , que é sua identificação.** **• A busca dos prontuários é indireta, através deste número de identificação dos prontuários. O sistema permite também a busca pelo nome do paciente, cruzando dados como data de nascimento e nome dos pais.** **• O arquivamento é baseado no método digito terminal, que consiste na ordenação do prontuário pela última dezena de seu número, em estantes numeradas de 00 a 99, obedecendo ao número do prontuário, como por exemplo: 335.000 – a leitura é feita de dois em dois dígitos 33 50 00 sempre começando pela última dezena, em seguida a primeira e após a segunda para a localização do prontuário.** **Cada par possui uma finalidade, assim, para encontrar o prontuário 33 50 00 o funcionário do arquivo procura primeiro a localização do digito 00, em seguida o 33 e após o 50, onde: 33 representa a ordenação na prateleira 50 representa a prateleira 00 representa a localização da estante**
Responsável pela elaboração:

Responsável pela aprovação:	**Aprovação**	
	Assinatura do	**Data:**

7.6 Comissão de Verificação de Óbitos

7.6.1 Proposta de Constituição

7.6.1.1 DA FINALIDADE

São finalidades da Comissão Hospitalar de Revisão de Óbito. divulgar a necessidade de instalação do comitê, reunir dados levantados em nível institucional, promovendo avaliações contínuas das mudanças nos índices de mortalidade e dos fatores que as provocam, elaborar relatório analítico anualmente, estimular as autoridades competentes a atuar sobre o problema, tomando as devidas medidas.

Compete à Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos no Hospital, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

7.6.1.2 Membros

Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição. O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico. Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

7.6.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1 A Comissão de Revisão de Óbito foi criada em atendimento a determinação da Resolução Interministerial MEC/MS n. 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, da Portaria MS/GM n 1405, de 29 de junho de 2006, que instituiu a rede Nacional de Serviços de Verificação de Óbito e Esclarecimentos da Causa Mortis e da Resolução

CAPÍTULO II

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 2 A Comissão de Revisão de Óbito é obrigatória em todas as unidades hospitalares e UPA.

Art. 3 Compete à Comissão de Revisão de Óbito do HU-UFGD a avaliação de todos os óbitos da faixa etária a partir de 1 ano de idade ocorridos no Hospital, devendo, quando necessário, analisar laudos de necropsias realizados no Serviço de Verificação de Óbitos ou no Instituto Médico Legal.

APÍTULO III DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º A Comissão de Revisão de Óbito deverá ser composta por no mínimo 3 (três) membros, sendo médico, enfermeiro e outro profissional da área de saúde.

§ 1 Caso a Comissão seja formada por mais de 3 (três) membros, pode haver no máximo:

- 2 (dois) enfermeiros
- 3 (três) médicos.

§ 2 Outros profissionais de saúde, além de médicos e enfermeiros, poderão compor a Comissão de Revisão de Óbito, sendo 1 (um) representante por profissão.

§ 3 O coordenador da Comissão de Revisão de Óbito será obrigatoriamente médico.

Art. 5º Os membros componentes da Comissão de Revisão de Óbito serão indicados pela Direção Técnica da instituição.

CAPÍTULO IV DO MANDATO

Art. 6º A duração do mandato da Comissão de Revisão de Óbito será de no máximo 30 (trinta) meses, com os membros só podendo ser substituídos neste período a pedido.

Parágrafo único. Ao término do mandato, a diretoria técnica poderá renovar a Comissão em parte ou na totalidade de seus membros.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º A Comissão de Revisão de Óbito se reunirá mensalmente, caso haja óbito a ser analisado, podendo realizar reuniões extraordinárias sempre que necessário.

Art. 8º A análise da conduta do médico assistente ao paciente falecido deverá ser feita obrigatoriamente por médico componente da Comissão de Revisão de Óbito, sendo vedada a análise da conduta médica por outro profissional não médico membro da Comissão.

Art. 9º Não compete ao médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu ao paciente, emitir juízo de valor em relação à imperícia, imprudência ou negligência, pois esta competência é exclusiva dos Conselhos de Medicina.

Parágrafo único. O médico membro da Comissão de Revisão de Óbito, ao analisar a conduta do médico que assistiu o paciente, deve se limitar a elaborar relatório conclusivo de forma circunstancial, exclusivamente dos fatos analisados.

Art. 10º Os óbitos analisados pela Comissão de Revisão de Óbito que necessitem esclarecimentos em relação as condutas médicas adotadas, devem ser encaminhados a diretor técnico da instituição para análise e este, se necessário, encaminhará os casos para a Comissão de Ética Médica da instituição, que deverá observar as disposições da Resolução do Conselho Federal de Medicina n 2.152/2016 e, na ausência desta, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. Quando necessários esclarecimentos de condutas adotadas por outros profissionais de saúde que atenderam o paciente, o caso deve ser encaminhado aos Conselhos Profissionais dos profissionais envolvidos.

Art. 11º É vedado a utilização do termo morte evitável para os casos de óbitos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas adotadas pelos profissionais que atenderam o paciente.

Parágrafo único. Estes casos devem ser classificados como óbito a esclarecer.

Art. 12º Os membros da Comissão de Revisão de Óbito estão obrigados a manter a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações contidas no prontuário em análise.

Art. 13º A Comissão de Revisão de Óbito emitirá anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para as providências necessárias.

Parágrafo único. É responsabilidade do diretor técnico a implantação, na instituição, das medidas corretivas necessárias para a melhora no percentual de óbitos, com base no relatório anual da Comissão de Revisão de Óbito, devendo comunicar o fato ao Conselho Regional de Medicina.

Art. 14º Esta Regimento Interno entra em vigor na data de sua aprovação e publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOIÂNIA, 2022

7.6.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares		X		X		X		X		X		X
	Elaboração de Relatórios	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	processos												
	Desenvolver e reforçar os sistemas comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.6.3.1 RELATÓRIOS DOS DADOS MENSAIS ANALÍTICOS

Para uma análise criteriosa dos óbitos e das causas evitáveis a Comissão de Revisão de Óbito fará uso de diversos tipos de relatórios e gráficos.

Na figura 1 está distribuído o número de óbitos ocorridos no ano de 2021 e nos meses de janeiro e abril de 2022. Fazendo um comparativo quanto aos meses anteriores, observa-se que em janeiro teve um aumento no número de óbitos quando comparado aos meses de

janeiro e dezembro de 2021. O número de óbitos em janeiro foi de 116 e média diária de 3,7 (Figura 2).

Em fevereiro foram registrados 86 óbitos e apresentou uma média de 3 óbitos/dia. Nos meses de março e abril ocorreu aumento no registro de óbitos comparados ao mês de janeiro, onde em março tiveram 137 óbitos (média diária de 4,4 óbitos) e abril 130 óbitos com média/diária de 4,3 óbitos. Nesse primeiro quadrimestre ocorreram 469 óbitos, média mensal de 117,25 óbitos.

No mês de maio ocorreu redução no número de óbitos na instituição. Foram registrados 106 óbitos e média diária de 3,4 óbitos.

Figura 1. Número de óbitos segundo mês de ocorrência, 2021 e janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás:

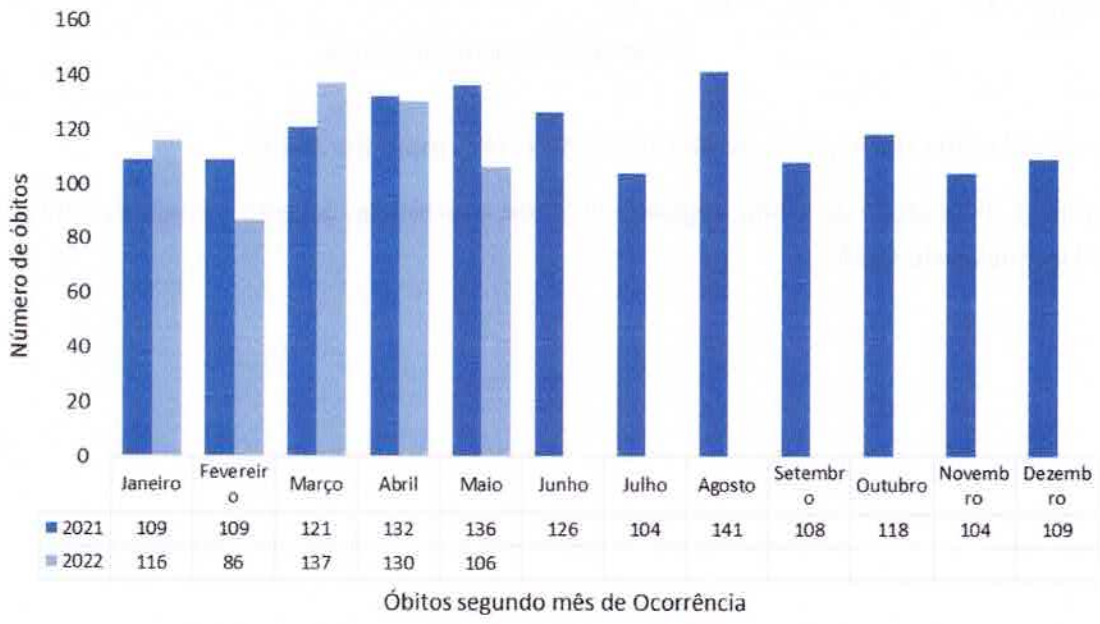
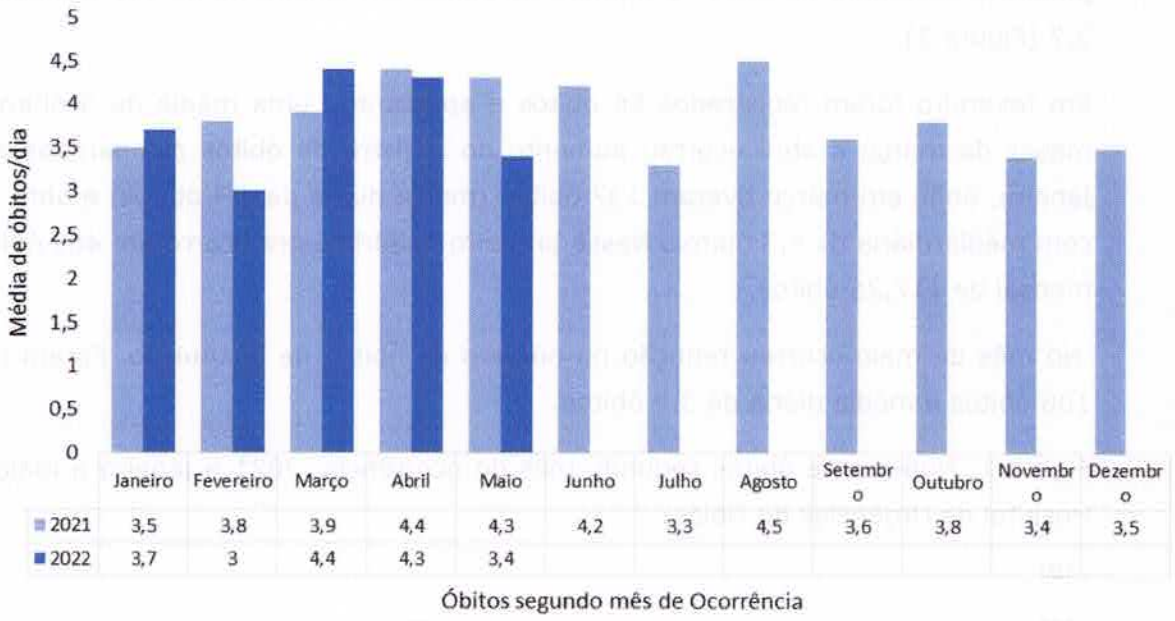
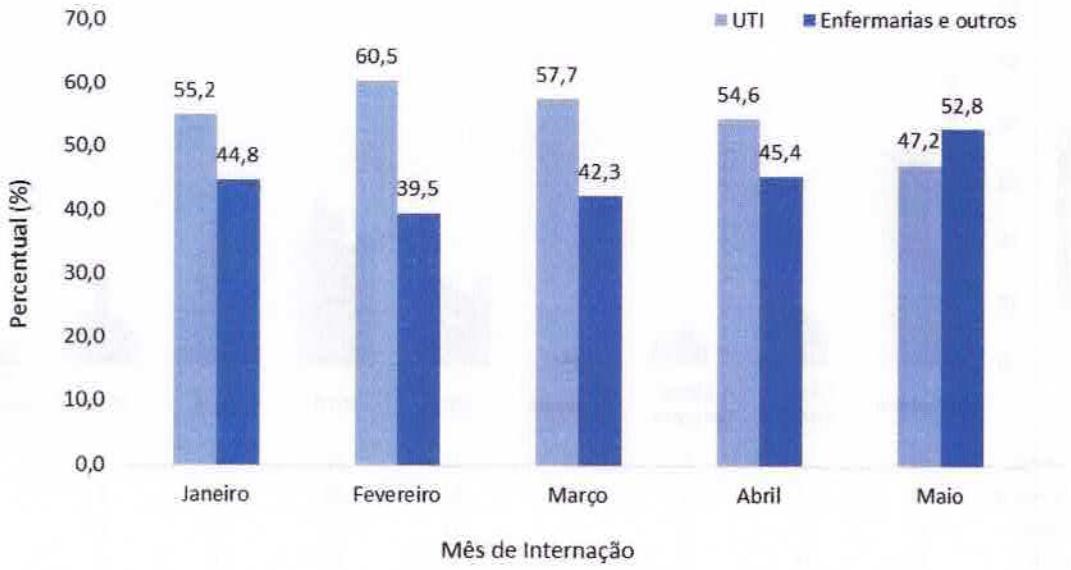


Figura 2. Média diária de óbitos segundo mês de ocorrência, 2021, e janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás



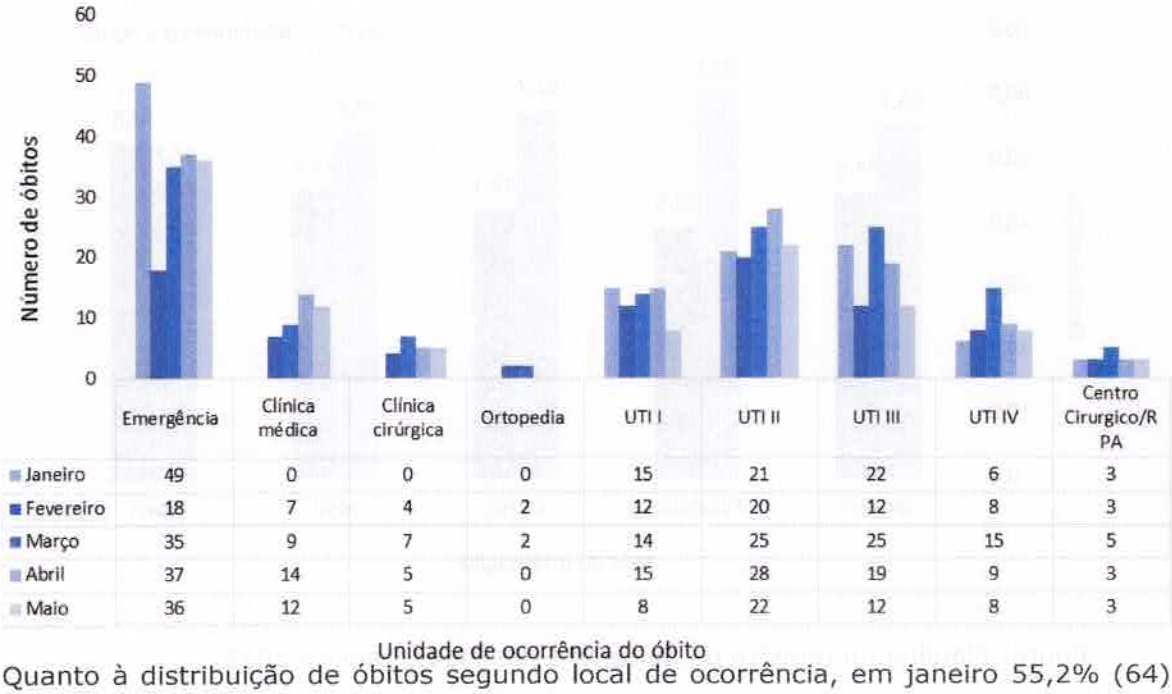
Fonte: Planilha de registro de óbito/NHE/PEP-MV, maio de 2022.

Figura 3. Proporção de Óbito segundo local de ocorrência, janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás.



Fonte: Planilha de registro de óbito/NHE/PEP-MV, maio de 2022.

Figura 4. Distribuição de Óbitos por unidade de ocorrência, janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás.



	Emergência	Clínica médica	Clínica cirúrgica	Ortopedia	UTI I	UTI II	UTI III	UTI IV	Centro Cirurgico/RPA
Janeiro	49	0	0	0	15	21	22	6	3
Fevereiro	18	7	4	2	12	20	12	8	3
Março	35	9	7	2	14	25	25	15	5
Abril	37	14	5	0	15	28	19	9	3
Maio	36	12	5	0	8	22	12	8	3

Quanto à distribuição de óbitos segundo local de ocorrência, em janeiro 55,2% (64) dos óbitos foram de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), seguidos de 44,8%

(52) de óbitos atendidos na emergência. Na distribuição dos óbitos por unidades estratificadas, 42,2% (49) ocorreram na emergência, 19% (22) na UTI III. Não houve registros de ocorrência de óbitos nas enfermarias (Figura 3 e 4).

Em fevereiro 60,5% (52) dos óbitos ocorridos foram de pacientes internados em UTI e 39,5%

(34) de pacientes internados nos demais setores. Comparado ao mês anterior observou-se aumento de óbitos nas UTIs. Quanto ao número de óbitos específico por setor foram registrados óbitos nas enfermarias, o que não foi registrado no mês anterior, tendo maior frequência na clínica médica. Observou-se redução da ocorrência de óbitos na emergência e aumento na UTI III (Figura 3 e 4).

Nos meses de março e abril observou-se aumento na ocorrência de óbitos de pacientes internados em enfermarias e emergência; 45,4% do total dos óbitos foram em enfermarias/outros em abril. Quanto às unidades de ocorrência dos óbitos estratificadas,

28,5% dos óbitos de abril ocorreram na emergência, seguidos de 21,5% de pacientes da UTI II. Quanto às enfermarias a clínica médica apresentou 10,8% dos casos.

No mês de maio foram registrados 106 óbitos, com 52,8% de ocorrência em pacientes internados em enfermarias/emergência; e 47,2% de pacientes internados em UTIs. Referente a ocorrência de óbitos por unidades estratificadas, 34% ocorreram na emergência, 20,8% na UTI II, seguidos de 11,3% na clínica médica e 7,5% na UTI IV.

Figura 5. Proporção de Óbitos segundo sexo, janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás

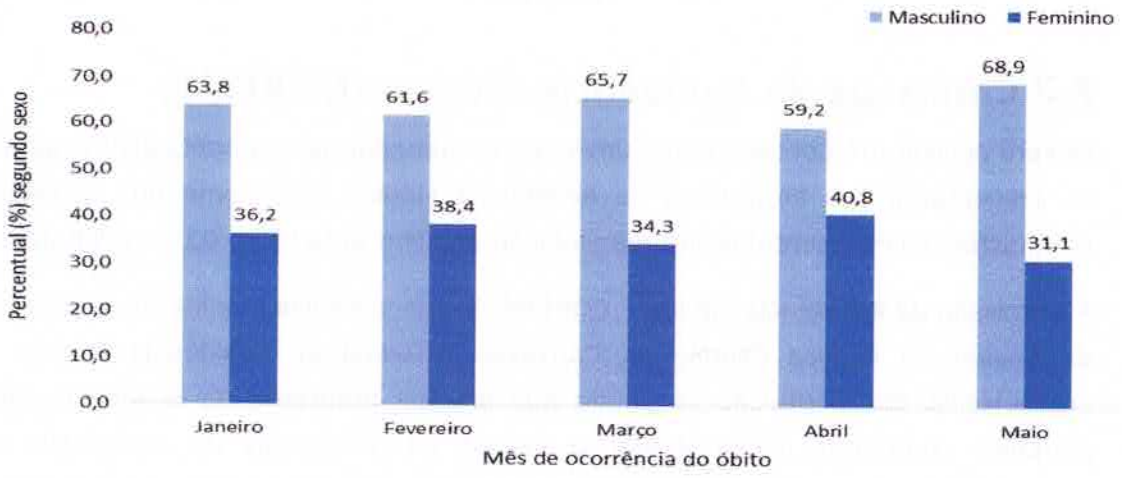
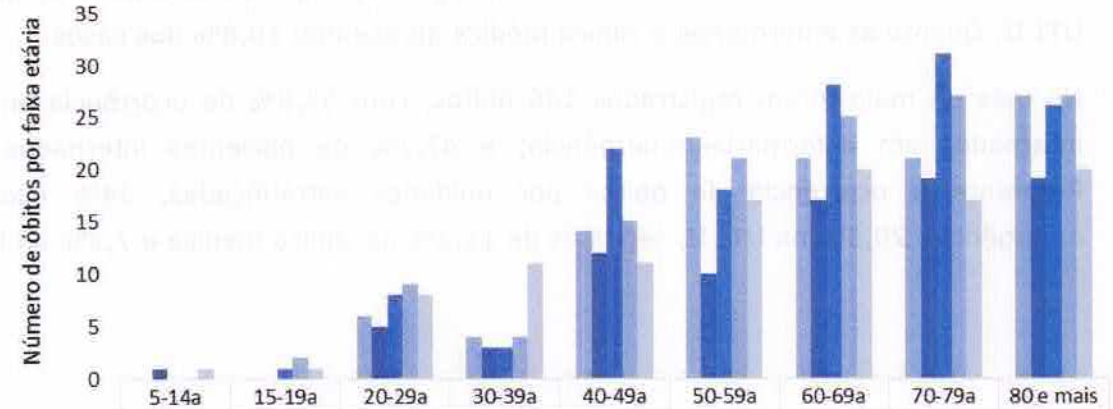


Figura 6. Distribuição de Óbitos segundo faixa etária, janeiro a maio de 2022, Hospital de Urgências de Goiás



	5-14a	15-19a	20-29a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	70-79a	80 e mais
Janeiro	0	0	6	4	14	23	21	21	27
Fevereiro	1	0	5	3	12	10	17	19	19
Março	0	1	8	3	22	18	28	31	26
Abril	0	2	9	4	15	21	25	27	27
Maio	1	1	8	11	11	17	20	17	20

Faixa etária

7.7 Comissão de Residência Médica (COREME)

Deverá possuir um Coordenador e um Vice Coordenador devidamente eleitos para tal dentre os preceptores dos Programas de Residência Médica bem como um secretário/técnico administrativo em cumprimento à Resolução CNRM n 2/2013 de 03 de julho de 2013.

A Comissão de Residência Médica - COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica CNRMe da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto n 7.562, de 15 de setembro de 2011.

A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro em sistema de informação da CNRM, e por se tratar de um órgão colegiado, será constituído por um coordenador e um vice-coordenador, um representante do corpo docente por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, um representante da

instituição de saúde; e um representante dos médicos residentes por programa de residência médica, assessorados por um secretário/técnico administrativo, todos devidamente eleitos para tal.

Os representantes referidos acima indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

7.7.1 Proposta de Constituição

7.7.1.1 DA FINALIDADE

A proposta do Programa de Residência em Saúde no hospital , visa integrar-se ao movimento promovido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, com vistas à formação de profissionais para atender aos princípios do SUS, em especial ao princípio da Integralidade da Atenção à Saúde. Atende à Lei n 11.129, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e à Portaria n 1077 de 12 de novembro de 2009.

Sob este enfoque, o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) desenvolverá projetos para a formação dos diferentes profissionais de Saúde, articulando o Ensino de Graduação e Pós-Graduação aos Serviços de Saúde integrados ao SUS.

A comissão de residência em saúde terá a proposta a qual se insere-se em uma cooperação entre o Instituto CEM e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

A implantação efetiva desta comissão dará continuidade à integração ensino-serviço na atenção hospitalar integrado à rede de serviços de Saúde do Estado de Goiás.

7.7.1.2 Membros

A COREME será composta por um Coordenador, um Vice-Coordenador, um Supervisor de cada Programa de Residência Médica, um representante da Instituição (HUGO), um representante dos Médicos Residentes, por cada Programa de Residência Médica.

7.7.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Art. 1 - O Programa de Residência Médica (PRM) é instituído na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, na forma do Decreto nº. 3.960, de 06/04/93 e da Lei de Diretrizes e Base da Educação-LDB de 1998.

§ 1º - Os PRM do Hospital de Urgências de Goiás "Dr. Valdemiro Cruz" (HUGO), e Instituições Conveniadas são desenvolvidos sob os auspícios da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES-GO, com apoio da Assessoria Geral das COREMES - Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), e organizados de acordo com o Decreto nº 80281/77 e Lei nº 6932/81 e concomitantemente em concordância com a Resolução CNRM nº2/2013, de 03 de julho de 2013.

§ 2º – Os PRM têm como características obrigatórias, o treinamento em serviço em regime de 60 h semanais, funcionando no Hospital de Urgências de Goiás "Dr. Valdemiro Cruz" - HUGO e em Instituições Conveniadas, sob a supervisão de médicos de elevada qualificação ética e profissional, que possuam Residência Médica e/ou Título de Especialista na área de seu programa.

Art. 2 - A concessão do Certificado de Residência Médica estará condicionada às normas legais que regulamentam a Residência Médica.

Art. 3 - A Comissão de Residência Médica (COREME) é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e da Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM), estabelecida no HUGO, que tem como funções planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os PRM da instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7562, de 15 de setembro de 2011.

Art. 4 - Para desempenho de suas funções a COREME tem suporte da Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEP) do HUGO e a Instituição cede a COREME um Executor Administrativo de forma contínua para as atividades administrativas.

Parágrafo Único: a descrição de atribuições e qualificações do Executor Administrativo da COREME e eventuais auxiliares e suas funções são publicadas em Portaria da COREME, em comum acordo entre Coordenador, Diretoria da Instituição e Assessoria Geral das COREMES da Superintendência da Escola de Saúde de Goiás (SESG), podendo sofrer atualizações necessárias de acordo com as necessidades da COREME.

Art. 5 - A COREME enviará anualmente para Diretoria da Instituição a sua composição para próximo ano letivo, conforme capítulo VIII deste regimento, para que seja publicada Portaria de divulgação aos Departamentos e Serviços do Hospital.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 6- A COREME compõe-se de:

a) Um Coordenador;

b) Um Vice Coordenador;

c) Um Supervisor de cada Programa de Residência Médica;

d) Um representante da Instituição (HUGO);

e) Um Secretário ou Técnico Administrativo;

e) Um representante dos Médicos Residentes, por cada PRM.

Parágrafo Único – Os grupos referidos nos incisos c, d e e indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

Art. 7- O Coordenador deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente do Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO, e membro da COREME/HUGO, com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 8 - Compete à COREME:

a) Planejar a criação de novos PRM na instituição, manifestando-se sobre a conveniência de fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas oferecidas;

b) Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os PRM da instituição, de acordo com as normas em vigor;

c) Avaliar periodicamente os PRM da instituição;

d) Elaborar e revisar o seu regimento interno;

e) Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

f) Emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes em consonância com o regimento e legislação em vigor.

Art. 9 - A COREME reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, podendo se reunir, extraordinariamente, quando convocada pelo Coordenador ou por 03 (três) de seu membros.

§ 1° - A convocação, salvo em casos de extrema urgência, será feita por escrito, com 48 (quarenta e oito) horas no mínimo de antecedência, constando a pauta da reunião.

§ 2° - A COREME se reunirá e tomará deliberações numa primeira convocação, com a maioria absoluta de seus membros; não havendo quórum, se reunirá numa segunda convocação, após meia hora da primeira convocação, com qualquer número de seus membros.

§ 3° - Quando a convocação for para deliberar sobre Edital de Concurso, mudança do Regimento Interno e aplicações de penalidades, a reunião plenária terá que ter, preferencialmente, a maioria de seus membros, e deverá ser convocada com uma antecedência mínima de quinze dias.

§ 4° - As reuniões poderão ocorrer em formato presencial ou plataforma digital à distância.

Art. 10- Compete ao Coordenador:

a) Coordenar as atividades da COREME;

b) Convocar reuniões e presidi-las;

c) Encaminhar à unidade de saúde as decisões da COREME;

d) Coordenar o processo seletivo dos Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

e) Representar a COREME junto à Comissão Estadual de Residência Médica de Goiás (CEREM);

f) Encaminhar trimestralmente à CEREM e SESG informações atualizadas sobre os Programas de Residência Médica da Unidade de Saúde;

g) Encaminhar mensalmente ao Coordenador da Assessoria Geral das COREMEs/SESG, o relatório mensal de atividades atestado pelo Coordenador da COREME, a fim de que o mesmo seja consolidado na planilha de pagamento;

h) Fazer cumprir o presente Regimento.

Art. 11 Compete ao Vice Coordenador:

- Substituir o Coordenador em suas faltas, férias, licenças e impedimentos.
- Colaborar com o Coordenador no exercício das atividades previstas no artigo anterior.
- Desempenhar tarefas e funções que lhe forem confiadas pelo Coordenador.

CAPÍTULO IV

DOS SUPERVISORES, PRECEPTORES. TUTORES E COLABORADORES

Art. 12 Os Supervisores são os responsáveis pela programação da Residência Médica da especialidade.

Art. 13 Supervisor: médico especialista do corpo clínico da instituição de saúde, com título na área do Programa que supervisionará, responsável pela gestão do Programa, com excelência no desempenho de habilidades técnicas, com capacidade de reflexão sobre a prática diária do profissional, com papéis importantes de observar o exercício das atividades, zelar pelo seu desempenho profissional e atuar na revisão da prática profissional

Art. 14 Compete ao Supervisor:

- Elaborar anteprojeto da Programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica - COREME.
- Zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica - PRM, suas normas técnicas, administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico

Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica - PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares.

- Promover a revisão e evolução contínua do Programa de Residência Médica, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.

- Avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME.

- Avaliar anualmente os Preceptores e as diversas atividades do Programa d. Residência Médica - PRM, apresentando conclusões à COREME.

- Representar o Programa de Residência Médica da instituição de saúde nas reuniões da COREME

- Auxiliar a COREME na condução do Programa de Residência Médica que representa.

- Mediar a relação entre o Programa de Residência Médica e a COREME.

- Organizar as escalas de distribuição dos Residentes (rodízios nos setores, instituições conveniadas, férias e plantões).

Art. 15 Preceptor: médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde com conhecimento e habilidades em desempenhar procedimentos clínicos, com competência pedagógica, que tem seu principal papel no ensinar a clinicar, por meio de instruções formais com determinados objetivos e metas.

Parágrafo único: O Preceptor do Programa de Residência Médica, após selecionado pela COREME, será designado em portaria do Secretário de Estado da Saúde, com vigência por um ano a contar do início do ano letivo da Residência Médica; anualmente, será renovado por meio de avaliações do Coordenador da COREME, Supervisores e residentes do Programa no qual exerce a função, somado ao Curriculum Vitae postado na Plataforma Lattes e atualizado até 31 de dezembro de cada ano.

Art. 16 Compete ao Preceptor:

- Orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético.

- Colaborar com a Programação, elaboração e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica - PRM;
- Participar das reuniões a que forem convocados pelo Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica - COREME, e ainda contribuir para o bom andamento dos Programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares da Instituição de Ensino.
- Proporcionar completa cobertura didática ao Médico Residente.
- Promover reuniões científicas e atividades de treinamento prático.
- Estimular, planejar e assegurar a execução de trabalhos de pesquisa.
- Manter informado o Supervisor do PRM das atividades desenvolvidas pelos Residentes.
- Substituir o Supervisor, nos casos de ausência ou impedimento.

DOS TUTORES

Art. 17 – Tutor: A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e profissionais de saúde residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos, preferencialmente servidor efetivo da SES-GO.

§ 1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes.

§ 2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e profissionais de saúde residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

§ 3º A seleção dos tutores deverá ser realizada por uma Comissão de Seleção composta pelo Coordenador do Programa, 01 (um) representante da COREMU/HUGO e 01 (um) representante indicado pelo Diretor Técnico. Compete à COREMU/SESG a aprovação final da seleção.

Art. 18 É de competência do Tutor:

I. Representar a área profissional junto à Coordenação do Programa;

II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;

III. Coordenar as atividades de seus preceptores;

IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;

VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;

VII. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;

VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanen em saúde para os preceptores;

IX. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e profissionais de saúde residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

X. Articular a integração dos preceptores e profissionais de saúde residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

XI. Participar do processo de avaliação dos preceptores e profissionais de saúde residentes;

XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;

XIV. Selecionar o quadro de preceptores;

XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente.

Art. 19 Médico Colaborador: excecionalmente, serão designados por necessidade de desenvolvimento dos Programas de Residência Médica médico especialista, integrante do corpo clínico da instituição de saúde, a fim de atuar como colaborador mediante justificativa fundamentada do Supervisor do Programa, com base no projeto pedagógico do Programa de Residência Médica, devidamente submetida e acatada pela COREME, em reunião e registrada em ATA, conforme exigência de currículo mínimo obrigatório da CNRM/MEC, de modo a garantir o acompanhamento das atividades dos residentes em cenários de ensino e aprendizagem necessários aos Programas.

Art. 20 Atendidas as exigências legais estabelecidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e os critérios fixados por esta Portaria, caberá à Comissão de Residência Médica (COREME) realizar os procedimentos para fins de cadastramento dos profissionais

Parágrafo único: A seleção dos Preceptores realizada pela COREME levará em conta o perfil profissional quanto a sua formação humanística e ética, seu compromisso com a sociedade, seus conhecimentos e habilidades como profissional em exercício na instituição de saúde, bem como o seu envolvimento na preparação e na ministração das atividades didáticas da Residência Médica e, ainda, sua participação em congressos e sua produção técnica e científica

CAPÍTULO V

DA CARGA HORÁRIA DO COORDENADOR, VICE COORDENADOR, SUPERVISORES E PRECEPTORES

(Conforme Portaria No. 469/2020-SES, publicada no Suplemento do Diário Oficial do Estado de Goiás, em 28/02/2020)

Art. 21 Para o desempenho de suas funções o Coordenador, Vice Coordenador, Supervisores e Preceptores a COREME tem a disposição as seguintes cargas horárias:

§ 1° O Coordenador da COREME terá reservado junto à Unidade de Saúde um total de 50% (cinquenta por cento) das horas contratuais para a realização das atribuições determinadas nesta Portaria. O Vice Coordenador substituirá o Coordenador em suas faltas e impedimentos, com as mesmas prerrogativas e obrigações.

§ 2° O Supervisor terá reservado junto à unidade de saúde um percentual de horas contratuais, proporcional ao número de residentes do Programa do qual é supervisor, par a realização das atribuições determinadas, na seguinte forma:

a) 0 a 10 residentes, 20% das horas contratuais;

b) 11 a 20 residentes, 30% das horas contratuais; 21 e mais residentes, 40% das horas contratuais, resguardadas as disposições do artigo 22 da Lei 18.464, de efetivo exercício em uma destas funções, em jornada mínima de 20 (vinte) horas semanais.

CAPÍTULO VI

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 22 O representante e suplente dos médicos residentes deverá estar regularmen matriculado em um PRM do HUGO, preferencialmente em anos distintos da residência.

Art. 23 Compete ao representante dos médicos residentes:

I. Representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II. Auxiliar a COREME na condução dos PRM;

III. Mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME.

CAPÍTULO VII

DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO

Art. 24 O representante do HUGO deve ser médico integrante de sua diretoria.

Art.25 Compete ao representante do HUGO:

I. Representar o HUGO nas reuniões da COREME;

II. Mediar a relação entre a Instituição (HUGO) e a COREME.

CAPÍTULO VIII

DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 26 A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

I. a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

II. as candidaturas deverão ser registradas antes da eleição;

III. a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

IV. caso o coordenador da COREME seja candidato a eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V. a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI. em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade

Parágrafo único: O médico residente é inelegível aos cargos de Coordenador e Vice coordenador da COREME.

Art.27 Os mandatos do Coordenador e Vice coordenadores tem duração de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.28 O Supervisor do PRM e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.29 O representante do HUGO e seu suplente serão indicados pela Diretoria da Instituição, para mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art.30 Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado

Art.31 Para organização das atividades da COREME fica estabelecida que as eleições sempre ocorrerão em anos pares, e com início do mandato de 2 anos a partir de 01 de abril do ano corrente, em concordância com data limite de entrada de novos residentes em 30 de março.

CAPÍTULO IX
DA ADMISSÃO

Art. 32 As vagas de Residência Médica são oferecidas a médicos graduados de qualquer escola médica do País ou do exterior.

Parágrafo Único: No caso dos médicos graduados no exterior, o diploma revalidado no Brasil, é condição obrigatória.

Art. 33 A admissão do residente se dá através de:

I. Aprovação em Processo Seletivo regido pelas normas da CNRM (Resolução CNRM Nº 2 de 27 de agosto de 2015 e atualizações) conforme edital público de seleção, obedecidas às normas legais vigentes.

II. Transferência de outro programa a partir de autorização da CNRM (Resolução 01 de 03 de janeiro de 2018 e atualizações).

Art. 34 O Candidato à Residência deverá apresentar a documentação exigida pelo Edital do concurso público para Residência Médica.

Art. 35 Os critérios de seleção serão estabelecidos pelo Edital do Concurso.

Art. 36 As normas de preenchimento das vagas serão estabelecidas pelo Edital do Concurso.

CAPÍTULO X

DO FUNCIONAMENTO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 37 Cada especialidade incluída no PRM contará com um Supervisor e Médicos Preceptores, que participarão na execução do programa.

Art. 38 Cada PRM enviará à COREME, para aprovação, anualmente, até o final do mês de março, um plano das atividades a serem desenvolvidas, no qual conste:

I. Nome do Supervisor;

II. Nome dos Médicos Preceptores do Serviço;

III. Programação da Residência Médica, incluindo atividades práticas e teóricas.

Parágrafo Único: A Programação da Residência Médica, uma vez aprovada, só poderá ser modificada após consulta à COREME.

Art.39 A duração dos PRM obedecerá às normas vigentes da CNRM.

Art. 40 Com o objetivo de complementar o treinamento do Residente poderão ser firmados convênios com outras instituições públicas ou privadas.

Art. 41 São requisitos mínimos da Instituição conveniada:

- Estar instalada em prédio de construção adequada às suas finalidades.
- Possuir o corpo clínico e os equipamentos necessários para assegurar um padrão de atendimento satisfatório;

Art. 42 A COREME poderá nomear uma Comissão para inspecionar a instituição a ser conveniada para apoio aos PRM.

Art. 43 As atividades dos Residentes nas Instituições conveniadas serão supervisionadas pelo Coordenador da COREME ou seu representante (Supervisor ou Preceptor), ao qual será assegurado o acesso a qualquer dependência da instituição conveniada.

Art. 44 O regime de trabalho do Médico Residente será de 60 horas semanais, estando incluído plantão semanal de no máximo 24 horas, sendo assegurado um (01) dia de folga semanal e trinta (30) dias de férias anuais.

§ 1º – O Residente que for chamado em convocação posterior à primeira chamada, deverá cumprir a carga horária em débito, no final do seu programa. Exceção será feita quando ele já tiver cumprido carga horária, com programação equivalente, na mesma especialidade, em outra Instituição reconhecida pelo MEC.

§ 2º – O não comparecimento do Residente às suas atividades regulares durante cinco (05) dias consecutivos, sem justificativa formal, será considerado como abandono de função, cuja punição será a exclusão do PRM.

CAPÍTULO XI

DAS NORMAS DISCIPLINARES

Art. 45 O Residente estará sujeito ao regime disciplinar da COREME, do HUGO e da SES-GO.

Art. 46 As penas disciplinares compreendem:

- Advertência verbal;
- Advertência escrita;
- Suspensão;
- Exclusão.

§ 1º – As penas disciplinares de advertência verbal e advertência escrita serão aplicadas pelo Supervisor do PRM, em comum acordo com os Preceptores, e deverão ser encaminhadas para conhecimento da plenária da COREME.

§ 2º – As penas disciplinares de suspensão e exclusão serão deliberadas nas reuniões plenárias.

§ 3º – A advertência verbal será aplicada aos casos de desrespeito às pessoas e às resoluções e portarias emanadas da Diretoria da Instituição; e nos casos de insubordinação aos preceptores.

§ 4º – A advertência escrita será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 3º deste artigo e por ofensa ou agressão às pessoas;

§ 5º – A suspensão, de até quinze (15) dias, será aplicada aos casos de reincidência das infrações previstas no parágrafo 4º deste artigo e improbidade na execução dos trabalhos acadêmicos;

§ 6º – A exclusão será aplicada aos casos graves contra o patrimônio moral, científico, cultural e material da Instituição, por infração ética, bem como por abandono de função.

§ 7º – Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica – COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

Art. 47 A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

Art. 48 As advertências verbais, nos casos de indisciplina, insubordinação ou negligência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Art. 49 As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada, serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica.

Art. 50 A suspensão será aplicada ao Médico Residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disciplinar se revestir de maior gravidade.

Parágrafo único – A sanção de suspensão será aplicada após julgamento realizado em reunião da COREME.

Art. 51 A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão encaminhadas à CEREM e CNRM.

Parágrafo único – A sanção de exclusão será aplicada, exclusivamente, pela COREME, após julgamento realizado em reunião extraordinária convocada para este propósito apenas.

Art. 51 Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 10 (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente, bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Art. 52 As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de Suspensão e Exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa que providencia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º – Iniciado o Processo, o Coordenador da COREME abre prazo de 05 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado em seguida, um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2º – O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão, quando a Comissão de apuração entender pela conveniência e oportunidade do mesmo.

§ 3º – Em qualquer situação, fica assegurado amplo direito de defesa e contraditório ao Médico Residente, inclusive assegurado o direito de constituir defensor.

§ 4º – É concedida ao Médico Residente vistas ao processo em qualquer uma de suas fases.

§ 5º – As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME/HUGO, sob a supervisão da CEREM/GO e, constatada a veracidade dos fatos, após o fim do processo de sindicância, o parecer da COREME/HUGO será remetido à Plenária da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM/MEC, para a

devida análise e julgamento final do caso por parte do seu Conselho Deliberativo da Comissão Nacional, que promoverá a decisão final.

Art. 54 Na aplicação das sanções serão consideradas as circunstâncias atenuantes e/ou agravantes do caso em questão.

Art. 55 No rodízio pelos diversos setores, o Residente deve respeitar as normas estabelecidas pela Chefia de cada Unidade.

CAPÍTULO XII

DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 56 Direitos dos Médicos Residentes:

- Remuneração através de bolsa de estudos, no valor determinado pela CNRM;
- Férias anuais, de 30 dias, podendo ser parceladas, segundo conveniência do Departamento ou Unidade e do Residente, por dois (02) períodos iguais de quinze (15) dias;
- Representação junto a COREME;
- Acompanhamento e orientação de um preceptor em todas as atividades da Residência;
- Alimentação, quando em atividade no HUGO;
- Usufruir de condições adequadas de repouso e higiene pessoal durante os plantões no HUGO

Parágrafo único – O HUGO não disponibiliza moradia a seus médicos residentes.

- Nos estágios cumpridos fora do HUGO, os médicos residentes deverão ser acompanhados por médicos preceptores das unidades conveniadas.
- Folga pós plantão: após plantão noturno de 12hs, o médico residente terá direito a 6hs de folga das atividades da residência, podendo ser gozadas no período matutino ou vespertino, conforme deliberação do Supervisor

- Licenças:

§1º Licença paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;

§2º À Médica Residente será assegurada à continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7º da Lei n.º 6932, de 7 de julho de 1981.

§3º Licença para casamento, mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 8 (oito) dias corridos;

§4º Licença por falecimento de parentes de até segundo grau, mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de8 (oito) dias corridos;

§5º Licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano, com trancamento da vaga, situação exclusiva para residentes de primeiro ano;

- Licença para tratamento de saúde mediante atestado médico;

§1º O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o médico residente será automaticamente desligado do programa;

§2º Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa; O pagamento da bolsa sera pago no período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período em que a bolsa foi paga pelo INSS;

Art. 57 Deveres dos Médicos Residentes:

I. Cumprir integralmente a jornada de trabalho semanal;

II. Comparecer na hora determinada a todos os atos programados e permanecer todo o tempo estabelecido no local para onde for designado;

III. Apresentar-se adequadamente uniformizado e com crachá da instituição;

IV. Conhecer e cumprir as normas e rotinas do Serviço, Disciplina e Departamento;

V. Preencher corretamente o prontuário do paciente, datando e assinando todas as suas anotações;

VI. Utilizar o carimbo com a designação "Médico Residente" e o número de inscrição no Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás;

VII. Cooperar, quando solicitado, na realização dos trabalhos e pesquisas desenvolvidas pelo Departamento ou Unidade;

VIII. Orientar e fiscalizar o trabalho dos internos e de estudantes de medicina que desenvolverem atividades junto aos pacientes sob sua responsabilidade;

IX. Submeter-se às avaliações conforme o presente regimento;

X. Relacionar-se de forma respeitosa com as pessoas e respeitar hierarquia.

CAPÍTULO XIII

DA AVALIAÇÃO DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 58 Avaliação do Residente:

I. A avaliação será realizada através de nota de conceito, emitida trimestralmente; e de prova escrita e/ou prática, conforme a definição de cada PRM e com intervalo, no mínimo, semestral.

II. Para a nota de conceito, serão utilizados os seguintes parâmetros: Conduta ética; Relacionamento com a equipe de saúde e pacientes; Interesse; e Frequência às atividades programadas.

III. As notas serão obtidas através da média aritmética da nota escrita e/ou prática e da nota de conceito, sendo que essas provas deverão ter pesos iguais, ao final de cada estágio.

IV. A aprovação para o ano subsequente e para a obtenção do certificado de conclusão estará condicionada ao cumprimento da carga horária integral prevista no programa e obtenção da média final mínima de 7,0 (sete vírgula zero).

V. Apresentação do trabalho de conclusão de curso, ao final da residência.

VI. A média mínima para aprovação será 7,0 (sete vírgula zero).

CAPÍTULO XIV

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 59 O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pela plenária da COREME, em substituição ao regimento anterior.

Art. 60 Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médica e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referidas acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Art. 61 Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da CEREM/GO e Parecer final da Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 62 Das decisões da COREME, cabe recurso junto à CEREM e à CNRM.

7.7.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas com os discentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5	Reunião de apresentação e análise dos programas de residência com os		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Supervisores acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Avaliar desenvolvimento dos residentes através dos fichários individuais		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Coordenar o processo de autoavaliação do programa, submeter à COREMU o plano de atividades;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Coordenar o processo de análise, atualização e aprovação das alterações do projeto pedagógico junto à COREMU;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Promover a articulação da residência em saúde, incluindo a residência médica;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade ou mais de um dos seus membros;			X			X			X			X
11	Coordenar, organizar, articular, supervisionar, avaliar e acompanhar o programa de residência Do hospital		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Acompanhar e avaliar o desempenho dos discentes;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;			X			X			X			X
14	Ser responsável por toda comunicação entre e tramitação de processos junto ao Instituto CEM;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Deliberar, em última instância, sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

18	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital				X				X				X

7.8 Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

7.8.1 Proposta de Constituição

7.8.1.1 FINALIDADE

A COREMU tem por finalidade precípua planejar e zelar pela execução dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em área profissional da Saúde na UFSCar, no âmbito das unidades formadora e executoras, de acordo com as normas nacionais em vigor.

7.8.1.2 MEMBROS

A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), será, constituída por:

- um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
- um Supervisor de cada PRM;
- um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

7.8.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Art. 1 - A Residência Multiprofissional (RMM) constitui modalidade de pós-graduação, Lato Sensu, destilada a profissionais não médicos, sob a forma de Curso de Especialização, caracterizada, por treinamento em Hospitais. Centros de Saúde e outras unidades de atendimento médico do Município.

Parágrafo único - Somente poderá oferecer Programa de Residência Multiprofissional (PRMM) o serviço credenciado pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMU).

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2- Sob a presidência do Coordenador da residência no Hospital haverá uma Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)Secretariada por um de seus Assessores e composta de um Coordenador, um Supervisor e um representante dos Residentes de cada unidade envolvida nestes Programas.

Art. 3- A unidade terá COREMU que ficar subordinada a SES/Go, sob a coordenação da Escola de saúde pública.

Art. 4 - Caberá a COREMU

I. reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional
II. contatar e avaliar permanente estes Programas;
III. acompanhar, opinar e atuar como consultora dos Programas de Residência multiprofissional no Hospital, preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica;
IV. estimular a instalação de novos Programas de Residência multiprofissional preservando assim, esta atividade como preferencial no aprimoramento prático na área médica.

Art. 5 - Os Supervisores do PRMu será indicado pelo Chefe de Serviço e referenciado pelo Presidente da COREMU da Unidade, Presidente do Centro de Estudos e o representante dos Residentes da especialidade a ser supervisionada onde o Programa se desenvolver, o sob a orientação da escola de saúde pública SES/GO

Art. 6 - O representante dos Residentes e o seu substituto serão livremente eleitos por seus pares, em escrutínio direto e secreto.

Parágrafo único - A administração do processo eleitoral seguirá as normas, estabelecidas pela Resolução da CNRMUu n 05/82.

CAPITULO III

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7 - Caberá ao Coordenador da residência encaminha o setor de Recursos Humanos da unidade as planilhas e repasses de bolsa aos alunos residentes dos programas de residência medica da unidade.

Art. 8 - A COREMU será, constituída por:

I. um Coordenador Geral, que será o Presidente do Centro de Estudos;
II. um Supervisor de cada PRM;
III. um Representante dos Residentes de cada um dos PRMu da Unidade.

§ 1° - O Coordenador Geral e o Supervisor terão um mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida recondução por mais um período.

§ 2° - Quando o Presidente do Centro de Estudos não for graduado em uma das áreas da especialidade multiprofissional do programa ofertado, o Coordenador da COREMU será indicado pelo Presidente de Centro de Estudos, dentre os profissionais que compõe a Diretoria deste Centro.

§ 3° - Cada PRM terá preceptores que serão escolhidos pelo Supervisor do respectivo PRM, dentre os profissionais efetivos de Serviço onde o PRM se desenvolve e aprovado pela CNRMU.

§ 4° - O Representante dos Residentes terá um mandato de 01 (hum) ano, sendo permitida a recondução por mais um período.

Art. 9 - A 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 PRMs nas diferentes áreas;
III. supervisionar a. execução dos PRMs;
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.

Parágrafo único - As decisões da COREMU serão aprovadas pela maioria simples dos votos dos membros presentes á reunião.

Art. 10 - Ao Coordenador da COREMU compete:

I. convocar a presidir as reuniões da COREMU;

II. divulgar, previamente, a pauta das reuniões;

III. exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;

IV. indicar o seu substituto eventual, dentre os Supervisores;

V. aprovar o Programa Anual elaborado pelo Supervisor do PRM;

VI. coordenar as atividades dos PRMs, estimulando o desenvolvimento das mesmas;

VII. promover a integração técnico-administrativa dos PRM;

VIII. estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções da CNRMU

IX. participar, ou fazer representar, nas reuniões convocadas pelo escola de saúde publica e pela SEREMu/GO;

X. cumprir e fazer cumprir o Regulamento da CNRMU;

XI. encaminhar à CNRMU, o plano anual de cada PRM que terá prazo, improrrogável, até 31 de janeiro do ano previsto para a execução.

XII. encaminhar à CNRMU os assuntos que dependem da aprovação superior;

XIII. aplicar as penalidades aprovadas pela COREMU.

Art. 11 - Caberá ao Chefe de Serviço do PRM:

I. Manter atualizadas as fichas de assentamentos individuais dos Residentes;

II. Manter atualizadas todas as normas e resoluções emanadas de CNRMU;

III. Propor à CNRMU novos programas de credenciamento através da CNRMU;

IV. Reativar ou propor convênios com Universidades e Instituições com o objetivo de complementação da parte básica do PRNI através da CNRMU;

V. Fazer cumprir e cumprir todas as determinações provenientes do CNRMU;

VI. Providenciar, com a colaboração das Chefias de Serviço e dos Supervisores do PRM, as escalas de plantão e férias.

Art. 12 - Caberá ao Supervisor do PRM: V

I. Elaborar, anualmente, o PRM em sua especialidade, até 30 de novembro do ano anterior ao inicio do PRM;
II. Organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;
III. Indicar o substituto eventual;
IV. Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRMU e d SES/GO;
V. Estabelecer e aplicar a metodologia de avaliação do aprendizado, previamente aprovada pela CNRMU/SES/GO, quando do credenciamento do programa;
VI. Participar das reuniões da COREMU, sempre que convocado;

V.Encaminhar ao Coordenador da COREMU:

1 - a frequência, mensal dos Residentes, até o dia 25 do mês corrente;

2 - os casos de cancelamento da Bolsa de Residência em tempo hábil;

3 - a relação anual de Residentes;

4 - a avaliação semestral de aprendizado;

5 - a escala anual de férias dos Residentes;

6 - as faltas ou transgressões disciplinares dos Residentes, com as justificativas devidas;

7 - os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

Art. 13 - São atribuições do Preceptor:

I. orientar diretamente o treinamento do Residente:
II. acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;
III. orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Residente;
IV. auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento e;
V. participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM.

Art. 14 São atribuições do Tutor:

I. Representar a área profissional junto à Coordenação do Programa;

II. Promover a gestão necessária para garantir o bom andamento do Programa junto a sua área profissional;

III. Coordenar as atividades de seus preceptores;

IV. Executar e orientar o desenvolvimento de atividades teóricas, práticas e teórico-práticas;

V. Garantir o cumprimento da programação estabelecida;

VI. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PPP do programa;

VII. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP;

VIII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;

IX. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e profissionais de saúde residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

X. Articular a integração dos preceptores e profissionais de saúde residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

XI. Participar do processo de avaliação dos preceptores e profissionais de saúde residentes;

XII. Participar da avaliação do PPP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

XIII. Orientar e avaliar os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), conforme as regras estabelecidas no Manual de Orientações para Elaboração e Apresentação de TCR;

XIV. Selecionar o quadro de preceptores;

XV. Aplicar medidas disciplinares cabíveis quando ocorrer situações de descumprimento dos deveres por parte do profissional de saúde residente.

Art. 15 - São atribuições do Representante dos Residentes:

I. representar os Residentes nas reuniões da COREMU e
II. solicitar ao Coordenador da COREMU, a inclusão de assuntos de interesse dos Residentes na agenda de reuniões da COREMU.

CAPÍTULO III

DA SELEÇÃO, LOTAÇÃO E INSCRIÇÃO

Art. 16 - As inscrições para a seleção efetuadas em local e período divulgados no Edital do Concurso.

Parágrafo único - No ato da inscrição o candidato deverá optar por uma das especialidades oferecidas.

Art. 17 - No ato da inscrição o candidato deverá apresentar:

I. 02 (dois) retratos 3x4 cm, de frente, tirados no ano da inscrição;
II. para graduados: carteira de inscrição no Conselho Regional da profissão;
III. para estudantes: carteira de identidade e declaração do estabelecimento e de ensino que comprove a sua frequência regular no Internato e a data prevista para a conclusão do Curso de Graduação, data esta que não poderá ultrapassar a do iníc do PRM;
IV. apresentar o comprovante do recolhimento da taxa de inscrição

Art. 18º - A seleção constará de uma prova de conhecimentos médicos composta de questões distribuídas equitativamente, pelas seguintes áreas:

I. Clínica Médica;
II. Pediatria;
III. Obstetrícia e Ginecologia e
IV. Medicina Preventiva e Social.
V. Outras de necessidades da categoria.

Art. 19 - Será considerado selecionado o candidato aprovado e cuja classificação esteja compreendida no número de vagas oferecidas.

Parágrafo único - O candidato com nota inferior a 50° % (cinquenta por centro) da nota máxima será considerado reprovado.

Art- 20- A lotação dos candidatos aprovados será procedida através de chamada de cada candidato selecionado, obedecida a ordem de classificação e o total de vagas por PRM.

§ 1 - A SES/Go determinará no Edital de Concurso, o dia, hora e local de chamada dos candidatos selecionados.

§ 2 - O não comparecimento do selecionado implicará em imediata chamada do outro classificado.

§ 3 - As vagas verão preenchidas até onde existam candidatos habilitados.

§ 4 - Os casos omissos serão resolvidos pela organização do concurso.

Art. 21- As relações jurídicas entre unidade e o Residente serão reguladas:

I. Pelas Leis Federais ;
II. Pelas Normas e Resoluções emanadas da CNRMU/SESU/MEC;
III. Pelas demais Normas Técnicas e Administrativas emanadas da SES/GO e;
IV. Pelo presente Regulamento.

Parágrafo único - Somente poderá assinar o Contrato de Concessão de matrícula o candidato selecionado que estiver regularmente inscrito no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Art. 22- Perderá direito á Bolsa o residente selecionado que não comparecer na data marcada para a assinatura do Contrato.

Art. 23 - O PRM terá uma carga horária semanal máxima de 60 (sessenta) horas.

Art. 24 - As- programações de treinamento em serviço das atividades didáticas complementares obedecerão rigorosamente às descritas no Pedido de Credenciamento de Programa aprovado pela CNRMU.

CAPÍTULO VI

DOS DIREITOS E DEVERES DO RESIDENTES

Art. 25 - São direitos dos Residentes:

I. receber:

II. 1 - bolsa de estudos, de acordo com os valores estabelecidos, pela Lei Federal 8138 de 28 de dezembro de 1990, alterada pela Lei 8725 de 05 de novembro de 1993, e condicionada a apresentação do carnê autônomo, mensalmente quitado;

III. 2 - orientação, durante o treinamento do supervisor e dos preceptores d PRM;

IV. 3 - alimentação, durante o período em que estiver atuando no Hospital onde se desenvolve o PRM.

V. férias anuais de 30 (trinta) dias, consecutivos, após cumprimento de 01 (hum) ano de Residência;

VI. licença gestante de acordo com a Lei Federal 7601 de 15-05-87;

VII. moradia, de acordo com as disponibilidades da Unidade onde se desenvolve o PRM;

VIII. participar das atividades previstas no regime didático cientifico do PRM e,

IX. tomar conhecimento do Regulamento da RM;

X. licença para tratamento de saúde:

1 - até 15 (quinze) dias por ano, receberá a bolsa do estado integralmente;

2 - a partir do 16° (décimo sexto) dia de licença receberá auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo;

3 - o afastamento que exceda um período de 30 (trinta) dias consecutivos ou somatório de licenças anuais, deverá ser recuperado integralmente ao término do treinamento;

4 - o Médico Residente que ficar licenciado, até o máximo de 30 (trinta) dias, poderá optar, por escrito, para compensar este período com as férias;

5 - caso a Previdência Social exija e declare a necessidade cia contribuirão de 12 (doze) meses, ainda no primeiro ano de Residência, ficará estabelecido que o Médico Residente em

licença médica por mais de 01 (hum) mês a 01 (hum) ano, continuará recebendo a bolsa pelo Município na qualidade de licenciado;

6- quando o Residente receber alta, após sua reapresentação a Chefia de Serviço, ao Centro de Estudos, deverá comparecer à COREMU, para assumir o compromisso de recuperar integralmente o período em que ficou licenciado, sem direito ao recebimento da bolsa.

Art. 26- São deveres dos Residentes:

I. participar de todas as atividades previstas no regime didático cientifico do PRMU;
II. comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores;
III. portar o "crachá" de uso obrigatório em local de fácil visibilidade:
IV. usar uniforme convencional completo;
V. dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;
VI. cumprir as obrigações de rotina;
VII. prestar colaboração ã Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência:
VIII. agir com urbanidade, discrição e lealdade;
IX. respeitar as Normas Legais e Regulamentares;
X. levar ao conhecimento das autoridades superiores irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas no Hospital onde estiver lotado;
XI. cumprir horários fixados;
XII. obedecer as Normas do Código de Ética do Conselho Federal das categorias profissionais;
XIII. assinar o livro de ponto ou bater o cartão de ponto, diariamente, na entrada e na saída;
XIV. mensalmente, o Residente deve entregar ao Centro de Estudos o comprovante de pagamento do INSS, com a identificação no verso;
XV. não entregando o comprovante de pagamento no Centro de Estudos por mais de 02 (dois) meses, este deverá comunicar o fato ao COREMU para suspensão do reembolso.

Art. 27- O Residente está sujeito ás seguintes sanções disciplinares:

I. advertência verbal e/ou por escrito:

II. repreensão;
III. suspensão;
IV. exclusão do PRM.

Parágrafo único - Na aplicação das sanções disciplinares deverão ser considerados:

I. a natureza e gravidade da infração;
II. os antecedentes do Residente.

Art. 28 - As sanções disciplinares deverão ser propostas ao Coordenador da COREMU.

Art. 29- Caberá ao Coordenador da COREMU levar para discussão na reunião da COREMU a proposta da sanção disciplinar.

Art. 30 - A aprovação ou não e o tipo de sanção disciplinar serão decididos por maioria de votos dos membros da COREMU.

Art. 31- O Residente passível da sanção proposta, segundo o art. 26, deverá ser convocado para a reunião prevista no art.28, a fim de ter direito pleno de defesa.

Parágrafo único - Caso o Residente não concorde com a decisão da COREMU, poderá recorrer, por escrito, a COREMU/SES /go, que julgará o caso em última instância, podendo ser ouvido o Secretário Estadual de Saúde, sempre que necessário.

Art. 32- Será cancelada a Bolsa do Residente que:

I. Faltar 15 (quinze) dias consecutivos ou 30 (trinta) dias intercalados, sem justificativa aceita pela COREMU;
II. faltar ao plantão, sem justificativa aceita pela COREMU,
III. For reprovado na avaliação prevista no art. 8° e 9 da Resolução CNRMU 05/79 9;
IV. For enquadrado no item "d" do art. 26 deste Regulamento.

Art. 33 - Em caso de interrupção justificada do treinamento, o Residente deverá complementar a carga horária total de atividades previstas para o aprendizado.

CAPITULO VIII

DO CERTIFICADO

Art. 34 - Fará jus ao Certificado o Residente que:

I. Cumprir integralmente as atividades previstas no regime didático cientifico aprovado pela CNRMU e;

II. Tiver sido aprovado nas avaliações realizadas no decurso do Programa e na avaliação final.

Art. 35 - Competirá à COREMU o encaminhamento dos Certificados à CNRMU para o necessário registro.

Parágrafo único - Unia vez registrado pela CNRMU. a SES/go entregará o certificado ao interessado.

CAPÍTULO I X

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 36 - O controle do ponto e da frequência do Residente será feito pela Chefia do Serviço e pelo Supervisor da Residência Multiprofissional da Unidade onde se desenvolve o PRM.

Parágrafo único - Caberá ao Coordenador da COREMU, encaminhar a relação dos Residentes da Unidade através da Presidência do Centro de Estudos a COREMU, bem como mantê-la atualizada em relação a possíveis desistências, remanejaremos, férias, licenças, etc, dos Residentes.

Art. 37 - Os casos omissos serão resolvidos pela SEREMu/GO ouvida COREMU da Unidade onde ocorreu caso.

Art. 38 - Este Regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

GOIÂNIA., de 2022

Diretoria técnica da unidade

7.8.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE	ANUAL											
	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ	MÊ

		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reunir as unidades da SMS que possuem Programas de Residência multiprofissional			X			X			X			X
5	Contatar e avaliar permanente estes Programas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Acompanhar, opinar e atuar como Programas de Residência multiprofissional no Hospital,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Reunir-se, ordinariamente, uma vez por mês e, em caráter extraordinário, quando convocada pelo Coordenador Geral, ou pela maioria dos seus membros;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Coordenar o planejamento, execução e avaliação dos PRMs nas diferentes áreas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Supervisionar a. execução dos PRMs;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Propor a criação, extinção ou modificações do PRM;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Propor a substituição de supervisor de PRM;	X					X						X
12	Propor as normas para avaliação do desempenho dos Residentes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitado por Residentes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Apreciar propostas de penalidade encaminhadas pelos Supervisores do PRM;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Discutir temas e documentos relacionados com a RM e:	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Elaborar relatório anual.											X	X
16	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X

7.9 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

7.9.1 Proposta de Constituição

7.9.1.1 DA FINALIDADE

Tem-se como a principal finalidade da CIPA está voltada para a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador. Cabe a CIPA, representar os interesses e necessidades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e seus funcionários na diminuição, neutralização e/ou eliminação dos riscos com potencial de geração de acidentes ou doenças durante o processo de trabalho, bem como atender à Legislação vigente.

Quanto às finalidades, podemos citar:

1. Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;
2. Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
3. Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
4. Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
5. Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
6. Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
7. Participar, com o SESMT, das discussões promovidas pelo empregador, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

8. Requerer ao SESMT, ou a direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
9. Colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
10. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;
11. Participar, em conjunto com o SESMT, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
12. Requisitar o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
13. Requisitar HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) as cópias das CAT emitidas;
14. Promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
15. Participar, anualmente, em conjunto com o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) das Campanhas de Prevenção.
16. Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúd no trabalho;
17. Promover Campanhas Humanitárias (doação de sangue, alimentos para entidades carentes etc.).

7.9.1.2 MEMBROS COMPONENTES/PERFIL

A CIPA do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será constituída por: Presidente, Vice-Presidente, Secretário, membros titulares e membros suplentes.

A Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre

os titulares o Vice-Presidente. Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

7.9.2 Proposta de Regimento Interno

8.4.2.1 DA ORGANIZAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO

Regimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes CIPA/ HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) – tendo como Base legal – LEI FEDERAL n 6.514, de 22 de dezembro de 1977, PORTARIA n 3214 – Norma Regulamentadora 5 - NR-5.

CAPÍTULO I

DO OBJETIVO

Art. 1 - A CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 - A CIPA terá por atribuições:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar mapas de riscos com a participação do maior número de servidores e assessoria do SESMT (Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho);
II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
III. participar do controle da qualidade das medidas da prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos profissionais do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;

V. realizar verificações nos Laboratórios de pesquisa, com vistas às exigências contidas na NR 32;

VI. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VII. divulgar, aos demais servidores, informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VIII. participar, com o SESMT, das discussões promovidas pela Administração, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionadas à segurança e saúde dos profissionais;

IX. participar, com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas encontrados;

X. propor, realizar ou auxiliar a realização de cursos, treinamentos e medidas de prevenção de acidentes e de proteção à saúde, em conjunto com o SESMT;

XI. verificar as causas da ocorrência dos acidentes e doenças, encaminhando os resultados das discussões ao SESMT, propondo medidas que previnam casos semelhantes e orientando aos demais servidores quanto à sua prevenção;

XII. garantir a emissão e requisitar à Administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) as cópias das CATs emitidas;

XIII. colaborar no desenvolvimento e implantação do PCMSO (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) e PPRA (Programa de Prevenção d Riscos Ambientais) e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

XIV. promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana de Prevenção de Acidentes de Trabalho – SIPAT;

XV. promover, anualmente, em conjunto com a direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , Campanhas de Prevenção da AIDS, DST, Tabagismo, Alcoolismo e outras doenças correlatas;

XVI. acompanhar as fiscalizações realizadas nos locais de trabalho efetuadas por instituições de saúde e segurança do trabalho, tendo acesso aos resultados e laudos periciais.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3 - As CIPA do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terão a seguinte composição:

I. Presidente;
II. Vice-Presidente;
III. Secretário;
IV. Membros titulares;
V. membros suplentes.

Art.4 - O mandato dos membros eleitos, titulares e suplentes, terá duração de um ano, sendo permitida uma reeleição.

Art. 5 – É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 6 – A Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) designará entre seus representantes o Presidente da CIPA. Os representantes eleitos escolherão entre os titulares o Vice-Presidente.

Art. 7 – Será indicado, de comum acordo entre os membros da CIPA um secretário e seu substituto.

CAPÍTULO II

DAS ELEIÇÕES

Art. 8 – A convocação das eleições será feita por edital a ser amplamente divulgado, o qual estabelecerá:

I. Prazo de 15 (quinze) dias para inscrição dos candidatos;
II. Fixação da data das eleições nos 15 (quinze) dias subsequentes;
III. Apuração dos votos imediatamente após o término da votação.

§ 1 - A convocação para abertura do processo eleitoral para novo mandato da CIPA será realizado pela Administração, do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , com prazo 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

§ 2 - Os membros das comissões eleitorais serão designados pela Administrações HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , para procederem aos trabalhos de inscrições de candidatos, realização das eleições, apuração dos votos e elaboração dos respectivos atos que constarão dos editais.

§ 3 - Poderão se candidatar os profissionais, servidores e funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

§ 4 - Fica vedada a participação de candidatos à CIPA nas comissões eleitorais.

Art. 09 – Os membros da CIPA, eleitos e os designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10 – Empossados os membros da CIPA, a Administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , deverá protocolar, em até dez dias, nas unidades descentralizadas do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 11 – Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

§1 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

§ 2 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

Art. 12 – Os candidatos serão eleitos através de escrutínio secreto.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 13 – Compete aos profissionais, servidores e funcionários:

I. Participar da eleição de seus representantes;
II. Colaborar com a gestão da CIPA;
III. Indicar à CIPA, ao SESMT e à administração situações de riscos e apresentar sugestões para a melhoria das condições de trabalho;

IV. Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 14 – Compete ao Presidente da CIPA:

I. Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Administração e ao SESMT, as decisões da comissão;
III. Manter a Administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , informada sobre os trabalhos da CIPA;
IV. Coordenar e supervisionar as atividades da secretaria;
V. Delegar atribuições ao Vice-Presidente.

Art. 15 – Compete ao Vice-Presidente:

I. Executar as atribuições que lhe forem delegadas;
II. Substituir o presidente nos seus impedimentos eventuais, ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 16 – Compete ao Presidente e ao Vice-Presidente, em conjunto, as seguintes atribuições:

I. Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento dos trabalhos;
II. Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. Delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. Promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;
V. Divulgar as decisões da CIPA a todos os servidores da sua área de abrangência;
VI. Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

Art. 17 – O Secretário da CIPA terá as seguintes atribuições:

I. Acompanhar as reuniões da CIPA, e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. Preparar as correspondências;

III. Outras que lhe forem conferidas.

Art.18 – Compete a todos os membros, titulares e suplentes, da CIPA:

I. Participar do planejamento do trabalho e da organização do calendário anual da CIPA;

II. Participar das reuniões da CIPA, contribuindo para a discussão dos assuntos em pauta, com a elaboração das propostas e seu encaminhamento.

III. Averiguar os acidentes de trabalho e os casos de doenças profissionais, propondo medidas para a correção;

IV. Garantir que todas as atribuições previstas neste Regimento sejam cumpridas durante sua gestão.

Art. 19 – Compete aos membros suplentes substituir os titulares nas ausências dos mesmos, com direito a voto.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 20 – A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido, durante o expediente normal do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , em local apropriado.

Art. 21 – Será previsto um período mensal de no mínimo 6 (seis) horas e no máximo de 12 (doze) horas, dentro da jornada normal de trabalho, para um dos membros da CIPA percorrer os locais de trabalho para levantamento de riscos e condições de trabalho nocivas à saúde.

Art. 22– As reuniões terão as atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 23– As atas ficarão na respectiva Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

Art. 24 – As reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

II. Ocorrer acidente de trabalho grave ou fatal;

III. Houver solicitação expressa de uma das representações.

§ 1 - Dada a relevância dos assuntos relativos à saúde e segurança dos trabalhadores, deverá ser garantida a realização das reuniões, sem prejuízo dos vencimentos dos servidores.

§ 2 - Durante a ocorrência de epidemias, as reuniões poderão ser realizadas em horário alternativo, a ser designado de forma a não prejudicar os trabalhos.

Art. 25– As decisões serão tomadas preferencialmente por consenso.

Art. 26– Não havendo consenso, e frustrando-se as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 27– O membro titular perderá o mandato, sendo substituído pelo suplente, quando faltar a mais de 4 (quatro) reuniões ordinárias consecutivas ou não, sem justificativa.

Art. 28 – A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo a Administração Local comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

§1 - No caso de afastamento definitivo do Presidente, a Diretoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

§ 2 - No caso de afastamento definitivo do Vice-Presidente, os membros titulares da representação dos servidores escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

CAPÍTULO VI

DO TREINAMENTO

Art. 29 – A Administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , deverá promover o Treinamento de Capacitação para os membros da CIPA, titulares e suplentes, em até 30 dias após a posse.

Parágrafo Único – O Programa do Treinamento será estabelecido pelo SESMT e pela Administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , ouvindo os membros da CIPA.

Art. 30 – O Treinamento de Capacitação deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como os riscos originários das atividades desenvolvidas;
II. Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças de trabalho;
III. Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes em ambiente hospitalar;
IV. Noções e medidas de prevenção para dst/aids, tabagismo, alcoolismo e outras doenças correlatas;
V. Noções sobre legislação trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;
VII. Organização e funcionamento da CIPA.

Art. 31 – O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

Art. 32 – O treinamento será ministrado pelo SESMT.

CAPÍTULO VII

DO REGISTRO

Art. 33 – A CIPA será registrada na Superintendência Regional do Trabalho – Ministério do Trabalho.

Art. 34 – O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , reconhecerá o, através de Portaria, as CIPA eleitas e empossadas.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35– As disposições da NR 05 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.36 – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.9.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE	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
Edital de Convocação para as Eleições	X	X										X
Formação da Comissão Eleitoral	X	X										
Início das inscrições dos candidatos			X									
Eleição				X								
Curso para Cipeiros					X							
Realização da Posse					X							
Organização do Calendário de reuniões	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.9.4 Plano anual de prevenção de acidentes.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Reitoria (CIPA) propõe este plano de trabalho que visa orientar as ações da Comissão para alcançar o seu objetivo de prevenir possíveis acidentes de trabalho, bem como promover a saúde dos trabalhadores da Unidade, conforme previsto no primeiro item da Norma Regulamentadora 5 (NR-5) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE):

"5.1 A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – Cipa – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador."

Tendo vista que diversos ambientes do Hospital poderão apresentar riscos químicos, físicos, ergonômicos, biológicos e de acidentes, o foco deste planejamento serão atividades de conscientização quanto a ambientes e comportamento de risco.

Desta forma, propomos o cronograma baseado nas atribuições acordadas na Reunião d Posse desta Gestão:

Ações	Mês 01	Mês 02	Mês 03	Mês 03	Mês 04	Mês 06	Mês 07	Mês 08	Mês 09	Mês 10	Mês 11
01. Mapas de risco: atualizar e divulgar em locais visíveis						X	X	X			
02. Revisar Plano de Trabalho da Comissão e apresentá-lo a comissão.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
03. Atas em dia e disponíveis	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
04. Acompanhar as investigações de acidentes de trabalho	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
05. Apresentar a Comissão, o relatório final da gestão											X
06.Solicitar formalmente os serviços dos profissionais regionais (técnico de segurança do trabalho e engenheiro de segurança), quando se fizer necessário.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
07. Apoiar ações conjuntas de campanhas de saúde e treinamentos com a Seção Técnica de Saúde e COSTSA			X			X			X		

08. Manter o site da Comissão atualizado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
09. Editar o Boletim da CIPA		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10. Participar de capacitações, seminários, eventos, wokshops oferecidos, no que couber e dada a disponibilidade financeira		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11. Promover a SIPAT2 em parceria com a Seção Técnica de Saúde							X				
12. Colaborar no desenvolvimento e implementação da PCMSO3, PPRA4 e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13. Promover eleição dos representantes dos empregados para composição da CIPA		X	X								X

1 SIPAT: Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho

2 PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional

3 PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

7.9.5 Plano de Manutenção

Logomarca da empresa	PLANO DE TRABALHO DA CIPA

Nome da empresa
Endereço:
Data:
CIPA Gestão - 2007/2008

Propostas	Ações	Responsável(eis)
Promover a Integração de Todos os Representantes da CIPA da empresa.	Integrar todos os Representantes das CIPA's da Empresa em paralelo à SIPAT	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover a SIPAT	Realizar, em conjunto com o SESMT da empresa, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho	CIPA/SESMT
Auxiliar a promover e Incentivar Campanhas de Prevenção as DST's e AIDS	Participar em conjunto com o SESMT de campanhas de prevenção de AIDS e DST's promovidas pela empresa	CIPA/SESMT
Orientação dos funcionários quanto ao uso de EPI's	Orientar todos os Funcionários quanto a importância do uso guarda e troca dos EPI's	CIPA/SESMT
Levantamento de Riscos e Inspeções	Fazer, em conjunto com o SESMT se necessário, Levantamentos de risco e inspeções no ambiente de trabalho para propor melhorias	CIPA/SESMT
Investigação de Acidente do trabalho	Auxiliar o SESMT na Investigação de acidente do trabalho quando houver e propor soluções	CIPA/SESMT

PRESIDENTE **VICE-PRESID**

7.9.5.1 Programa de Manutenção Operação e Controle dos Respectivos Sistemas de Climatização

1.1. DA ANVISA

De acordo com o texto supracitado, A LEI N 13.589, DE 4 DE JANEIRO DE 2018 dispõe em seu parágrafo único, que a Resolução N 9 de janeiro de 2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, estabelece parâmetros, normas e procedimentos necessários à garantia da boa qualidade do ar interior, inclusive de temperatura, umidade, velocidade,

taxa de renovação e grau de pureza dos condicionadores de Ar. A seguir são apresentados os pontos relevantes desta Resolução.

1.2. PADRÕES DE REFERÊNCIA

Recomenda os seguintes Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior em ambientes climatizados de uso público e coletivo. Os valores recomendáveis para os parâmetros físicos de temperatura, umidade, velocidade e taxa de renovação do ar e de grau de pureza do ar, deverão estar de acordo com a NBR 6401 – Instalações Centrais de Ar Condicionado para Conforto - Parâmetros Básicos de Projeto da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

- a faixa recomendável de operação das Temperaturas de Bulbo Seco, nas condições internas para verão, deverá variar de 23C a 26C, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 21C e 23C. A faixa máxima de operação deverá variar de 26,5C a 27C, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 28C. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 20C a 22C.
- a faixa recomendável de operação da Umidade Relativa, nas condições internas para verão, deverá variar de 40% a 65%, com exceção de ambientes de arte que deverão operar entre 40% e 55% durante todo o ano. O valor máximo de operação deverá ser de 65%, com exceção das áreas de acesso que poderão operar até 70%. A seleção da faixa depende da finalidade e do local da instalação. Para condições internas para inverno, a faixa recomendável de operação deverá variar de 35% a 65%.
- o Valor Máximo Recomendável - VMR de operação da Velocidade do Ar, no nível de 1,5m do piso, na região de influência da distribuição do ar é de menos 0,25 m/s.
- a Taxa de Renovação do Ar adequada de ambientes climatizados será, no mínimo, de 27 m³/hora/pessoa, exceto no caso específico de ambientes com alta rotatividade de pessoas. Nestes casos a Taxa de Renovação do Ar mínima será de 17 m³/hora/pessoa, não sendo admitido em qualquer situação que os ambientes possuam uma concentração de CO2, maior ou igual a estabelecida em IV2.1, desta Orientação Técnica.
- a utilização de filtros de classe G1 é obrigatória na captação de ar exterior. O Grau de Pureza do Ar nos ambientes climatizados será obtido utilizando-se, no mínimo,

filtros de classe G-3 nos condicionadores de sistemas centrais, minimizando o acúmulo de sujidades nos dutos, assim como reduzindo os níveis de material particulado no ar insuflado. Os padrões referenciais adotados complementam as medidas básicas definidas na Portaria GM/MS n 3.523/98, de 28 de agosto de 1998, para efeito de reconhecimento, avaliação e controle da Qualidade do Ar Interior nos ambientes climatizados. Deste modo poderão subsidiar as decisões do responsável técnico pelo gerenciamento do sistema de climatização, quanto a definição de periodicidade dos procedimentos de limpeza e manutenção dos componentes do sistema, desde que asseguradas as frequências mínimas para os seguinte componentes, considerados como reservatórios, amplificadores e disseminadores de poluentes.

1.3 INSPEÇÃO

Recomenda que os órgãos competentes de Vigilância Sanitária com o apoio de outros órgãos governamentais, organismos representativos da comunidade e dos ocupantes dos ambientes climatizados, utilizem esta Orientação Técnica como instrumento técnico referencial, na realização de inspeções e de outras ações pertinentes nos ambientes climatizados de uso público e coletivo.

1.4. RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Recomenda que os proprietários, locatários e prepostos de estabelecimentos com ambientes ou conjunto de ambientes dotados de sistemas de climatização com capacidade igual o superior a 5 TR (15.000 kcal/h = 60.000 BTU/h), devam manter um responsável técnico atendendo ao determinado na Portaria GM/MS n 3.523/98, além de desenvolver as seguintes atribuições:

a) providenciar a avaliação biológica, química e física das condições do ar interior dos ambientes climatizados;

b) promover a correção das condições encontradas, quando necessária, para que estas atendam ao estabelecido no Art. 4 desta Resolução;

c) manter disponível o registro das avaliações e correções realizadas; e

d) divulgar aos ocupantes dos ambientes climatizados os procedimentos e resultados das atividades de avaliação, correção e manutenção realizadas.

1.5 CÁLCULO DA CARGA TÉRMICA – ABNT NBR 5858:1983

A Norma Regulamentadora 5858 de 1983, estabelece condições exigíveis para a determinação do desempenho do condicionador de ar, fixando os padrões mínimos de qualidade e capacidade, sendo estes aplicados aos aparelhos com condensador esfriado a ar, destinado a ligação em fonte de tensão monofásica, em propriedades públicas ou particulares, usados para fins residenciais, comerciais ou industriais, com a finalidade de obtenção de conforto.

Para o cálculo simplificado da carga térmica foi utilizado o modelo do formulário do anexo A da NBR 5858 (ABNT, 1983). Para facilitar os cálculos, uma planilha foi criada no software Microsoft Excel 2013, onde os dados de carga térmica foram informados para cada sala estudada. Ao final deste processo obtêm-se o valor da carga térmica para cada ambiente, que deve ser multiplicado pelo fator geográfico 1,00, referente à região Nordeste (ABNT, 1983). O resultado final, expresso em kJ/h, foi multiplicado por 0,948 para obter a unidade em BTU.

1.6. RESULTADO DAS ANÁLISES

De acordo com o levantamento de dados em cada setor, calculadas a carga térmica de cada ambiente e também uma avaliação dos equipamentos instalados no intuito de verificar se a capacidade térmica dos condicionadores de ar era suficientemente capaz de a carga térmica do ambiente. Abaixo, seguem os resultados da carga térmica e a capacidade de refrigeração dos equipamentos.

ANÁLISE SETORIAL							
SETOR	QUANTIDADE	EQUIPAMENTO	TAG	POTÊNCIA (BTU/H)	ESTADO DE CONSERVAÇÃO	CARGA TÉRMICADO AMBIENTE (BTU/H)	**CONFORTO TÉRMICO**
Ambiente Y	2	Yang	MA - 01	12000	REGULAR	12.302	BOM
		Consul	MA - 02	12000	BOM		

1.7. ATIVIDADES PERIÓDICAS

ATIVIDADES (MENSAL/TRIMESTRAL/SEMESTRAL)	M	T	S
EFETUAR A LIMPEZA DOS FILTROS DE AR E/OU SUBSTITUIR POR NOVOS CASO NECESSÁRIO	X		
EFETUAR A LIMPEZA EXTERNA DO GABINETE DO EVAPORADOR	X		
VERIFICAR OPERAÇÃO DE FRENAGEM E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO	X		
VERIFICAR E CORRIGIR RUÍDOS E VIBRAÇÕES ANORMAIS	X		
VERIFICAR A OPERAÇÃO DOS TERMOSTATOS, CONTROLES E SENSORES DE TEMPERATURA	X		
HIGIENIZAR EVAPORADORES COM APLICAÇÃO DE BACTERICIDA	X		
VERIFICAR E ELIMINAR ODORES DESAGRADÁVEIS NOS AMBIENTES CLIMATIZADOS	X		
EFETUAR A LIMPEZA DAS SERPENTINAS DO EVAPORADOR		X	
EFETUAR A LIMPEZA DO VENTILADOR/ROTOR DO EVAPORADOR		X	
EFETUAR A LIMPEZA DA BANDEJA DO CONDENSADO		X	
VERIFICAR E CORRIGIR REAPERTO DE TERMINAIS/CONEXÕES ELÉTRICAS		X	
VERIFICAR CORRENTE/PRESSÃO/TENSÃO			X
EFETUAR A LIMPEZA DO CONDENSADOR			X
VERIFICAR ESTADO DOS COMPRESSORES			X
EFETUAR LUBRIFICAÇÃO GERAL DO EQUIPAMENTO			X
VERIFICAR ESTADO DOS SUPORTE/COXINS E CORRIGIR CASO NECESSÁRIO			X
VERIFICAR E CORRIGIR FOCOS DE CORROSÃO NOS EQUIPAMENTOS/ACESSÓRIOS			X
VERIFICAR E CORRIGIR ISOLANTE TÉRMICO DAS LINHAS DE COBRE			X
ANALISE DA QUALIDADE DO AR (RE/09)		X	

1.8 MODELO DE ETIQUETA DE CONTROLE

IDENTIFICAÇÃO	CONTROLE DE MANUTENÇÃO		
LOCAL	DATA	ATIVIDADE	**TÉCNICO RESPONSÁVEL**
EQUIPAMENTO			
CAPACIDADE (BTUs)			
RESPONSÁVEL PELO PMOC			
Pedro Silva			
CREA-PB			
CONTATO			

7.9.5.2 Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO

INTRODUÇÃO

Este Programa foi elaborado de acordo com os seguintes textos legais:

- Norma Regulamentadora n 07 – NR - 07, aprovada pela Portaria n 3214, de 08 de junho de 1978, Ministério do Trabalho e Emprego – MTE;
- Portaria n 24, de 29 de dezembro de 1994, que aprova o texto disposto na NR - 07;
- Portaria n 08, de 08 de maio de 1996, que altera a NR - 07;
- Lei n 6514, de 22 de dezembro de 1977, que altera o Capítulo V do Titulo II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências;
- Lei n 8112, de 11 de dezembro de 1990, em seus artigos 69, 72, 186 (parágrafo 2) e 212;

- Decreto Estadual n 5757, de 21 de maio de 2003, que estabelece uma política de saúde ocupacional fundamentada na adequação das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego ao setor público.

Além disso, foi utilizada literatura técnica referente à Medicina, Segurança e Higiene no Trabalho, a fim de dotar o órgão de um Programa de Saúde Ocupacional voltado para a promoção e preservação da saúde dos servidores no que se refere aos riscos inerentes às atividades desenvolvidas pelos mesmos, em seus vários aspectos.

OBJETIVOS

- Promover e preservar a saúde dos servidores privilegiando o instrumental clínico epidemiológico na abordagem da relação entre a saúde e o trabalho, considerando aspectos individuais e coletivos;
- Rastrear e diagnosticar precocemente agravos à saúde dos servidores relacionados ao trabalho, destacando o caráter preventivo;
- Ser parte do conjunto de iniciativas do órgão no campo da saúde do servidor;
- Indicar soluções para a melhoria dos ambientes de trabalho e da organização das atividades, individual e coletivamente, a partir da detecção dos problemas;
- Conscientizar a direção e os colaboradores quanto à importância do aspecto preventivo para a manutenção da qualidade de vida dentro da Organização;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos clientes, através da preservação da saúde ocupacional dos colaboradores;
- Formar, através dos registros dos exames médicos ocupacionais, históricos de informações relativas às condições clínicas (físicas e mentais) dos nossos servidores.

DO HOSPITAL

- Aprovar e garantir a execução do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia;
- Garantir os recursos financeiros para a efetiva implementação do PCMSO, inclusive custeando, sem ônus para o servidor, todos os procedimentos relacionados ao Programa;
- Fornecer as informações necessárias à elaboração e execução do PCMSO;
- Convocar os servidores para os exames médicos ocupacionais (Departamento de Recursos Humanos);
- Garantir a liberação dos servidores para os procedimentos previstos no PCMSO junto ao Médico do Trabalho;
- Exigir dos servidores o cumprimento das solicitações do Médico do Trabalho;
- Emitir Registro de Acidente de Trabalho (Departamento de Recursos Humanos) quando solicitado pelo Médico Coordenador do PCMSO;
- Fornecer às empresas contratadas para terceirização de serviços, informações relativas ao PCMSO, quando solicitadas.

DO MÉDICO COORDENADOR

- Coordenar o PCMSO;
- Supervisionar diretamente a execução do PCMSO;
- Dar ciência das doenças ocupacionais ao departamento de Recursos Humanos para que seja emitido o Registro de Acidente de Trabalho;
- Prestar esclarecimentos, quando solicitado, sobre os problemas de saúde ocupacional dos servidores, respeitando o princípio ético do sigilo médico;
- Realizar os exames médicos previstos para o PCMSO: admissionais, periódicos, mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais, ou selecionar e orientar profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas causas, para a execução dos mesmos (o exame médico admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, sendo previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de Saúde e Prevenção
- – GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas);
- Zelar pela padronização dos exames médicos ocupacionais a fim de que o servidor tenha o mesmo padrão de atendimento independente da unidade em que estiver lotado;
- Fornecer ao Órgão informações referentes a profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados para a realização dos exames complementares previstos no PCMSO;
- Solicitar o afastamento do servidor do trabalho ou da exposição ao risco quando constatada doença profissional e relatar quais medidas específicas de controle do fator causal podem ser adotadas.

DO MÉDICO EXAMINADOR

- Examinar o servidor e registrar em prontuário próprio a anamnese realizada;
- Dar ciência ao servidor sobre o(s) resultado(s) do(s) exame(s) e orientá-lo;
- Comunicar ao Médico Coordenador os casos de doenças ocupacionais;
- Seguir a rotina estabelecida pelo Médico Coordenador;
- Emitir o Atestado de Saúde Ocupacional – ASO.

Obs. Quando o Médico Coordenador for também o Médico Examinador, o mesmo acumula as responsabilidades supracitadas.

DOS COLABORADORES

- Colaborar com a execução do PCMSO, constituindo-se ato faltoso a recusa injustificada ao cumprimento do disposto neste Programa;
- Submeter-se aos exames médicos previstos no PCMO;
- Cumprir as orientações médicas decorrentes da avaliação de sua saúde;

- Utilizar o Equipamento de Proteção Individual – EPI fornecido pelo Órgão;
- Cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, inclusive as ordens de serviço expedidas pelo Órgão;
- Comunicar, imediatamente, ao Médico Coordenador, quando acometido por problemas de saúde.

EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS

- Os Exames Médicos Ocupacionais têm por objetivos a avaliação:
- Da saúde no aspecto geral;
- Da capacidade laborativa;
- Das possíveis repercussões do trabalho sobre a saúde.

Para a realização dos Exames Médicos Ocupacionais, o Médico Examinador observa a história pregressa do servidor através de anamnese clínica e ocupacional. Sem descuidar dos aspectos gerais, especial atenção deve ser dispensada aos seguintes itens:

- Exame dermatológico;
- Exame pulmonar e cardíaco;
- Exame da coluna vertebral;
- Habitualidade do fumo, álcool e drogas;
- Histórico de dores nos membros superiores Teste oftalmológico;
- Exame auditivo (percepção de alterações durante a entrevista).

EXAME MÉDICO ADMISSIONAL

O Exame Médico Admissional está vinculado ao ato de posse do cargo público, estando previsto e regulamentado pelos editais dos concursos públicos e a cargo da Gerência de Saúde e Prevenção - GSP, antiga Junta Médica Oficial do Estado, responsável pelas Perícias Médicas.

EXAME MÉDICO PERIÓDICO

Os Exames Médicos Periódicos são realizados respeitando-se a periodicidade especificada na NR - 07, da seguinte forma:

- Anualmente: servidores menores de 18 e maiores de 45 anos de idade;
- Bianualmente: servidores maiores de 18 e menores de 45 anos de idade;

- Intervalos menores: a critério do Médico Examinador e/ou Coordenador.

EXAME MÉDICO DEMISSIONAL

Os Exames Médicos Demissionais são realizados nas ocasiões de demissão e/ou aposentadoria por tempo de serviço (aposentadorias por invalidez exigem laudo pericial da Gerencia de Saúde e Prevenção- GSP).

O colaborador que tenha sido submetido a Exame Médico Ocupacional no período de até 135 dias anteriores à data da homologação da demissão ou aposentadoria por tempo de serviço, pode ser dispensado do Exame Médico Demissional (conforme determina a Portaria 3214/78 para atividades de grau de risco 1).

EXAME MÉDICO DE RETORNO AO TRABALHO

O Exame Médico de Retorno ao Trabalho deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia da volta ao trabalho do servidor ausente por período igual, ou superior, a 30 dias, por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, e parto (após a liberação pela GSP ou INSS).

EXAME MÉDICO DE MUDANÇA DE FUNÇÃO

O Exame Médico de Mudança de Função deve ser realizado antes da data da mudança quando implicar na exposição a risco diferente ao que estava exposto anteriormente.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:

Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos, ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames complementares, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico coordenador ou encarregado (médico examinador):

1) Solicitar ao Departamento Pessoal do Órgão de lotação do servidor o Registro do Acidente do Trabalho, feito em ficha de Registro de Acidente de Trabalho formulário padrão;

2) Indicar, quando necessário, parecer em outras especialidades médicas em sistema de referência e contrarreferência para suporte diagnóstico e de tratamento;

3) Indicar, quando necessário, o estabelecimento do nexo causal e o afastamento do servidor da exposição ao risco, ou do trabalho;

4) Encaminhar o servidor para Perícia Médica da GSP - Gerência de Saúde e Prevenção, para avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho;

5) Orientar o servidor quanto à necessidade – adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho.

PROGRAMAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES

Os Exames Complementares são, obrigatoriamente, custeados pelo Órgão e compreendem provas laboratoriais de natureza ocupacionais necessárias para o monitoramento de exposição a agentes nocivos. Além dessas, outras provas podem ser solicitadas, a critério médico, para prevenir situações capazes de gerar agravos à saúde dos servidores.

Esta programação é definida a partir das informações contidas no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA relativas aos ambientes e processos de trabalho e a partir dos exames clínicos dos servidores.

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

1. Todo Exame Médico Ocupacional resulta na emissão do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO em duas vias, assim destinadas:

- Primeira via: arquivada no dossiê do servidor à disposição da fiscalização do trabalho no Departamento Pessoal; segunda via: obrigatoriamente entregue ao servidor mediante recibo na primeira via.

2. Parâmetros para Aptidão à Função

- Apto: servidor possuidor de condições de sanidade física e psíquica compatíveis com o desempenho da função proposta;
- Apto com restrição: servidor portador de alguma patologia (morbidade) que não o incapacite totalmente para sua atividade (deve obrigatoriamente constar do ASO a discriminação da restrição, incluindo o seu caráter temporário, com fixação de prazo para novo exame médico);
- Inapto: O servidor com incapacidade para o desempenho da função proposta será encaminhado ao médico coordenador para análise em conjunto com o médico examinador, quando houver.

3. Causas de Incapacidade em Exames de Saúde Ocupacional

São consideradas causas de incapacidade: enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações, de naturezas congênitas, hereditárias ou adquiridas, capazes de comprometer a segurança e saúde do servidor, interferindo em sua eficiência e capacidade para o trabalho.

O parecer conclusivo de incapacidade depender da atividade exercida, cabendo análise do local de trabalho.

Faz-se exceção a esta regra os casos de vagas predestinadas às pessoas portadoras de deficiência, conforme determina a Lei n 8213.

As enfermidades, síndromes, deformidades ou alterações supracitadas, serão caracterizadas como causas de incapacidade, definitiva ou temporária, total ou parcial, a critério dos Médicos Coordenador e Examinador do PCMSO, considerando os respectivos prognósticos e a atividade exercida pelo servidor.

4. PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE

São programas de caráter coletivos específicos para determinadas condições descritas no PCMSO ou detectados a partir do seu desenvolvimento. Podem ser úteis na prevenção e/ou monitoramento da Hipertensão Arterial, Diabetes, Obesidade, Dependência Química, Tabagismo, DST/AIDS a fim de minimizar complicações.

As atividades podem ser incluídas na Semana do Servidor público, que acontece no mês de Outubro e na Semana Interna de Prevenção de Acidentes – SIPAT, promovida pela CIPA.

Com base nos fatores de risco ocupacionais identificados na elaboração do PPRA e PCMSO e nas estatísticas de licenciamentos médicos do órgão, o Médico Coordenador planeja e desenvolve atividades de educação e treinamento com foco em "como trabalhar preservando a saúde". Os temas são específicos e o conteúdo programático deve considerar os fatores de risco em questão, suas possíveis conseqüências sobre a saúde e as formas de prevenção.

5. PRIMEIROS SOCORROS

Deve ser programado, para cada unidade do Órgão, treinamento específico em Primeiros Socorros para servidores designados pela Direção.

Efetuado o treinamento, cada unidade do Órgão deve ser equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida. Os materiais devem ser mantidos aos cuidados dos servidores treinados:

- 01 termômetro;
- 01 tesoura;
- 01 pacote algodão hidrófilo 50 gramas;
- 05 pacotes de gazes esterilizadas com 05 unidades cada;
- 01 esparadrapo de 4,5m x 2,5 cm;
- 05 unidades de ataduras de crepe de 10 cm;
- 01 caixa de band-aid com 10 unidades;
- 01 frasco de dermoiodine ou povidine de 20 ml;
- 02 frascos de soro fisiológico a 0,9% de 250 ml;
- 01 frasco de álcool a 70% de 500 ml;
- 01 frasco de água boricada;
- 01 conta-gotas;
- 10 copos descartáveis;
- Medicamentos a critério médico.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTES

Toda unidade hospitalar deverá estar equipada com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim.

7. PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO SESMT APÓS SOCORRO A VÍTMA

Em caso de acidente de trabalho (incluindo de trajeto) será feita pelo SESMT do Órgão a Investigação de Acidente do Trabalho feita em formulário padrão (que ficará sob arquivo do

próprio SESMT), para posterior emissão do Registro de Acidente do Trabalho pelo Departamento Pessoal;

Será encaminhada ao Departamento Pessoal cópia (fotocópia em "xerox") da Investigação de Acidente do Trabalho para emissão do Registro de Acidente do Trabalho.

8. PROCEDIMENTOS ADOTADOS PELO DEPARTAMENTO PESSOAL PARA REGISTRO DE ACIDENTE DE TRABALHO.

Emissão do Registro de Acidente do Trabalho EM FORMULÁRIO PADRÃO, após envio da cópia de Investigação de Acidente do Trabalho efetuada pelo SESMT do Órgão e/ou solicitação do Médico do Trabalho Coordenador, em formulário padrão da seguinte forma:

- Em DUAS VIAS ORIGINAIS –
- UMA PARA O DEPARTAMENTO PESSOAL DO ÓRGÃO E, OUTRA PARA O ATENDIMENTO MÉDICO;
- QUATRO CÓPIAS DA ORIGINAL (fotocópia em "xerox"), sendo: UMA para GSP - Gerencia de Saúde e Prevenção,
- UMA para o CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (SUS), UMA para o Servidor (a),
- UMA para O SESMT do Órgão.

9. RELATÓRIO ANUAL

O Relatório Anual do PCMSO deve ser elaborado ao fim de 12 meses de vigência do mesmo, devendo ser definida data no Cronograma de Ações para sua apresentação e discussão junto à direção do Órgão e com a participação da CIPA.

Consta do Relatório as atividades realizadas para educação e treinamento dos servidores visando à prevenção da doença de natureza ocupacional e ainda:

- Perfil dos servidores avaliados;
- Quantitativo de servidores acidentados no trabalho ou acometidos por doença ocupacional, com e sem afastamento, com diagnóstico e identificação por setor.

10. REGISTRO E ARQUIVO DE INFORMAÇÕES

Os Atestados de Saúde Ocupacional – ASO devem ficar à disposição da fiscalização do trabalho, arquivado no local de trabalho do servidor

O Relatório Anual do PCSO, assim que elaborado, também deve ficar à disposição da fiscalização, arquivado no Órgão.

Todos os dados obtidos nos Exames Médicos Ocupacionais, tais como resultados das avaliações clínicas e dos exames complementares, as conclusões e as condutas médicas, devem ser registrados de forma legível em prontuário individual do servidor, o qual ficará sob responsabilidade do Médico Coordenador, devendo permanecer guardado por período mínimo de 20(vinte) anos após o desligamento do servidor do órgão.

INFORMAÇÕES OBTIDAS NO INQUÉRITO PRELIMINAR DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO	
Posto de Trabalho: Departamento X	
Função: Gerente Y	
RISCOS OCUPACIONAIS RECONHECIDOS	
ERGONÔMICO	• EXEMPLO: • Acuidade Visual Prolongada; • Movimentos de Repetição (Digitação e Mouse).
ACIDENTE	NA
FÍSICO	NA
QUÍMICO	NA
BIOLÓGICO	NA
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS PRODUTIVOS	
Exercem a gerência dos serviços administrativos, das operações financeiras, incluindo-se as do setor bancário. Planejam, dirigem e controlam os recursos e as atividades do Órgão ou Entidade, com o objetivo deminimizar impacto financeiro.	

- NA – Risco Ocupacional não aplicável para a função.

- Informamos que os riscos são inerentes à função dos trabalhadores, como medida de segurança recomenda-se que os mesmos façam uso de EPI's, de forma adequada e correta através de treinamentos específicos.

MEDIDAS DE CONTROLE MÉDICO EM SAÚDE OCUPACIONAL		
Exame Médico Periódico anual; Orientar o trabalhador quanto à diversificação da função para evitar o desconforto.		EXAMES COMPLEMENTARES
Departamento Financeiro	EXEMPLO: Gerente Financeiro	EXEMPLO: Exames complementares a critério do médico examinador
Departamento de Obras	EXEMPLO: Técnico	EXEMPLO: Exame complementar ⇒ Audiometria

EXAME	PERIODICIDADE				
	Admissional	Seis meses após a Admissão	Semestralmente	Anual	Demissional
ASO – Atestado de Saúde Ocupacional	X	_ _ _ _	_ _ _ _	X	X
Audiometria	X	X	_ _ _ _	X	X

OBS QUANDO NECESSÁRIO: Informamos que não foram ultrapassados os limites de tolerância feitos em dosimetria de ruído durante jornada de trabalho (expressa na NR 15) para todas as funções, da xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx acreditamos ser interessante à realização de audiometria de controle para alguns cargos em decorrência de picos de ruídos contínuos que podem por alguns instantes ultrapassar os limites de tolerância naquele momento, mas não na jornada de trabalho como um todo. Essa audiometria de controle funciona para análise da sanidade auditiva do servidor por parte do Serviço de Medicina Ocupacional, e não para monitoramento e controle de perda auditiva induzida por ruído ocupacional – PAIRO, uma vez que como já referido a dosimetria de ruído não ultrapassou os limites de tolerância.

PCMSO - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO E SAÚDE OCUPACIONAL													
CRONOGRAMA	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12	**STATUS**
Atividade: Exames Médicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
⇒ Manter os exames médicos atualizados, cumprindo a tabela de periodicidade.	❖ Processo realizado no decorrer do ano												
Atividade: Palestra sobre Tabagismo		X				X		X		X		X	
Atividade: Primeiros Socorros		X		X		X		X		X		X	
⇒ Todo Órgão deverá estar equipado com material necessário à prestação de primeiros socorros, considerando – se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado, e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. Conforme item 7.5 da													

Norma Regulamentadora 07.
TREINAMENTOS
Abordagem:
⇒ Primeiros Socorros

7.9.5.3 Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT.

1. Objetivo:

Este laudo objetiva avaliar as atividades exercidas pelo trabalhador no exercício de suas funções e/ou atividades, determinando se o mesmo esteve exposto a agentes nocivos, com potencialidade de causar danos à saúde ou a sua integridade física, em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação vigente. A caracterização da exposição foi realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos na legislação trabalhista vigente (Normas Regulamentadoras – NR, da Portaria n. 3.214/78, do Ministério do Trabalho e Emprego), tendo sido realizada inspeção nos locais de trabalho do empregado e considerados os dados constantes nos diversos documentos apresentados pela empresa. Deve manter-se atualizado, anualmente ou nos casos de alteração do ambiente de trabalho ou da exposição de agentes nocivos ao trabalhador.

2. Identificação do local periciado:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é o do setor Y

3. Descrição do ambiente de trabalho:

O ambiente de trabalho onde o Auxiliar X desenvolve suas atividades é Situado no segundo andar com acesso através de escada em granito com fita antiderrapante e corrimão e viga

em alvenaria com altura irregular não sinalizada. Piso em cerâmica, teto em gesso, paredes em alvenaria rebocadas e pintadas, ventilação e iluminação natural e artificial

4. Descrição das atividades do trabalhador:

Os trabalhos de Auxiliar X consistem em Executar atividades de cortes de fragmentos, descrição de peças cirúrgicas e biópsias dos pacientes, manusear reagentes químicos e fazer necropsias de fetos.

5. Análise Qualitativa e possíveis riscos ocupacionais:

5.1 FÍSICOS:

5.2 QUÍMICOS: Álcool absoluto, Formol (10%).

5.3 BIOLÓGICOS: Microorganismos

5.4 ERGONÔMICOS: Postural.

5.5 DE ACIDENTES: Cortes e Ferimentos, Quedas e Fraturas.

6. Tempo de exposição aos riscos:

Exposição aos riscos Químicos, Biológicos, Ergonômicos e de Acidentes de modo permanente.

7. Equipamentos de proteção individual:

7.1 A empresa fornece:

- Luva de Látex (CA 14480)
- Máscara Descartável (CA 10814)
- Óculos de Segurança (CA 10377)
- Protetor Facial (CA 15019)
- Touca Descarpak
- Avental Impermeável (CA 13944)

8 . Equipamentos de proteção coletiva:

Não há EPCs.

9 . Metodologia de Avaliação Ambiental:

9.1.Avaliação quantitativa realizada no local de trabalho.

9.2.MEDIÇÕES RUIDO POSTO I: 56.6 dB

9.3.POSTO II: 80.4 Db

9.4.LUMINOSIDADE POSTO I: 524 LUX

9.5.POSTO II: 1542 LUX

10. Métodos, Técnicas, Instrumentos e Aparelhos utilizados:

Os instrumentos utilizados para a avaliação quantitativa foram: luxímetro digital, modelo: LD 200, decibelímetro digital, com data de última verificação em 02/11/07.

11. Conclusão:

De acordo com a Norma Regulamentadora n 15 e seus anexos, da Portaria 3.214/78 e Lei 6.514/77 as atividades são consideradas insalubres quando o trabalhador estiver exposto aos agentes nocivos à saúde e a integridade física de modo habitual e permanente. Como podemos observar a atividade de Auxiliar X está exposto aos riscos físicos, químicos ou biológicos, de modo habitual e permanente caracterizando os fatores que justificam ao adicional de INSALUBRIDADE. Ficando assim com o direito de receber o adicional de INSALUBRIDADE, Na proporção de 20% sobre o salário mínimo vigente.

Diante da inspeção realizada no local de trabalho, verificou-se que de acordo com a NR-16, anexo 2, da Portaria no. 3.214/78, o Auxiliar X não fica exposto ao risco de explosão, não caracterizando assim os fatores que justificam o adicional de PERICULOSIDADE.

De acordo com a convenção coletiva firmada entre o Sindicato dos laboratórios e Bancos de Sangue do Estado de Goiás – SINDILABS, e o Sindicato dos Trabalhadores em Serviços de Saúde da Rede Privada do Município de GOIÂNIA e Cidades Circunvizinhas – Sindicato dos Trabalhadores da Saúde, a atividade de Auxiliar X caracteriza os fatores que justificam o adicional de INSALUBRIDADE, na proporção de 20 % sobre o salário mínimo vigente.

Obs.: Acompanhou realização da perícia –

Data da realização da perícia XX/XX/XXXX

7.9.5.4 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA e demais planos relacionados a segurança do trabalhador

1. OBJETIVOS

A norma Regulamentadora – NR-9 estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação do programa de prevenção de riscos ambientais que tem como objetivo à preservação da saúde e da integridade física dos trabalhadores, fornecendo parâmetros legais e técnicos, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recurso naturais, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequentemente o controle da ocorrência dos Riscos Ocupacionais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho.

O Programa não se resume apenas em atender as exigências da Legislação, como também visa apresentar sugestões e recomendações técnicas adequadas à sua realidade, tornando o ambiente laboral mais saudável, prevenindo os acidentes do trabalho e as doenças profissionais ocupacionais, evitando perdas, gerando bem estar e influindo positivamente na melhoria da qualidade e da produtividade.

Para tanto, deverá ser colocado em prática um Programa de Segurança e Saúde que obedecerá asNormas de Segurança, atendendo as NRs e a legislação especifica do Estado de Goiás. Definindo atribuições, responsabilidades e autoridade ao pessoal que administra, desempenha e verifica atividades que influem na Segurança e que intervêm no proces produtivo; determinar as medidas de proteção e prevenção; definir as medidas de proteção a implementar em função do risco; fazer a previsão dos riscos que derivam do processo de execução dos serviços.

O PPRA é documento fundamental para elaboração do PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, previsto na NR -7.

2 . ASPECTOS GERAIS

O Hospital, objetivando a manutenção das condições de Segurança no Trabalho a que estão sujeitos seus funcionários e tendo como base à análise de todos os setores, quantificando, registrando e determinando um cronograma de correção, específico por riscos ou agentes

detectados, vem apresentar o seu PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS, nos termos previstos na Portaria n 3214 de 08 de junho de 1978 – (NR-9).

O Programa é de fundamental importância, considerando a preocupação do Órgão no controle eeliminação dos riscos oriundos das atividades laborais relacionadas com o objetivo de sua atividade principal.

Fica como responsabilidade do órgão a fornecer todos os meios e recursos para que todas as atividades sejam executadas com o máximo de segurança.

Cabendo ao corpo gerencial proporcionar aos servidores a locação de meios e recursos necessários para este fim, informando aos trabalhadores os riscos existentes em seu ambiente de trabalho, os métodos de controle e prevenção dos mesmos, exigir o cumprimento das metas estabelecidas neste programa, e assegurar a liberdade individual do servidor para interromper a atividade caso ocorra indícios de risco grave e eminente.

E fica a cargo do servidor seguir as orientações recebidas nos treinamentos propostos por este, informando ao seu superior de imediato a ocorrência que ao seu julgamento e experiência implique emrisco a sua saúde e/ou de companheiros, colaborar e participar da implantação e execução do PPRA.

O programa, depois de seu primeiro ciclo, será reavaliado **bi anualmente** ou a intervalo menor, se necessário, sendo suas diretrizes corrigidas de acordo com a necessidade de melhoria das condições de trabalho.

O PPRA estará disponível para as autoridades competentes, trabalhadores interessados ou seus representantes

3. RESPONSABILIDADES

3.1.Do Empregador:

- Estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA.
- Oferecer um ambiente de trabalho que garantam perfeita segurança e conforto aos que nela trabalham.
- Somente permitir que profissional qualificado possa instalar, operar, inspecionar ou reparar instalações elétricas, máquinas/equipamentos e transporte de cargas.

- Fornecimento gratuito de EPI's do tipo adequado à atividade do servidor e que tenha certificado de aprovação (C. A), quando as medidas coletivas não fornecerem proteção.
- Treinar o trabalhador sobre o uso do EPI e tornar seu uso obrigatório. Cumprir as normas de segurança e medicina do trabalho.
- Facilitar o exercício da fiscalização pela autoridade competente, acompanhados de representantes dos servidores.
- Informar aos trabalhadores os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho e os meios para prevenir.

3.2.Diretoria e Gerência de Pessoal:

- Zelar pelo cumprimento do PPRA
- Arquivar os registros de dados relativos ao PPRA por um período mínimo de 20 anos Disponibilizar o registro de dados aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para autoridades competentes.

3.3.Colaborador

- Colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;
- Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;
- Informar ao seu superior hierárquico direto, ocorrências que possam implicar riscos à saúde dos Trabalhadores.
- Colaborar com o órgão na aplicação das ordens de serviço expedidas pelo empregador;
- Zelar pelo EPI fornecido pelo órgão e usá-lo apenas para a finalidade a que se destina e comunicar qualquer alteração que o torne impróprio para uso;
- Submeter-se aos exames médicos previstos nas normas regulamentadora

4 ANALISE DOS RISCOS

É Análise das condições de trabalho por seção ou setor, visando identificar os riscos (físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes) potenciais e sugerir medidas de proteção para sua redução ou eliminação.

4.1.Riscos Físicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes físicos: temperaturas extremas, umidade, ruído, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, pressões anormais, infra-som e ultra-som.

4.2.Riscos Químicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes químicos: substâncias e/ou compostos ou produtos químicos em geral que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias, tais como poeiras, nevoas, fumos, neblinas, gases e vapores.

4.3.Riscos Biológicos

São as diversas formas as quais possam estar expostos os trabalhadores aos agentes biológicos: bactérias, fungos, bacilos parasitas, protozoários, vírus, entre outros microorganismos.

4.4.Riscos Ergonômicos

São os riscos ligados a execução e a organização de todos os tipos de tarefas desempenhadas pelo homem.

4.5.Riscos de acidentes

São situações que fogem do controle dos membros do órgão, mas que podem ter seus efeitos minimizados mediante atitudes previstas, indicadas e divulgadas por este programa, como acidente com eletricidade, manuseio de Ferramentas e Equipamentos, escorregão e outros.

4.6.Avaliação quantitativa

Dimensionar a exposição dos trabalhadores a riscos mensuráveis. É feita pelos equipamentos

- DECIBELÍMETRO: Equipamento utilizado para coleta instantânea de ruídos, não servindo de base confiável, uma vez que não emite material impresso, podendo desta forma ter seus dados alterados.

- AUDIODOSÍMETRO: Equipamento utilizado para execução de Laudo de Ruído, emitindo laudo impresso do período avaliado, configurando assim instrumento confiável para acompanhamento da jornada de trabalho. Conforme observado na NR-15, anexo n 1 e n° 2.

- LUXÍMETRO: Equipamento utilizado para verificação da luminância nos ambient observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15, anexo.

- TERMÔMETRO DE GLOBO: Equipamento utilizado para verificação de temperatura nos ambiente desejados, observando os limites estipulados de conforto lumínico conforme observados na NR-15.

SIGLAS:

PPRA – Programa de Prevenção de riscos Ambientais.

PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho SESMT – Serviço Especializado Segurança Medicina do Trabalho CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

CIPATR – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

PPP – Perfil Profissiográfico previdenciário LTCAT – Laudo Técnico de condições Ambientais CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica.

dB (A) – Unidade de Ruído, Nível de Pressão Sonora.

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual. EPC's – Equipamentos de Proteção Coletiva. LER – Lesões por Esforços Repetitivos.

DORT – Doenças Osteomuscular Relacionada ao Trabalho.

LUX – Unidade de Iluminamento.

IML – Índice Médio de Iluminamento.

MTB – Ministério do Trabalho.

DRT – Delegacia Regional do Trabalho INMETRO – Instituto Nacional de Metrologia. NBR – Norma Brasileira Registrada.

NR – Normas Regulamentadoras

NRR – Normas Regulamentadoras Rurais.

SEPATR – Serviço Especializado de Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

CAMPAT – Campanha Nacional de prevenção de Acidentes do Trabalho Rural.

ORIENTAÇÕES GERAIS (CONSIDERAÇÕES SOBRE MEDIDAS DE CONTROLE)

4.7.Ações a serem Desenvolvidas de forma permanente:

4.7.1.Campanhas Educativas

É uma das melhores formas de promover a saúde e segurança nos ambiente de trabalho. Com a realização de treinamentos, palestras, inspeções no ambiente de trabalho, fixação de cartazes e placas com frases educativas e motivadoras a prática prevencionista.

4.7.2. Treinamentos

Todos os trabalhadores do órgão deverão receber um treinamento admissional e periódico, objetivando a garantia de sua integridade física. Os treinamentos deverão ser realizados no horário de trabalho e devem preencher, no mínimo, os seguintes quesitos:

- Forma correta de executar os serviços;
- Riscos inerentes a sua atividade nos ambientes do órgão;
- Forma correta de utilização do EPI;
- Orientações sobre normas de procedimentos de segurança no órgão;

Obs.: Colher assinatura do servidor, dando ciente sobre as orientações recebidas.

4.7.3. Palestras Educativas

- Têm como objetivo despertar e promover a motivação para segurança e a saúde do trabalhador no ambiente de trabalho. Segue sugestões de temas a ser abordado:
- Técnicas de prevenção e combate a incêndios; A importância do uso de EPI's;
- Segurança e Saúde no Trabalho;
- Alcoolismo, tabagismo, DST/AIDS e outros temas relevantes.

4.7.4. Controle e Avaliação dos Resultados

O PPRA deverá ser analisado pelo responsável que o órgão indicou, deverão ser observada nesta análise, se as recomendações apresentadas neste documento, estão sendo obedecidas e se os resultados obtidos são os desejados.

4.7.5.Mapa de Risco

Deve reunir as informações necessárias para estabelecer o diagnostico da situação de segurança e saúde do trabalho no órgão, isso também possibilita, durante a sua elaboração, a troca e divulgação de informações entre os trabalhadores, bem como estimular sua participação nas atividades de prevenção. Esse trabalho deve ser desenvolvido pelos componentes da CIPA com o apoio do SESMT.

4.7.6. Ordem de serviço

É necessário implementar as ordens de serviços sobre Segurança e Medicina do Trabalho, conscientizando os servidores das obrigações e proibições que os mesmos devam conhec e cumprir e que são passiveis de punição pelo seu descumprimento, conforme NR-1

O Órgão deve ter uma Ordem de Serviços Geral fixada no mural e uma ordem de serviço por função com uma copia arquivada e outra entregue a cada servidor.

4.7.7.Em caso de acidente

Em casos de ocorrência de acidente de baixa gravidade, a vítima deverá ser encaminhada para o local adequado, onde possa ser atendido por profissional apto.

Em caso de acidente fatal, comunicar de imediato às autoridades competentes, ao SESMT do local e a Gerência de Saúde e Prevenção. Isolar os locais diretamente relacionados ao

acidente, mantendo suas características até sua liberação pela autoridade policial competente.

4.7.8.Reunião ordinária da CIPA ou designada

Para discussão e análise de todos os acidentes com afastamento superior a 15 dias ou fatais, como as medidas de prevenção de acidentes.

4.7.9. Fichas de controle de EPI

Cabe ao empregador, manter uma ficha de fornecimento de EPI para cada servidor. Esta ficha é um documento legal e comprovante do órgão pelo fornecimento dos EPI's aos trabalhadores, portanto, qualquer servidor que seja transferido para outro estabelecimento ou obra, deve ser acompanhado pôr esta ficha. Caso o servidor seja dispensado ou peça demissão, é importante que esta ficha fique arquivada na sua pasta de documentos. Na ficha deve conter: nome do servidor, função, EPI fornecido, data da retirada, data da entrega, assinatura do servidor e assinatura do responsável pela entrega.

4.7.10. Utilização do EPI – Equipamento de Proteção individual

Quando as medidas coletivas não forem suficientes ou não estiverem implantadas, recorre-se ao uso da proteção individual - EPI.

Para correta utilização do EPI, deverá ser adotado os seguintes procedimentos:

- Seleção Técnica do EPI;
- Adequação aos riscos e as atividades exercidas pelos trabalhadores;
- Verificação do conforto oferecido através de avaliação feita pelos trabalhadores;
- Validade do CA e N de identificação;
- Especificação Técnica do Fabricante;
- Registro de entrega;
- Reposição conforme uso com devolução;
- Treinamento sobre a correta utilização;

- Limitações de proteção que o EPI oferece;
- Estabelecimento de Normas ou procedimentos quanto ao fornecimento, uso, guarda, higienização, conservação, manutenção e reposição, visando manter a proteção originalmente estabelecida.

4.7.11.Estojo de primeiros Socorros

O órgão deverá estar equipado de estojo de primeiros socorros e quando possível ter profissional treinado.

Obs.: O empregador deverá garantir que a ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providência.

As orientações aos servidores deverão ser feitas por documentos escritos e assinados pelo servidor ou através de sinalizações fixadas em locais próprios.

4.7.12. Risco Ambiental

A existência ou não de riscos ambientais em níveis ou concentrações que prejudiquem a saúde ou a integridade física do trabalhador, será comprovada mediante a apresentação dos relatórios: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção (PCMT), Programa de Controle Médico de saúde Ocupacional (PCMSO), LTCAT, e PPP.

- PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional)

É obrigatoriedade por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como servidores, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

De conformidade com a Norma Regulamentadora NR-7, é obrigação de todo Órgão a elaboração e Implementação do PCMSO.

- PPP (Perfil Profissiográfico Previdenciário)

O PPP é um documento histórico-laboral individual do trabalhador foi instituído através do Anexo XV da instrução Normativa do INSS n. 078/02. Será exigido dos Órgãos que possuem

trabalhadores expostos a agentes nocivos prejudiciais à saúde e que são candidatos à aposentadoria especial concebida após 15, 20 ou 25 anos de trabalho.

- LTCAT

É um laudo técnico de condições Ambientais do Trabalho que deve ser expedido por engenheiro de segurança do trabalho e médico do trabalho. É um documento que retrata as condições do ambiente de trabalho de acordo com as avaliações dos riscos, concluindo sobre a caracterização da atividade como especial. É um dos documentos que integram as ações do PPRA exigido pela legislação previdenciária.

Consistem na aplicação de técnicas de amostragens para a realização de avaliações quantitativas de agentes físicos e químicos presentes no ambiente de trabalho através de medições das concentrações dos contaminantes (substâncias e compostos químicos) ou das intensidades dos agentes físicos (ruído, vibrações, calor, etc) e posterior comparação com os respectivos limites de tolerância da NR 15 (L.T) ou ACGIH (American Conference of Governamental Industrial Hygienists).

O LTCAT é à base de informações para emissão do PPP quando o trabalhador está exposto a agentes nocivos.

<<Nome do Órgão>>			**Antecipação e Reconhecimento de Riscos Ambientais**			**Data:**	**Planilha nº 01**
Setor:			Ramo de Atividade:			**Grau de risco:**	
Descrição física:			N. de servidores do setor:			Turno de Trabalho:	**Jornada de trabalho**
			Masculino:	Feminino:	Menor:		
Nº de servidores nafunção:			**Descrição das atividades da função:**				
Função	Risco Ambiental	Agentes	Fonte Geradora	Frequência de exposição	Tipos de Exposição	Possíveis Danos à Saúde	**Proposta e ou Medidas de Controle já Existente**
	Físico						
	Químico						
	Biológico						
	Ergonômico						
	Acidente						

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

7.10.1 Proposta de Constituição

7.10.1.1 DA FINALIDADE

O SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

7.10.1.2 MEMBROS

O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

7.10.2 Proposta De Regimento Interno

CAPITULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art 1º. A norma regulamentadora foi originalmente editada pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, com o título "SERVIÇO ESPECIALIZADO EM SEGURANÇA E MEDICINA D TRABALHO – SSMT", regulamentando o artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme redação dada pela Lei n.º 6.514, de 22 de dezembro de 1977, que alterou o Capítulo V (Da Segurança e da Medicina do Trabalho) do Título II da CLT.

Caracterizada como Norma Geral pela Portaria SIT nº 787, de 28 de novembro de 2018, a NR-4 estabelece a obrigatoriedade de contratação de profissionais da área de segurança e saúde do trabalho de acordo com o número de empregados e a natureza do risco da atividade econômica da empresa. Os profissionais integrantes do SESMT são os responsáveis pela elaboração, planejamento e aplicação dos conhecimentos de engenharia de segurança e medicina do trabalho nos ambientes laborais, visando garantir a integridade física e a saúde dos trabalhadores.

As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983)

CAPITULO II

FINALIDADE

Art. 2º - o SESMT – com finalidade de planejar, implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho

CAPITUO III

COMPOSIÇÃO

Art. 3º O SESMT será composto e estruturado com base na legislação vigente, e seus integrantes deverão ser empregados, profissionais habilitados em seus respectivos Conselhos de Classe ou junto ao Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 4º O SESMT será composto por 01 (um) Engenheiro de Segurança do Trabalho, 01 (um) Médico do Trabalho e 03 (três) Técnicos de Segurança do Trabalho.

Parágrafo único. A equipe do SESMT deverá se dedicar aos serviços relativos à Segurança e Medicina do Trabalho, sendo que os Técnicos de Segurança do Trabalho, em tempo integral, e o Médico e o Engenheiro do Trabalho, em tempo parcial, de no mínimo 3 (três) horas diárias.

Art. 5º A equipe do SESMT terá lotação na sede do HOSPITAL, com atuação no âmbito territorial de todo o consórcio, atuando nos Programas de Segurança e Saúde Ocupacional e também executando a avaliação dos adicionais de riscos ocupacionais.

CAPITULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º Todos os profissionais que compõem a equipe do SESMT terão atribuições:

I. Aplicar conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e as todas os seus componentes, inclusive maquinas 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 eliminação do risco e se este persistir memo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de equipamentos de proteção individual –SPI de acordo com o que determina a norma regulamentadora nº6, do Ministério de trabalho e emprego – MTE, e ou alterações posterior desde que a concentração a intensidade ou característica do agente assim exija;

III. participar nas alterações de processos de trabalho e em projetos de modificação e implantação de instalações físicas e tecnológicas do HOSPITAL;

IV. responsabilizar-se, tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério de Trabalho e Emprego - MTEM - e legislação vigente, aplicáveis às atividades executadas pelo consórcio;

V. manter permanente relacionamento com a Comissão de Prevenção de Acidentes do Município, valendo-se de suas observações, além de apoiá la, treiná-la e atendê-la em suas necessidades;

VI. - promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos servidores e gestores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

VII. analisar e registrar em documentos específicos todos os acidentes ocorridos e todos os casos de doença

VIII. condições de acesso aos registros, respeitando o sigilo do prontuário do servidor;

IX. participar de eventos como reuniões, seminários e congressos, apresentando e assistindo trabalhos com dados estatísticos, problemas e suas soluções, adquirindo e transmitindo conhecimento técnico na área de medicina e segurança do trabalho;

Parágrafo único. As atividades dos profissionais integrantes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente de prevenção, entretanto, não é vedada a participação em planos de contingências e o atendimento de emergência, quando se tornar necessário.

Art. 7º Cada integrante do SESMT será responsável por atividades em suas áreas técnicas de competência.

Art. 8º A equipe do SESMT dentro de suas atribuições elaborará seu plano de trabalho com base no planejamento macro de atação apresentado a seguir:

I -executar planejamento e cronograma das ações a serem desenvolvidas;

II - elaborar o cronograma das reuniões do SESMT;

III - executar e atualizar anualmente o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;

IV - executar e atualizar anualmente. o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO;

V - executar inspeções e perícias ocupacionais com emissão de laudos para compor o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP - dos servidores de acordo com regimento interno.

CAPITULO V

COMPETÊNCIAS

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)

a) 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

b) 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;

c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente, pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) 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;

f) 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;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) 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 ocupaciona 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);

i) 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)

j) 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 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.

CAPITULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º – As disposições da NR 04 deverão ser utilizadas complementarmente aos dispositivos do presente Regimento.

Art.10º – Data-se e publique-se as informações contidas no respectivo regimento.

7.10.3 Cronograma Anual De Atividade

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual, sobre implantar e gerenciar programas de ações preventivas nos serviços de Segurança e Medicina do trabalho	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares		X		X		X		X		X		X
	Elaboração de Relatórios	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos, atuação dos Programas de Segurança e Saúde Ocupacional e também executando a avaliação dos adicionais de riscos ocupacionais.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Desenvolver e reforçar os sistemas comunicação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA;		X	X	X								
	Desenvolver o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO		X	X	X								
Informação e Comunicação	Informar os colaboradores	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias			X			X			X			X

	orientação quanto ao cumprimento do disposto nas Normas Regulamentadoras do Ministério de Trabalho e Emprego - MTEM - e legislação vigente, aplicáveis às atividades executadas		X		X		X		X		X		X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades	**X**	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	promover a realização de atividades de conscientização,		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

	educação e orientação dos servidores e gestores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente												
	analisar e registrar em documentos específicos todos os acidentes ocorridos e todos os casos de doença		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**

	executar inspeções e perícias ocupacionais com emissão de laudos para compor o Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP - dos servidores de acordo com regimento interno.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X		X		X		X		X		X

7.11 Comissão de Documentação Médica e Estatística

7.11.1 Proposta de Constituição

7.11.1.1 DA FINALIDADE

1.1.Serviço de Arquivo Médica e Estatística – SAME

Há uma necessidade de guardar toda e qualquer documentação produzida e relacionada às atividades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) independente de seu conteúdo. Sendo assim, surge os arquivos que tem por finalidade a conservação e armazenamento dos documentos atestando a sua legalidade e disponibilizando para pesquisa.

Dessa forma, com a centralização desses aspectos e um único setor, o Serviço de Arquivos Médicos e Estatística – SAME torna-se a fonte relevante de informação para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

O SAME é um serviço imprescindível para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . Permitindo que todo e qualquer profissional obtenha a informação que deseja dando-lhe total eficiência e atendendo com responsabilidade os pacientes que recorrem ao mesmo. Esse serviço se relaciona com os demais serviços técnicos e administrativos da unidade de saúde e colabora com os mesmos no aprimoramento de assistência prestada ao paciente.

1.2.O Prontuário Médico

O prontuário médico é formado por um conjunto de documentos que são organizados em forma de dossiê e sua finalidade é registrar informações referentes a todo processo de atendimento ao paciente nas instituições de saúde e também instrumento de pesquisa em diversas áreas do conhecimento.

Este documento serve como meio de comunicação entre vários setores das instituições de saúde e entre diferentes atores envolvidos, compondo um repositório rico de informações que vai do diagnóstico e tratamento das enfermidades até as diversas patologias, seu histórico, desenvolvimento, prescrição entre outros.

7.11.1.2 Membros

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

8.5.13.COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares. As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

8.5.1.4.FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês (na 2ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (10 ás 11hs).

8.5.1.5.ATAS DE REUNIÕES

As Reuniões de Comissão de Revisão de Prontuário Médico serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Revisão de Prontuário Médico, os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

7.11.2 Apresentação de dados quanto ao volume assistencial.

Elaboração e Organização dos Prontuários Médicos

Os prontuários são fundamentais para as unidades de saúde porque são documentos em que se encontram registradas as informações sobre os pacientes, são também fontes primárias de informações para a assistência à saúde, ensino, pesquisa e elaboração de políticas de saúde, como também para avaliação da qualidade da assistência médica. O prontuário é consultado pelos diversos profissionais que direta ou indiretamente estão envolvidos com o paciente. A consulta tanto vale para análise da evolução da doença como para fins estatísticos. As funções dos prontuários são de extrema importância para o desenvolvimento das atividades. Ao compreender a importância do mesmo e sua participação na construção do saber no campo da saúde, os prontuários tornam-se fontes ricas em informações, proporcionando aos usuários um *locus* cheio do saber especializado.

2.Avaliação de Documentos dos Prontuários Médicos

Avaliar é uma etapa fundamental na gestão de documentos. É neste momento em que se define a eliminação ou guarda temporária ou permanente de documentos em um arquivo, sendo que os mesmos poderão ser eliminados ou destinados a guarda permanente.

3.Prontuários Médicos Eletrônicos

Muitos são os benefícios que podemos tirar dos prontuários eletrônicos, podemos destacar: acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais; acesso a conhecimento cientifico atualizado com consequência melhoria do processo de tomada de decisão; melhoria de efetividade do cuidado, o que por certo contribuiria para a obtenção de melhores resultados dos tratamentos realizados e atendimento aos pacientes; e possível redução de custos, com otimização dos recursos.

4.Implantação e Uso do Prontuário Médico Eletrônico

Várias são as oportunidades e obstáculos para a criação do prontuário eletrônico. Este sistema vem somar e trazer soluções para a área de saúde e viabilizar a sua interação com a informação. A internet vem contribuindo para estas soluções e diminuindo as distâncias e compartilhando dados antes considerados impossíveis.

5.Estratégias de Ação

A metodologia deste trabalho no âmbito do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será realizada em duas fases que comtemplam as intervenções básicas de revitalização de um conjunto documental.

O SAME do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , deverá ser verificado por meio de uma intervenção arquivística agregado, com o tempo, gerando assim a recuperação da informação em tempo hábil. Desta forma podemos delinear estas ações frente a atividade voltada para a comissão de documentação médicos e estatísticos.

Abaixo a proposta de regimento interno para a comissão de documentação médica e estatística do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

7.11.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADES

Art.1º –A Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME) do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) é de natureza técnico-científica permanente e tem por finalidade ordenar a formulação de diretrizes para a escolha e adoção de impressos a serem utilizados na composição dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no hospital, orientar e sugerir a correta maneira de seu preenchimento e propor, a partir dos dados levantados nos atendimentos médicos registrados e nos prontuários, geração de relatórios estatísticos úteis para o conhecimento qualitativo e quantitativo do funcionamento da instituição, subsidiando também a pesquisa científica em saúde.

§ 1–A comissão terá seu funcionamento regulamentado por este regimento e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

§ 2 -A comissão é um órgão de assessoria vinculado à Superintendência, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da instituição.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art.2º – Compete à comissão:

I. Definir modelos de impressos que irão compor o prontuário médico do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;

II. Definir modelos de impressos a serem utilizados em quaisquer outras situações onde dados sobre pacientes do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) venham a ser registrados ou divulgados;

III. Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos;

IV. Orientar o correto preenchimento dos impressos e definir os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário:

a) identificação do paciente em todos os impressos;

b) anamnese;

c) exame físico;

d) exames complementares, bem como seus respectivos resultados;

e) hipóteses diagnósticas;

f) diagnóstico definitivo;

g) plano terapêutico;

h) meta terapêutica;

i) tratamento efetuado;

j) registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora;

k) outros documentos pertinentes ao atendimento.

V. Definir regras de acesso e manuseio do prontuário, para os diversos fins: assistência, ensino, pesquisa, demanda judicial e do próprio paciente ou representante legal;

VI. Recomendar normas de arquivamento/guarda abrangendo os processos de trabalho e a estrutura física necessárias;

VII. Definir quais dados, obtidos nos impressos preenchidos pelo corpo docente e assistencial do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , deverão ser utilizados como fonte de dados para geração de informações estatísticas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;

VIII. Definir quais relatórios estatísticos deverão ser gerados regularmente pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

IX. Orientar o SAME como obter os dados e como realizar os cálculos estatísticos a serem utilizados;

X. Elaborar e implantar normas para a utilização da documentação médica como fonte de dados para pesquisa científica;

XI. Examinar e emitir parecer quando da solicitação de inclusão de novos impressos ou modificação dos já adotados pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA D GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;

XII. Definir quais informações deverão conter os arquivos informatizados de pacientes do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;

XIII. Informar a obrigatoriedade dos registros com letra legível por todos os profissionais que atenderam ao paciente, bem como da assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

XIV. Normatizar o preenchimento das contra referências/resumos de altas hospitalares, conforme orientação da legislação do SUS e dos Conselhos de classe;

XV. Criar e aprovar normas que regulamentem o fluxo de prontuários da instituição;

XVI. Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica, Comissão de Revisão de Prontuários, Comissão de Ética em Pesquisa e Comissão de Educação em Saúde do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , com as quais deverão ser discutidos assuntos de sua competência;

XVII. Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art.3º – A Comissão terá composição multiprofissional, contando com onze membros titulares.

Parágrafo único –A comissão poderá contar com consultores "ad hoc", pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos.

Art. 4º – As indicações para integrar a comissão serão submetidas à aprovação da direção e se processarão da seguinte forma:

- Um médico representante da Comissão de Ética Médica;
- Um enfermeiro representante da Coordenação de Enfermagem;
- Dois representantes do Faturamento;
- Um representante da Coordenação Multiprofissional;
- Um representante do Núcleo Interno de Regulação;
- Um representante do Setor de Tecnologia da Informação;
- Um representante do Setor de Comissões Técnicas;
- Um representante do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Um representante do Planejamento;

Art.5º –Os membros da comissão terão mandatos de 2(dois) anos, a contar da publicação de portaria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , podendo ser prorrogado por igual período.

Art.6º –O presidente, o vice presidente e o secretário da comissão serão eleitos pelos seus pares, em concordância com a Superintendência, para exercerem estas funções por um período de 2(dois) anos, permitindo-se uma recondução.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art.7º –Ao presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da comissão e, especificamente:

I. Representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. Presidir as reuniões;

III. Suscitar pronunciamento da comissão quanto às questões relativas à documentação e informação médica e de dados estatísticos;

IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V. Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

Parágrafo único–Na ausência ou impedimento temporário do presidente da comissão, suas funções serão exercidas interinamente pelo vice-presidente, e em caso de ausência ou impedimento temporário de ambos, será eleito um membro pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art.8º –Aos membros incumbe:

I. Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II. Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III. Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV. Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V. Apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Art.9º–Ao secretário da comissão incumbe:

I. Assistir as reuniões;

II. Preparar e encaminhar o expediente;

III. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da Comissão;

IV. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros ou similares de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI. Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

VII. Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII. Providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único–Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

FUNCIONAMENTO

Art.10º – A Comissão reunir-se-á, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pela comissão até o mês de dezembro do exercício anterior.

§2 – A comissão instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação.

§ 3 –As deliberações da comissão serão consubstanciadas em resoluções endereçadas à Superintendência e, após aprovação, publicadas no pela direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

§ 4 – É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 5 –A depender da matéria, conforme julgamento dos membros presentes na reunião, a votação poderá ser nominal.

§ 6 As decisões da Comissão serão aprovadas por maioria absoluta dos membros presentes.

Art.11º - A rotina das reuniões da comissão será a seguinte:

I. Verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo substituto interino;
II. Verificação de presença e existência de "quorum";
III. Votação e assinatura de ata da reunião anterior;
IV. Inclusão e/ou exclusão de itens da pauta da reunião;
V. Informes da Presidência e do Núcleo de Comissões Hospitalares, quando for o caso;
VI. Apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;
VII. Organização da pauta da próxima reunião;

VIII. Encerramento da reunião.

Parágrafo único–Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a comissão por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art.12º - Em reuniões extraordinárias, o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame poderá pedir adiamento da votação.

Parágrafo Único–O prazo da votação da matéria será definido pelos membros, conforme a urgência.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.13º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, a equipe de governança do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) proporcionará a infraestrutura necessária.

Art.14º - A comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art.15º - Será dispensado o membro que deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano e não apresentar justificativa da sua ausência até o início da reunião.

Parágrafo único –No caso da saída de qualquer membro da comissão deverá haver indicaç de novo membro por meio do Setor de Comissões Hospitalares do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

Art.16º - A comissão no desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário, poderá criar subcomissões para assuntos específicos.

Art.17º - Os membros poderão requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art.18º - Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação na comissão e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional.

Art.19º - Os casos omissos serão resolvidos pela comissão, em conjunto com a direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

Art.20º - Este regimento entrará em vigor após publicação pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

7.11.4 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
		anual											
Atividade		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Apresentação trimestral de relatório, contendo itens relacionados aos dados estatísticos levantados pela comissão				X			X			X		
2	Reuniões de Planejamento e Definições de Metas	X			X			X			X		
3	Distribuição dos itens documentais para análise por parte dos integrantes da Comissão	X			X		X	X	X	X	X	X	X
4	Avaliação dos documentos e elaboração das justificativas **com base nos requisitos da comissão**				**X**				**X**			**X**	
5	Apresentação de relatórios a alta direção		X		X		X		X		X		X

7.12Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

7.12.1 Proposta de Constituição

1.1.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Ética em Pesquisa Científica envolvendo Seres Humanos, é um órgão colegiado interdisciplinar e independente, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, para defender os interesses dos sujeitos da pesquisa, em sua integridade e dignidade, e para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Seus objetivos são: salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa; contribuir para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e social da comunidade; contribuir ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Revisar todos os protocolos de pesquisa com a responsabilidade pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição. Emitir parecer consubstanciado por escrito. Manter a guarda confidencial e o arquivamento do protocolo completo, que ficará a disposição das autoridades sanitárias. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer parte, denúncias de abusos ou notificação sobre fatos adversos que possam alterar o curso normal do estudo, deliberando pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo adequar o termo de consentimento. Manter comunicação regular e permanente com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS).

1.1.1.2 MEMBROS

A comissão deverá será constituída por cinco (05) profissionais, sendo dois (02) enfermeiros efetivos e um (01) suplente da respectiva categoria, e um (01) técnico ou auxiliar de enfermagem efetivo e um (1) suplente.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros efetivos e suplentes, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.12.2 Da Proposta De Regimento Interno

CAPÍTULO I

NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - O Comitê de Ética em Pesquisa do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) (CEP) é uma instância colegiada interdisciplinar e independente, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres sobre protocolos de pesquisas, educativa e autônoma. Está vinculada o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e tem como objetivo avaliar e emitir parecer sobre pesquisas envolvendo seres humanos no âmbito do hospital e de outras instituições que não possuam Comitê de Ética, de acordo com indicação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), preservando os aspectos éticos, primariamente em defesa da integridade e dignidade dos sujeitos da pesquisa, individual ou coletivamente consideradas, levando-se em conta o pluralismo moral da sociedade brasileira e obedecendo rigorosamente as Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução Conselho Nacional de Saúde n 196, de 10 de outubro de 1996, e complementares.

Parágrafo único - Não serão permitidas pesquisas científicas no âmbito do hospital sem prévia avaliação e aprovação do CEP.

Art. 2º - O CEP está subordinado administrativamente a Seção de Ensino e Pesquisa do hospital (SEP) e a Diretoria Geral da Instituição.

Art. 3º - A escolha dos membros do CEP deverá estar em conformidade com a Res. CNS n 196/96, com anuência da chefia do SEP e da Diretoria Geral do hospital.

Art. 4º - Os membros do CEP deverão ter total independência na tomada de decisões no exercício de suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas. Desse modo, não podem sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados nas pesquisas, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não se submeterem a conflitos de interesses.

Parágrafo único - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá isentar-se de tomada de decisão.

CAPÍTULO II

ORGANIZAÇÃO

Art. 5º - A organização e criação do CEP, assim como o provimento de condições adequadas para o seu funcionamento, são de competência da Seção de Ensino e Pesquisa e da Diretoria Geral da Instituição, respeitando as normas da Res. CNS n 196/96.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6º - O Comitê de Ética em Pesquisa do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) terá composição multiprofissional e transdiciplinar, com pessoas de ambos os sexos, com número não inferior a sete membros, de reputação ilibada, idoneidade moral e de notória competência no ramo de suas atividades, devendo incluir a participação de profissionais da área da saúde, das ciências exatas, sociais e humanas e pelo menos um representante dos usuários da Instituição.

§1 A sua composição deverá estar em conformidade com a Res. CNS196/96.

§2 Podem ser convidadas pessoas de fora da Unidade, com perfil que contribua para o alcance do caráter multidisciplinar e bom funcionamento do CEP.

§3 Membros ad hoc poderão ser nomeados, sempre que necessário, para avaliação de projetos específicos, sendo necessário que estes tenham reputação ilibada, idoneidade moral e notória competência nos ramos das suas atividades.

Art. 7º - Os membros serão escolhidos através de indicação feita pelos componentes do Comitê, Chefia do Setor de Ensino e Pesquisa ou Direção da Instituição, com posterior avaliação e aprovação do CEP, devendo estar registrada em ATA.

Parágrafo único - A participação dos membros deverá ser voluntária.

Art. 8º - O mandato dos membros do Comitê será de três anos, sendo permitida a recondução.

Art. 9º - O CEP terá um coordenador escolhido pelos seus membros através de votação registrada em ATA, devendo ser o mesmo um profissional com idoneidade reconhecida, membro do CEP, com experiência na área de pesquisa.

§1 O mandato do Coordenador será de um ano, sendo permitida sua recondução.

§2 O Coordenador será o intermediário direto entre Seção de Ensino e Pesquisa e Direção Geral do hospital, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde.

Art. 10º - Os membros do CEP não poderão ser remunerados no desempenho de suas funções, podendo receber ressarcimento de despesas efetuadas com transporte, hospedagem e alimentação quando se fizer necessário.

§1 Os membros do CEP terão direito a serem dispensados das atividades as quais prestam serviços na Instituição nos horários de trabalho do Comitê, já previamente autorizado pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

§2 Os membros do CEP terão direito a uma folga mensal, não cumulativa, já previamente autorizada pela Diretoria Administrativa e Diretoria Geral da Instituição.

Art. 11 - Um membro do Comitê poderá ser afastado pela Coordenação do CEP nas seguintes situações:

I. Faltar a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas anualmente sem justificativa adequada.
II. Deixar de cumprir as tarefas e obrigações delegadas pelo Comitê sem justificativa adequada.
III. Incorrer em falta ética grave.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS DO COMITÊ

Art.12 - Ao 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.

CAPÍTULO V

DO PESQUISADOR

Art. 13 - Ao Pesquisador compete:

I. Apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP, conforme Res. CNS n 196/96, aguardando o parecer deste antes de iniciar a pesquisa;

II. Desenvolver o projeto de pesquisa conforme delineado;

III. Elaborar e apresentar ao Comitê os relatórios parciais e final da pesquisa;

IV. Elaborar e apresentar balancetes anuais e balanço quando do término da pesquisa ou sempre que solicitado pelo CEP;

V. Apresentar dados solicitados pelo CEP sempre que solicitado;

VI. Manter em arquivo, sob sua guarda, por 05 (cinco) anos, o protocolo de pesquisa e todos os demais documentos inerentes a mesma; arquivados em pastas individuais;

VII. Encaminhar os resultados para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

VIII. Justificar perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;

IX. Comunicar ao CEP todos os Eventos Adversos e eventuais modificações no protocolo bem como fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo;

X. Todo e qualquer projeto de pesquisa envolvendo seres humanos deverá obedecer às recomendações da Res. CNS 196/96 e suas complementares e dos documentos endossados em seu preâmbulo.

XI. A responsabilidade do pesquisador é indelegável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais;

XII. Cumprir rigorosamente este Regimento.

CAPÍTULO VI

DAS PESQUISAS

Art. 14- Na análise Ética referente às Pesquisas e Relatos de Casos inúmeros aspectos devem ser observados, envolvendo aspectos legais, morais e éticos.

§1 Aspectos Legais - quando da elaboração de um parecer sobre um projeto de pesquisa ou de um relato de caso deve ser sempre verificado a sua adequação às leis, normas e diretrizes vigentes. No Brasil as exigências estabelecidas pela Res. CNS 196/96 e suas complementares devem ser atendidas.

§2 Aspectos Morais - O CEP têm deveres institucionais, sociais e profissionais. Os deveres institucionais básicos são: honestidade; sinceridade; competência; aplicação; lealdade e discrição. Os deveres sociais são: veracidade, não-maleficiência e justiça. Os pesquisadores não devem fazer pesquisas que possam causar riscos não justificados às pessoas envolvidas; violar as normas do consentimento informado; converter recursos públicos em benefícios pessoais; prejudicar seriamente o meio ambiente ou cometer erros previsíveis ou evitáveis.

§3 Aspectos Éticos - nas pesquisas em saúde inúmeras situações podem ser caracterizadas como sendo geradoras de dilemas éticos. Os aspectos éticos aplicados à pesquisa em saúde podem ser abordados por quatro diferentes perspectivas:

I. Pesquisas envolvimento de seres humanos: Quando, seres humanos são utilizados em pesquisas devem ser sempre preservados os princípios bioéticos fundamentais do Respeito ao Indivíduo (autonomia), da Beneficência (incluindo a não maleficência) e da Justiça.

II. O respeito ao indivíduo pesquisado se materializa no processo de obtenção do Consentimento Informado. A criteriosa avaliação da relação risco/benefício tem como base o princípio da Beneficência. A seleção dos indivíduos a serem pesquisados, por sua vez, deve ter sempre presente o critério da justiça. Desta forma, não devem ser segregados grupos d pessoas.

III. Relação com outros pesquisadores: A relação com outros pesquisadores envolve as questões de autoria e de fraudes, que, algumas vezes, são bastante complexas de serem resolvidas. O estabelecimento da autoria dos trabalhos realizados envolve aspectos relativos à lealdade, honestidade, justiça e autonomia.

IV. Relação com a sociedade: A relação com a sociedade poderá ser abordada tanto nos aspectos relativos à proteção dos indivíduos (sujeito da pesquisa, pesquisadores e trabalhos envolvidos), à divulgação de resultados, bem como à avaliação do retorno social da pesquisa.

CAPÍTULO VII

FLUXO ADMINISTRATIVO DO PESQUISADOR

Art.15 - No ato de recebimento do protocolo somente serão aceitas solicitações completas, com documentação em português, contendo:

I. Carta do pesquisador principal submetendo o estudo ao Comitê, em duas vias, sendo que uma delas será protocolada.

II. Autorização do responsável pelo Serviço onde será realizada a pesquisa dando ciência e concordância com o desenvolvimento do projeto.

III. Folha de Rosto adequadamente preenchida, assinada e carimbada

IV. Projeto de Pesquisa em Português

V. Orçamento financeiro detalhado e remuneração do pesquisador (ou justificativa)

VI. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ou justificativa)
VII. Curriculum dos pesquisadores
VIII. Informação pré-clínica e brochura do pesquisador (pesquisas com novos fármacos, vacinas e testes diagnósticos)
IX. Documento de aprovação por Comitê de Ética no país de origem ou justificativa (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
X. Lista de Centros participantes no exterior e no Brasil (pesquisas conduzidas do exterior ou com cooperação estrangeira)
XI. No caso de estudos com indústrias farmacêuticas envolvendo seus produtos, compromisso destas Instituições no custeio das despesas hospitalares, inclusive para o caso de advento de possíveis efeitos colaterais.

CAPÍTULO VIII

DO COMITÊ

Art. 16 - Compete ao Comitê:

I. O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;
II. Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;
III. Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;
IV. O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;
V. Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;
VI. Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;
    I. O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.

Art. 17 – O Comitê utilizará, em relação às pesquisas, os seguintes modelos de tomada de decisões:

I. Aprovado: quando o documento obedecer às normas vigentes:

II. Quando necessário o protocolo deverá ser encaminhado à CONEP/MS, para apreciação, juntamente com parecer consubstanciado emitido pelo CEP;

III. Uma vez aprovado o projeto, o CEP passa a ser co- responsável ao que se refere aos aspectos éticos da pesquisa;

IV. Manter a guarda confidencial de todos os dados obtidos na execução de sua tarefa e arquivamento do protocolo completo, que ficará à disposição das autoridades sanitárias;

V. Acompanhar o desenvolvimento dos projetos através de relatórios periódicos enviados pelos pesquisadores;

VI. Receber dos sujeitos da pesquisa ou de qualquer outra parte denúncias de abusos ou alteração do curso normal do estudo, decidindo pela continuidade, modificação ou suspensão da pesquisa, devendo, se necessário, solicitar adequação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

VII. Requerer instauração de sindicância à direção da Instituição em casos de denúncias de irregularidades de natureza ética nas pesquisas. Havendo comprovação, comunicar a CONEP/MS e, no que couber, a outras instâncias.

VIII. Com pendência: quando o Comitê considera o protocolo aceitável, porém identifica determinados problemas no protocolo, no formulário do consentimento ou em ambos, e recomenda uma revisão específica ou solícita modificação ou informação relevante, que deverá ser atendida er.

IX. 60 (sessenta) dias úteis pelos pesquisadores;

X. Retirado: quando, transcorrido o prazo, o protocolo permanece pendente;

XI. Não aprovado: quando o documento não atende às normas específicas CONEP/CNS/MS;

XII. Aprovado e encaminhado: com o devido parecer, para apreciação pela Comissão

Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS), nos casos previstos no capítulo VIII, item 4.c da Resolução CNS 196/96.

CAPÍTULO IX

REUNIÕES

Art. 18 - O CEP reunir-se-á ordinariamente, mensalmente; e extraordinariamente sempre que se fizer necessário, exigindo-se a participação de mais da metade do colegiado para deliberar e/ou aprovar protocolos de pesquisa.

§1 Compete ao coordenador fazer o comunicado das reuniões;

§2 O local, data e horário da reunião deverão ser comunicados aos membros com no mínimo dois dias de antecedência;

§3 Quando necessário o coordenador poderá convocar os membros para reunião extraordinária que deverá ser comunicada com dois dias de antecedência.

Art. 19 - Qualquer membro do CEP quando diretamente envolvido em uma determinada pesquisa em análise deverá ausentar-se da reunião.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20 - Estando o CEP devidamente estruturado conforme as leis e normas vigentes da CONEP/CNS/MS, todas e quaisquer sugestões e/ou alterações quanto ao seu funcionamento e assuntos pertinentes, deverão ser devidamente encaminhadas, analisadas e votadas conforme o entendimento dos componentes da referida comissão.

Art. 21 - O presente Regimento Interno entrará em vigor após aprovação pelo voto de 2/3 dos membros do CEP.

Art. 22 - A CEPC se reunirá na segunda semana de cada mês, em sessão ordinária ou em caráter extraordinário, quando convocado pelo Coordenador ou pela maioria de seus membros.

Art. 23 - A reunião da CEPC se instalará e deliberará com a presença da maioria simples de seus membros, e será dirigida pelo seu Coordenador ou, na sua ausência, pelo seu Vice Coordenador.

Art. 24 - As reuniões se darão da seguinte forma:

I. verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;
II. verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";

III. votação e assinatura da Ata da reunião anterior;
IV. comunicações breves e franqueamento da palavra;
V. leitura e despacho do expediente;
VI. ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VII. organização da pauta da próxima reunião;
VIII. distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;
IX. encerramento da sessão.

Art. 25 - Ao Coordenador compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades d Comissão e especificamente:

I. representar a comissão em suas relações internas e externas;
II. instalar a comissão e presidir as reuniões plenárias;
III. promover a convocação das reuniões;
IV. indicar membros para estudos e emissão de pareceres necessários à compreensão da finalidade a comissão;
V. tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate.

Parágrafo Único - Na ausência do Coordenador, as atribuições serão desempenhadas pelo Vice Coordenador.

Art. 26 - Aos membros do CEPC compete:

I. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes foram atribuídas pelo presidente;
II. comparecer às reuniões, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. verificar a instrução dos procedimentos estabelecidos, a documentação e o registro dos dados gerados no decorrer do processo, o acervo de dados obtidos, os recursos humanos envolvidos, os relatórios parciais e finais do processo;
V. desempenhar funções atribuídas pelo Coordenador;
VI. apresentar proposições sobre as questões atinentes à CEPC.

Parágrafo Único - O membro da comissão deverá declarar-se impedido de emitir pareceres ou participar do processo de tomada de decisão, na análise de protocolo de pesquisa em que estiver diretamente ou indiretamente envolvido.

Art. 27 - Aos Assistentes Técnicos Científicos compete:

I. Receber os projetos da secretaria e realizar a pré- análise dos mesmos;
II. Participar, com os relatores, das discussões de projetos, em câmaras técnicas c) setoriais realizadas semanalmente;
III. Manter contato com os pesquisadores, esclarecendo e orientando o cumprimento das normas da CEPC e das pendências emitidas pelos relatores;
IV. Auxiliar os relatores no acompanhamento e monitoração dos projetos em andamento;
V. Participar das atividades de ensino da Bioética e Ética em Pesquisa e difundir os Princípios, as normas e as legislações vigentes;
VI. Apresentar relatórios anuais do funcionamento da CEPC.

Art. 28 - Aos secretários da CEPC compete:

I. assistir às reuniões;
II. encaminhar o expediente;
III. manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devem ser examinados nas reuniões do CEP;
IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
V. lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de ata e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;
VI. lavrar e assinar as atas de reuniões da CEPC;
VII. providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias;
VIII. distribuir aos membros da CEPC a pauta das reuniões.

7.12.3 Cronograma de Atividade Anual

ATIVIDADE	ANUAL

		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual												
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Desenvolver atividades de pesquisa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Elaboração de Programas de Residências e Estágios					X					X		
7	Verificação da presença do Coordenador e, na sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice Coordenador;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Verificação de presença dos membros titulares e existência de "quorum";	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Votação e assinatura da Ata da reunião anterior;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Comunicações breves e flanqueamento da palavra;												
11	Avaliar e estabelecer parcerias com instituições e órgãos de pesquisa.												
12	Leitura e despacho do expediente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Ordem do dia, incluindo leitura, discussão e votação dos pareceres;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Organização da pauta da próxima reunião;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Distribuição de projetos de pesquisa ou tarefas aos relatores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Encerramento da sessão.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	O Comitê irá receber e conferir os documentos de acordo com as normas da Resolução CNS 196/96;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Repassar o protocolo de pesquisa para os relatores para apreciação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Registrar a pesquisa em livro ata para acompanhamento;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	O prazo para emissão de parecer é de 30 dias úteis;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Desempenhar papel consultivo e educativo, fomentando a reflexão em torno da ética na ciência;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

22	Manter comunicação regular e permanente com a CONEP/MS;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	O CEP deverá encaminhar semestralmente à CONEP/MS a relação dos projetos de pesquisa analisados, aprovados e concluídos, bem como dos projetos em andamento e imediatamente os suspensos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X

7.13 Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

7.13.1 Proposta de Constituição

7.13.1.1 Finalidade

Atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbios nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

7.13.1.2 MEMBROS

A Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), deverá sercomposta por 5(cinco) membros efetivos sendo: 01 Representante da Nutrição; 01 Representante da Farmácia; 01 Representante Médico; 01 Representante da Enfermagem e 01 Representante do Serviço Social.

Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

7.13.1.3 FREQUÊNCIA DE REUNIÕES

As reuniões acontecerão a cada mês meses (na 6ª terça-feira do mês), local (sala de reunião), horário (11hs ás 12hs, de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

7.13.1.4 ATAS DE REUNIÕES

As atas das reuniões da Comissão Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN) serão realizadas nas dependências da Sala de Reuniões da Diretoria no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , mensal ou em caráter extraordinário, por convocação de seu Presidente.

Nos dias de reunião da Comissão de Equipe Multidisciplinar Terapia Nutricional (EMTN), os atos serão registrados pela secretária no momento da reunião. As atas serão lidas, corrigidas se necessário nas reuniões seguintes e serão arquivados nas dependências da sala da secretaria de Comissões no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

7.13.2 Proposta de Regimento Interno

COMISSÃO MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL

CAPÍTULO I

DA NATUREZA/OBJETIVO

Art. 1ºA Equipe Multidisciplinar de Suporte à Terapia Nutricional (EMSTN) tem por objetivo atuar na execução, inspeção e avaliação permanente em todas as etapas de boas práticas que devem ser observadas para a aplicação da Terapia Nutricional Enteral, nos distúrbi nutricionais (agudos e crônicos) associados a maior morbimortalidade, tempo de internação e ocorrência de complicações, Acompanhar,monitorar, definir critérios nutricionais de assistência a saúde.

CAPITULO II

AÇÃO DA COMISSÃO

Art. 2º a ação da comissão resultará em indicadores para avaliar e gerenciar quanto à qualidade da terapia nutricional os seguintes integrantes:

- 01 Representante da Nutrição;
- 01 Representante da Farmácia;

- 01 Representante Médico;
- 01 Representante da Enfermagem;
- 01 Representante do Serviço Social.

Art. 3º Destes integrantes será nomeado um Coordenador da comissão, que de acordo com a RDC 63 de 6 de julho de 2000, deverá ser médico e atuar em TN (terapia nutricional).

Art.4º Os membros desta comissão poderão ser substituídos em qualquer tempo, mediante justificativa escrita.

Art.5º A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

CAPITULO III

NOMEAÇÃO/ PERÍODO DE GESTÃO

Art. 6º A Comissão será nomeada pelo Diretor Técnico Médico em ata de nomeação e o período de Gestão desta será de 2 anos.

CAPITULO IV

COMPETÊNCIA

Art.7º Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;

Art.8º 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.

Art.9º 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;

Art.10º Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de estudos dirigidos, devidamente registrados;

Art.11º Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;

Art.12º Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.

CAPITULO V

DESCRIÇÃO DA AÇÃO

Art.13º A Comissão se reunirá mensalmente de acordo com cronograma anual ou de acordo com a necessidade da equipe e/ou demanda do hospital.

Art.14º As reuniões serão realizadas em caráter ordinário mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros.

Art.15º Em casos de excepcionalidade as reuniões poderão ser convocadas em caráter extraordinário por meio da solicitação ou por pedido de qualquer membro da comissão.

Art.16º. As reuniões serão realizadas com a presença da metade mais um dos membros da EMTN.

Art.17º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

CAPITULO VI

ATRIBUIÇÕES

Art.18º São atribuições do farmacêutico

I. Avaliar a formulação das prescrições médicas e dietéticas quanto à compatibilidade físico-química droga-nutriente e nutriente-nutriente;

II. Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, a NE industrializada, quando estas atribuições, por razões técnicas ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista;

III. Participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações droga-nutrientes e nutrientes-nutrientes, a partir do perfil farmacoterapêutico registrado;

IV. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores;

Art.19º São atribuições do enfermeiro

I. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal quanto à utilização e controle da TN;

II. Preparar o usuário, o material e o local para o acesso enteral; quando houver;

III. Prescrever os cuidados de enfermagem na TN, em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar;

IV. Proceder ou assegurar a colocação da sonda oro/nasogástrica ou transpilórica; assegurar a manutenção da via de administração; receber a NE e assegurar a sua conservação até a completa administração; proceder à inspeção visual da NE antes de sua administração;

V. Avaliar e assegurar a administração da NE, observando os princípios de assepsia, de acordo com as BPANE da RDC/Anvisa n. 63 de 6/7/2000 as informações contidas no rótulo, confrontando-as com a prescrição;

VI. Assegurar a infusão do volume prescrito da NE, através do controle rigoroso do gotejamento, de preferência com o uso de bomba de infusão;

VII. Detectar, registrar e comunicar à EMSTN e/ou o médico responsável pelo paciente as intercorrências de qualquer ordem técnica e/ou administrativa;

VIII. Garantir o registro claro e preciso de informações relacionadas à administração e à evolução do paciente quanto aos sinais vitais, tolerância do volume proposto, diarreia e outros que se fizerem necessários;

IX. Garantir a troca da sonda enteral, com base em procedimentos pré-estabelecidos;

X. Participar e promover atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores;

XI. Elaborar e padronizar os procedimentos de enfermagem relacionados à TN, visando à segurança do paciente;

XII. Participar do processo de seleção, padronização, licitação e aquisição de equipamentos e materiais utilizados na administração e controle da TN;

XIII. Assegurar que qualquer outra droga e/ou nutrientes prescritos sejam administrados no mesmo envase da NE, conforme procedimentos pré-estabelecidos;

XIV. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

XV. Fazer balanço hídrico do paciente em TN diariamente e informar a EMSTN;

XVI. Art. 20º São atribuições do nutricionista

XVII. Realizar a avaliação do estado nutricional do usuário, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional;

XVIII. Elaborar a prescrição dietética com bases nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica;

XIX. Acompanhar a evolução nutricional do usuário em terapia de NE, independente do dispositivo de infusão, até a alta nutricional estabelecida pela EMSTN;

XX. Adequar a prescrição em consenso com o médico, com base na evolução nutricional e tolerância digestiva apresentada pelo usuário;

XXI. Garantir o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas a evolução nutricional do usuário;

XXII. Orientar o usuário, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da NE prescrita para o período após a alta hospitalar;

XXIII. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores.

Art. 21º São atribuições do médico

I. Indicar e prescrever a TN;

II. Estabelecer a via de acesso da NE;

III. Assegurar o acesso ao trato gastrointestinal para a NE e estabelecer a melhor via;

IV. Orientar os pacientes e familiares ou o responsável legal quanto aos riscos e benefícios dos procedimentos de cateterização venosa e/ou entérica;

V. Participar do desenvolvimento técnico e científico relacionado ao procedimento; garantir o registro da evolução e dos procedimentos médicos.

Art. 22º São atribuições do Assistente Social

I. Encaminhar providências, e prestar orientação social ao usuário/grupo familiar ou responsável.

II. Orientar usuário/ familiares e responsável em relação aos recursos disponíveis para requerimento da dieta nutricional estabelecida pela EMSTN.

III. Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços junto a órgão da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

IV. Registrar evolução em sistema e prontuário, com via impressa, assinada e carimbada.

Art. 23º São atribuições do Presidente

I. Convocar e presidir as reuniões;

II. Representar a Comissão junto a Diretoria da Instituição, ou indicar seu representante;

III. Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros;

IV. Fazer cumprir o Regimento.

Art. 24º São atribuições da secretária

I. Elaborar e divulgar cronograma de reuniões da comissão;

II. Lavrar as atas de reuniões;

III. Convocar os membros da comissão para reuniões conforme cronograma pré-estabelecido;

IV. Organizar e manter o arquivo da comissão;

V. Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço da secretaria.

CAPITULO VII

INDICADORES

Art. 25º Frequência de remoção involuntária de sonda de dieta enteral:

Fórmula: N de sondas obstruídas em pacientes em TNE X 100.

Nº total de pacientes/dia em TNE

CAPITULO VIII

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art. 26º Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão em conjunto com o Diretor Técnico da Instituição.

Art. 27º Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 28º Este Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral da Instituição.

_____

Diretoria técnica da unidade

7.13.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	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

Implantação d a Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	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.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Atender as solicitações de avaliação do estado nutricional do paciente, indicando,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	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;													
	Analisar o custo e o benefício no processo de decisão que envolve a indicação, a manutenção ou a suspensão da TNE.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação da TNE visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da						X						X	

	evolução das estratégias													
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X	

7.14 Comissão de Proteção Radiológica

7.14.1 Proposta de Constituição

7.14.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.

7.14.1.2 MEMBROS

A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas (01) Médico, (Enfermeiro(a), (01) representante da Diretoria Administrativa; (01) representante da Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT; (01) representante da Supervisão da Imaginologia

7.14.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1º - A Comissão de Proteção Radiológica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será instituída / constituída pela Diretoria Geral da unidade de saúde tendo seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo.

Art. 2º - A Comissão de Proteção Radiológica, constituída por tempo indeterminado, possuirá sede na sala de Comissões Técnicas deste hospital, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3º - A Comissão de Proteção Radiológica tem por finalidade promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes, avaliando e definindo como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos. Portanto, um ponto fundamental é a implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.

CAPÍTULO III

DOS OBJETIVOS

Art. 4º - Acompanhar a execução de PPR – Plano de Proteção Radiológica desto hospital, conduzindo de forma rotineira e aplicável as seguintes atividades:

I Controle de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

II Controle de áreas;

III Controle do meio ambiente e da população;

IV Controle de rejeitos;

V Controle de equipamentos;

VI Treinamento de trabalhadores ocupacionalmente expostos;

VII Registro de dados e preparação de relatórios.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá ser formada por equipe multidisciplinar e constituída por membros representados e nomeados pelas seguintes áreas:

I Diretor Técnico;

II Coordenação de Enfermagem;

III Diretoria Administrativa;

IV Supervisão do Setor de Apoio ao Diagnóstico e Terapêutica – SADT;

V Supervisão da Imaginologia

Art. 6º - O Coordenador da Comissão Proteção Radiológica preferencialmente, deverá te. amplo conhecimento do assunto.

Art. 7º - Para realização dos trabalhos os membros serão disponibilizados de suas atividades por tempo a ser definido pela administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

CAPITULO V

DO MANDATO

Art. 8º - O mandato deverá ser de 24 (meses) meses, podendo ser permitida reconduções a critério da administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

CAPITULO VI

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - As reuniões da Comissão de Proteção Radiológica serão bimestrais, devendo a ordem do dia ser comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de 2 (dois) dias úteis.

Art. 10º - Na ausência do Coordenador, o(a) Secretário(a) nomeado deverá realizar a reunião dando andamento aos trabalhos empreendidos;

Art. 11º - Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto e prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

Art. 12º - As reuniões da Comissão serão registradas em Ata, e as ações serão encaminhadas para as Diretorias do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) para conhecimento e providências.

Art. 13º - O encaminhamento dos trabalhos nas reuniões da Comissão de Proteção Radiológica, deverá observar:

I. Verificação da presença e existência de "quorum";
II. Assinatura da ata da reunião anterior;
III. Leitura e despacho do expediente;
IV. Ordem do dia, compreendendo a leitura, discussão e votação (se houver);
V. Organização da pauta da próxima reunião.
VI. Elaboração de atas das reuniões.

Art. 14º - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 15º - As ausências em reuniões deverão ser justificadas por escrito e/ou e-mail para o Setor de Comissões Técnicas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , para apreciação junto ao coordenador, sendo que 03 (três) ausências consecutivas ou 06 (seis) intercaladas no período de 01 (um) ano, não justificadas, poderão ocasionar desligamento e substituição do membro faltoso.

CAPITULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º - Compete a Comissão de Proteção Radiológica:

I Normalizar as rotinas de exames em áreas controladas e não controladas.

II Coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação de equipamentos emissores de radiação ionizante.

III Monitorar do uso correto de EPI.

IV Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das normas e legislações vigentes.

V Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado.

Art. 17 º- São atribuições do Coordenador da Comissão:

I Convocar e presidir as reuniões;

II Representar a comissão junto à administração do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , ou indicar seu representante;

III Nas faltas e impedimentos legais do coordenador, o secretário assumirá e dará prosseguimento às atividades;

IV Fazer cumprir o Regimento.

Art. 18º - São atribuições do Secretário da Comissão:

I. Substituir e/ou representar o Coordenador em suas faltas e/ou impedimentos;

II. Auxiliar o Coordenador no desenvolvimento de suas atividades.

III. Organizar a ordem do dia;

IV. Receber e protocolar os processos e expedientes;

V. Lavrar as Atas das reuniões;

VI. Convocar os membros da Comissão para as reuniões determinadas pelo Coordenador;

VII. Organizar e manter o arquivo da comissão;

VIII. Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador relacionadas ao serviço desta Comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19º - A Comissão de Proteção Radiológica deverá manter estreita relação com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica, Comissão de Ética em Enfermagem e Comissão de Gerenciamento de Riscos deste hospital, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações realizadas.

Art. 20º - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Coordenador desta Comissão, pela Diretoria Geral/INSTITUTO CEM;

Art. 21º - O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta de seus membros, bem como à Diretoria Geral/ do hospital e Instituto CEM.

Art. 22º - O presente Regimento Interno será aprovado pelo Instituto CEM, e entra em vigor a partir da data da sua publicação.

7.14.3 Cronograma De Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	promover a adequação da utilização das técnicas de diagnóstico que emitem radiação ionizante e não ionizante, de forma a assegurar o cumprimento rigoroso das normas legais e regulamentares existentes,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	avaliar e definir como elemento de política nacional um conjunto de diretrizes para se atingir um padrão aceitável de qualidade com segurança no campo da radiologia diagnóstica, a curto, médio e longo prazos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Normalizar as rotinas de exames em		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	áreas controladas e não controladas												
	Realizar visitas técnicas na Empresa Terceirizada e fazer cumprir as normas vigentes e contrato firmado		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantação de um plano de aprimoramento das práticas radiológicas, seu compromisso com a qualidade e segurança, previstos nos códigos de ética profissional e na legislação sanitária, em consonância com as normas e recomendações internacionais.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;													
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X	
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X	

7.15 Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde

7.15.1 Proposta de Constituição

7.15.1.1 DA FINALIDADE

A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

7.15.1.2 MEMBROS

Direção Geral, Engenheiro, Técnico em segurança do trabalho, representantes dos serviços terceirizados, enfermagem, laboratório e demais serviços vinculados às unidades.

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

Capítulo I

Das Finalidades

Art. 1.º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos e a Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar a Gerência de Resíduos na definição das ações que visem à implantação, implementação e manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes, (Lei 12.305/10, Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa, n.º 306/4, e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente - Conama, n.º 358/5).

Capítulo II

Das Competências

Art. 2.º Compete à CGRSS do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :

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) .

Capítulo III

Da Composição

Art. 3.º A CGRSS será nomeada em portaria pelo Superintendente do HOSPITAL para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, e composta pelos seguintes membros:

I - o gerente de resíduos, como coordenador;

II - um representante da Empresa Terceirizada de Limpeza e Conservação, indicado pela Empresa;

III - um assistente administrativo, indicado pela Hotelaria;

IV - seis integrantes, representando as diversas áreas da Instituição, indicados por suas respectivas chefias.

§ 1.º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período, salvo legislação superior em contrário.

§ 2.º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3.º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4.º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

§ 5.º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expirar sem a indicação.

Capítulo IV

Das Atribuições

Art. 4.º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

- convocar reuniões ordinárias e extraordinárias; II - coordenar os trabalhos da comissão;
- votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;
- indicar integrantes para funções ou tarefas específicas; V - representar a CGRSS ou indicar representantes;
- supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos; VII - manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;
- cumprir e fazer cumprir este Regimento;
- indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5.º São atribuições do secretário da comissão:

- preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;
- preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;
- expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;
- executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;
- proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

- auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;
- encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;
- elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;
- substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6.º Compete aos integrantes da CGRSS:

- comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;
- analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;
- encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;
- requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- justificar ausência com antecedência;
- elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;
- propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.
- auxiliar na implementação do PGRSS;
- substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

Capítulo V

Do Funcionamento

Art. 7.º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Art. 8.º A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9. As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail ou pessoalmente.

§ 1.A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2. O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3. As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4. No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I- A natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II- Os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III- o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1. O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2.Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses

particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

Capítulo VI

Das Disposições Finais

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS e posteriormente encaminhados, em grau de hierarquia, ao Setor de Hotelaria e à Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar.

Art. 15. O presente Regimento somente poderá ser modificado mediante proposta da presidência ou de, no mínimo, 1/5 (um quinto) dos integrantes da CGRSS,

Art. 16. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

7.15.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão			X			X			X			X
	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4	Eixo I – Prevenção definir estratégias de ação			X			X			X			X
5	Eixo II – desenvolver ações de Informação, Conhecimento e Inovação;		X		X		X		X		X		X
6	Eixo III – definir calendário para Sensibilização, Formação e Educação;	X					X						X
7	Eixo IV – implementar planejamento da Operacionalização da Gestão;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Eixo V – criar estratégias para Acompanhamento e Controle		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	elaborar, implementar, manter e avaliar Plano de Gerenciamento de Resíduos das unidades, adequado às características e necessidades, contemplando, no mínimo, ações relativas Resíduos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

10	melhorar as medidas de segurança e higiene no ambiente hospitalar;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	contribuir para o controle de infecção em serviços de saúde e acidentes ocupacionais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	proteger a saúde e o meio ambiente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	reduzir o volume e a massa de resíduos contaminados;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	estabelecer procedimentos adequados para o manejo de cada grupo;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	estimular a reciclagem dos resíduos comuns não contaminados.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Definição dos Responsáveis pelo PGRSS		X		X		X		X		X		X
16	adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevendo e controle dos resíduos dos serviços de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	saúde;												
17	capacitação do quadro de profissionais e servidores da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle dos resíduos dos serviços de saúde;			X			X			X			
18	avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Higienização e Limpeza das unidades e aprovar as medidas de controle propostas pela Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde - CGRSSS;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	elaborar e divulgar, regularmente e comunicar, periodicamente, à diretoria geral da instituição, a situação do controle dos resíduos dos serviços de saúde;			X			X			X			X

20	elaborar, implantar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à redução de resíduos perigosos e incidência de acidentes ocupacionais a saúde publica e meio ambiente;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
21	cooperar com o setor de treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de profissionais e servidores e profissionais, no que diz respeito a prevenção e redução dos riscos ao meio ambiente por meio do Gerenciamento de Risco criado pelo hospital;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
22	elaborar regimento interno para a Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos serviços de Saúde - CGRSSS;		X	X									

23	cooperar com a ação dos órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	criar e monitorar a normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;		X	X				X	X				X
25	Definir as ações de implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Treinamento e implantação do PGRSS		X		X		X		X		X		X
27	Monitoramento e avaliação da implantação do PGRSS		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X		X		X		X		X		X
29	Assessoramentos Diversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

30	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
31	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X			X

O PGRSS só poderá ser implantado após a sua aprovação pelos órgãos responsáveis

Os resíduos a serem gerados pelo hospital em seu exercício de atividades de cuidados à saúde pertencem aos diversos grupos portanto por vislumbrar RDC N 306 de 2004, deixa claro que são aplicáveis somente os resíduos que estejam contaminados ou suspeitos de conter agentes de Classe de risco, que apresentam relevância epidemiológica e risco de disseminação, o que é o caso.

É importante esclarecer que somente alguns dos resíduos (Grupo "E") originados pelas atividades do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , necessitarão de gerenciamento diferenciado, para evitar a geração excessiva de resíduos que, erroneamente, terão que ser processados como "potencialmente infectantes", e consequentemente, e sem necessidade, de elevar o custo destes serviços à coleta publica.

Além disso, ressalta-se a importância da nomeação da Comissão de Gerenciamento de Resíduos capacitada para cuidar especificamente dos aspectos relacionados gerenciamento dos resíduos sólidos e educação em saúde, permitindo uma interação com os demais profissionais.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde é entendido como a ação de gerenciar desde a geração até o destino final. A segregação é um passo importante para ter um adequado destino final. O Instituto CEM preocupa-se com a saúde pública e a qualidade do meio ambiente, considerando os princípios da biossegurança.

Para fins de atendimento de apresentação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) bem como a implementação das ações serão adotadas as seguintes Legislações e Normas Técnicas:

- LEI FEDERAL N 9605/98 – Dispõe sobre crimes ambientais.

- RESOLUÇÃO CONAMA N 01/86 – Estabelece definições, responsabilidade, critérios básicos, e diretrizes da avaliação do impacto ambiental, determina que aterros sanitários, processamento e destino final de resíduos tóxicos ou perigosos são passíveis de avaliação.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/88 – Específica licenciamento de obras de unidade de transferências, tratamento e disposição final de resíduos sólidos de origens domésticas, públicas, industriais e de origem hospitalar.
- RESOLUÇÃO CONAMA N 05/93 – Dispõe sobre destinação dos resíduos sólidos de serviço de saúde, portos, aeroportos, terminais rodoviários e ferroviários. Onde define a responsabilidade do gerador quanto o gerenciamento dos resíduos desde a geração até a disposição final.
- RESOLUÇÃO CONAMA n 358, de 29 de abril de 2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
- RESOLUÇÃO ANVISA RDC 306/04 – Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.
- NBR 10.004/87 – Classifica os resíduos sólidos quanto aos seus riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.
- NBR 7.500/87 – Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de resíduos sólidos.
- NBR 12.235/92 – Armazenamento de resíduos sólidos perigosos definidos na NBR 10004 – procedimentos.
- NBR 12.807/93 – Resíduos de serviços de saúde – terminologia.
- NBR 12.808/93 – Resíduos de serviços de saúde – classificação.
- NBR 12.809/93 – Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 12.810/93 – Coleta de resíduos de serviços de saúde – procedimentos.
- NBR 9.190/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – classificação.

- NBR 9.191/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – especificação.
- NBR 9.195/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – determinação da resistência à queda livre.
- NBR 13.055/93 – Sacos plásticos para acondicionamento de lixo – Determinação para a capacidade volumétrica.
- NBR 13.056/93 – Filmes plásticos para saco para acondicionamento de lixo.
- NBR 12.890/93 – Coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos

- Terminologia.

- NBR 11.175/90 – Fixa as condições exigíveis de desempenho do equipamento para incineração de resíduos sólidos perigosos.
- NBR 13.853/97 – Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio.
- CNEN – NE 6.05/98 – Gerência dos rejeitos radioativos.
- Código de Posturas do Município de GOIÂNIA – GO
- Lei Orgânica Municipal do Município de GOIÂNIA – GO

7.16 Comitê Transfusional

7.16.1 Proposta de Constituição

A transfusão de hemocomponentes ainda é uma terapia que envolve riscos, sendo assim, sua utilização pressupõe a existência de um Serviço de Hemoterapia (SH) de qualidade, responsável, que tenha conhecimento dos hemocomponentes que utiliza, bem como um perfeito entrosamento com os profissionais requisitantes e com os demais setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

A indicação da transfusão, a preparação do hemocomponente a ser usado, bem como sua administração, implicam em procedimentos de grande responsabilidade, daí a importância da existência de um Comitê Transfusional, Multidisciplinar - CTM, para orientar e integrar

estas atividades, visando a maior segurança para os pacientes, para o Serviço de Hemoterapia e para os Hospitais/ Agências Transfusionais.

7.16.1.1 FINALIDADE

O Comitê Transfusional do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no hospital. Estabelecer Serviço de Transfusão sobre a utilização de hemocomponentes pelas diversas especialidades do hospital.

Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

7.16.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES:

Art. 1° - O Comitê Transfusional do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) é de natureza técnico científica permanente, com funções educativas. Tem por finalidade o desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento das práticas hemoterápicas no hospital.

Art. 2° – Atender à resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC n 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe: Art. 145. Todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia.

CAPÍTULO II

Seção I: Composição do Colegiado:

Art. 3° - O Comitê terá composição multidisciplinar e multiprofissional.

deverão ser indicados representantes dos principais departamentos e serviços;

as indicações deverão recair em profissionais com experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemocomponentes.

Art. 4° - O Coordenador Clínico escolherá os membros do Comitê Transfusional e promoverá as designações do Presidente e Vice-Presidente.

Art. 5° – O Coordenador Clínico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado promover a substituição dos integrantes do Comitê.

Art. 6° – As funções dos membros do Comitê não serão remuneradas.

Art. 7 – O Comitê poderá convidar pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de suas funções, sempre que julgar necessário.

Art. 8° – Será dispensado o componente que sem motivo justificado deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou a 06 (seis) intercaladas.

Art. 9° – A fim de assegurar o suporte técnico e operacional indispensável à eficiência do Comitê, a Diretoria Técnica, por meio do serviço de apoio administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

Seção II: Funcionamento:

Art. 10 – O Comitê reunir-se-á ordinariamente 01 (uma) vez por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

I. O Comitê instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão;
II. O Presidente terá voto de qualidade;
III. As deliberações do Comitê tomadas "Ad Referendum" deverão ser encaminhadas ao plenário do Comitê para deliberação desta, na primeira sessão seguinte;
IV. As deliberações do Comitê serão consubstanciadas em cartas endereçadas à Diretoria Clínica.

Art. 11 – É facultativo ao Presidente o aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão deliberada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12 – A votação será nominal.

Art. 13 – O Comitê, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativa ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 14 – Os expedientes serão sujeitos à análise do Comitê que poderão ser encaminhados pela Diretoria Técnica. Parágrafo único: Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pelo Secretário, por indicação do Presidente ou por membro designado.

Art. 15 – A sequência das reuniões do Comitê será a seguinte:

I. A verificação da presença do Presidente, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença e existência de quorum;
III. Votação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Leitura e despacho do expediente;
V. Ordem do dia, compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;
VI. Organização da pauta da próxima reunião;
VII. Distribuição de expedientes aos relatores;
VIII. Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único: Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 16 – Após a leitura do parecer, o Presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

I. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;
II. O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

III. Após adentrada na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até 02 (duas) reuniões.

Art. 17 – Após o encerramento das discussões, o assunto será aberto a discussões.

Art. 18 – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecidas pelos presentes.

Art. 19 – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário lavrará uma Ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberaçõ e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III

Competências e Atribuições:

Seção I Competência do Comitê Transfusional:

Art. 20 – Compete ao Comitê:

I. Elaborar normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas ao processo de hemotransfusão;

II. Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional, dentro da área de abrangência estabelecida pela Secretaria Estadual de Saúde em consonância disposições legais e às orientações normativas emanadas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde;
III. Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas aos assuntos de sua competência;
IV. Monitorar as reações transfusionais;
V. Promover educação continuada na área transfusional para profissionais de saúde integrantes da equipe assistencial;
VI. Revisar periodicamente a legislação relacionada à política transfusional e sua aplicação na legislação;
VII. Estabelecer critérios transfusionais em conhecimento científico adequado ao atendimento dos pacientes na instituição;

VIII. Desenvolver mecanismos para avaliação das requisições transfusionais.

Seção II Atribuições

Art. 21 – Ao Presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do Comitê, especificamente:

I. Representar o Comitê em suas relações internas e externas;
II. Instalar o Comitê e presidir as reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer o direito do voto de desempate;
V. Indicar entre os membros do Comitê os relatores dos expedientes;
VI. Indicar membros para realização de estudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade do Comitê;
VII. Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Art. 22 – Aos membros do Comitê, caberá:

I. estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;
III. requerer votação de matéria em regime de urgência;
IV. apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Comitê.

Art. 23 – Ao Secretário do Comitê caberá:

I. assistir as reuniões;
II. encaminhar e preparar o expediente do Comitê;
III. manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões do Comitê;
IV. providenciar por determinação do Presidente, a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias;
V. distribuir aos membros do Comitê as pautas das reuniões;
VI. lavrar e assinar as Atas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO IV

Disposições finais:

Art. 24 – O mandato dos membros do Comitê se extinguirá se houver motivo que justifique a cessação.

Art. 25 – O presente regimento interno poderá ser alterado mediante proposta do Comitê, por meio da maioria absoluta de seus membros submetidos ao Coordenador Clínico para aprovação.

Art. 26 – O presente regimento interno estará em vigor na data de sua aprovação pelo Coordenador Clínico, revogadas as disposições em contrário.

7.16.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	Acompanhamento das notificações de eventos adversos relacionados à transfusão sanguínea		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover ações educativas com os profissionais de saúde da instituição		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Monitorar a emissão de Pareceres técnicos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover a atualização dos conhecimentos de Enfermagem, por meio da educação permanente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acompanhar a qualidade do atendimento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.16.4 Considerações Gerais Sobre Transfusão Sanguínea

A Portaria 158/2016 do Ministério da Saúde é o regulamento técnico vigente que orienta e normatiza os procedimentos hemoterápicos no país.

"O regulamento técnico de que trata esta portaria tem o objetivo de regulamentar a atividade hemoterápica no país, de acordo com os princípios e diretrizes da Política Nacional de Sangue, Componentes e Derivados, no que se refere à captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, de seus componentes e derivados, originados do sangue humano venoso e arterial, para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças" (Portaria MS 158/2016).

A transfusão de sangue e hemocomponentes é usada para corrigir deficiências no transpo de oxigênio e hemostasia, a partir de perdas agudas ou crônicas de sangue e/ou alterações na produção de hemácias, plaquetas ou proteínas da coagulação sanguínea. Os riscos associados ao manuseio da transfusão, desde sua indicação, escolham do componente adequado à situação clínica do paciente, administração e monitoramento do procedimento transfusional, independem da tecnologia agregada e estão vinculadas principalmente à qualificação dos profissionais envolvidos nessas etapas da transfusão.

Sua indicação deve ser feita a partir da avaliação clínica do paciente, buscando a identificação de sinais e sintomas que apontem para repercussões clínicas da deficiência que se deseja corrigir, e, não apenas, o tratamento de alterações laboratoriais. A decisão deve ser, portanto, tomada de acordo com a necessidade individual de cada paciente. É importante lembrar que toda transfusão de sangue traz em si riscos imediato ou tardio,

devendo ser criteriosamente indicada. O médico deve considerar a melhoria clínica que a transfusão trará ao paciente, se os benefícios são maiores que os riscos associados a ela.

A indicação e a prescrição da transfusão são exclusivas do médico e a liberação de hemocomponente pelo serviço de hemoterapia só poderá ser realizada a partir de uma solicitação médica e prescrição adequadas, em local em que haja pelo menos um médico apto e disponível para manusear possíveis intercorrências. A indicação da transfusão pode ser objeto de análise do médico do serviço de hemoterapia que deve considerar os seguintes aspectos:

Se existem alternativas terapêuticas disponíveis (uso de eritropoetina, ferro oral, ácido fólico, concentrados de fatores de coagulação, recuperação intraoperatória de sangue, Protocolo de Transfusão Segura de Hemocomponentes

1.AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

Os indicadores clínicos e laboratoriais que justificam a necessidade da transfusão e podem ser utilizados como parâmetro de seguimento;

Avaliação do resultado obtido após cada transfusão, evitando indicações de várias unidades de hemocomponentes sem avaliação interposta e prescrevendo as unidades uma a uma.

7.17 Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP)

7.17.1 Proposta de Constituição

7.17.1.1 DA FINALIDADE

- Gerenciar a situações de risco do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);
- Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);
- Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;
- Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

7.17.1.2 Membros

- Médico,
- Farmacêutico
- Enfermeiro da qualidade

O NQSP deve ser constituído por uma equipe multiprofissional, minimamente composta por médico, farmacêutico e enfermeiro e capacitada em conceitos de melhoria da qualidade, segurança do paciente e em ferramentas de gerenciamento de riscos em serviços de saúde. Preferencialmente, o NSP deve ser composto por membros da organização que conheçam bem os processos de trabalho e que tenham perfil de liderança. A composição do NQSP pode variar de instituição para instituição. Dado seu caráter articulador, é interessante que o NQSP tenha representantes ou trabalhe com profissionais vinculados às áreas de controle de infecção, gerência de risco, qualidade, farmácia hospitalar e serviço de enfermagem, entre outros. Cabe ressaltar, ainda, que outras instâncias existentes dentro dos serviços de saúde e relacionadas à segurança do paciente podem atuar como membros consultivos do NQSP, tais como: Núcleo de Saúde do Trabalhador; Gerência de Resíduos; Comissão de Biossegurança; Comissão de Padronização de Materiais; Comissão de Proteção Radiológica; Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal; Comitê Transfusional; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, entre outras.

7.17.2 Proposta de Regimento Interno

A Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), deverá investigar todas as possibilidades de ocorrência de risco, utilizando-se de ferramentas da qualidade para proporcionar segurança ao patrimônio hospital -Profissional-Cliente/Paciente.

CAPÍTULO I

Das Finalidades

Art. 1 - É objetivo desta Comissão:

I -Gerenciar a situações de risco do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

II -Manter processo permanente de atualização dos procedimentos a serem tomados, através de condutas para bom funcionamento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

III -Analisar, testar e emitir parecer técnico de demandas hospitalares de uso contínuo;

IV -Prestar assessoria técnica às demais Comissões quando necessário;

CAPÍTULO II

Da Organização.

Art. 2 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos deverá ser composta por profissionais com experiência na área da Supervisão de Risco Sanitário-Hospitalar e administração sendo:

I. Coordenador;
II. Farmacêutico.
III. Representante do Serviço de Higiene e Limpeza.
IV. Enfermeiro (a);
V. Representante do Serviço Administrativo;
VI. Técnico de Segurança do Trabalho:
VII. Engenheiro Clínico;

Art. 3 - A Coordenação da Comissão de Gerenciamento de Riscos, na ausência do Coordenador será exercida por um dos membros designado pelo mesmo.

CAPÍTULO III

Das Atribuições

Art. 4 - A Comissão de Gerenciamento de Riscos do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), compete:

I. Informar situações que necessitem de atenção especial;
II. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de referenciamento para
III. Avaliação Técnica estrutural do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);
IV. Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);
V. Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;
VI. Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;
VII. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;

VIII. Elaborar Relatório Anual de Atividades;

IX. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.

X. Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

XI. Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;

XII. Manifestar-sesobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos;

XIII. Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

XIV. Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

CAPÍTULO IV

Art. 5 - Funcionamento:

I. A Comissão de Gerenciamento de Risco instalar-se-á e funcionará com a maioria de seus membros;

II. As reuniões da Comissão serão realizadas na sede do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO);

III. As reuniões da Comissão devem ocorrer em agendas a serem definidas em não menos que 12 (doze) ao ano;

IV. As reuniões serão convocadas pelo Presidente da Comissão, por meio de aviso por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da respectiva reunião, contendo a pauta da reunião, podendo, na hipótese de manifesta urgência, a critério exclusivo do Presidente da Comissão, ser convocada de forma e em prazo diverso;

V. Em cada reunião será lavrada ata, com data, local, nome dos membros da Comissão presentes, registros em geral e recomendações feitas pelos membros da Comissão, consignando-se na respectiva ata o resultado da

votação, e a identificação dos eventuais votos dissidentes e/ou votos com ressalva.

CAPÍTULO V

Das Competências.

Art. 6 - É competência da Comissão de Gerenciamento de Riscos:

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.

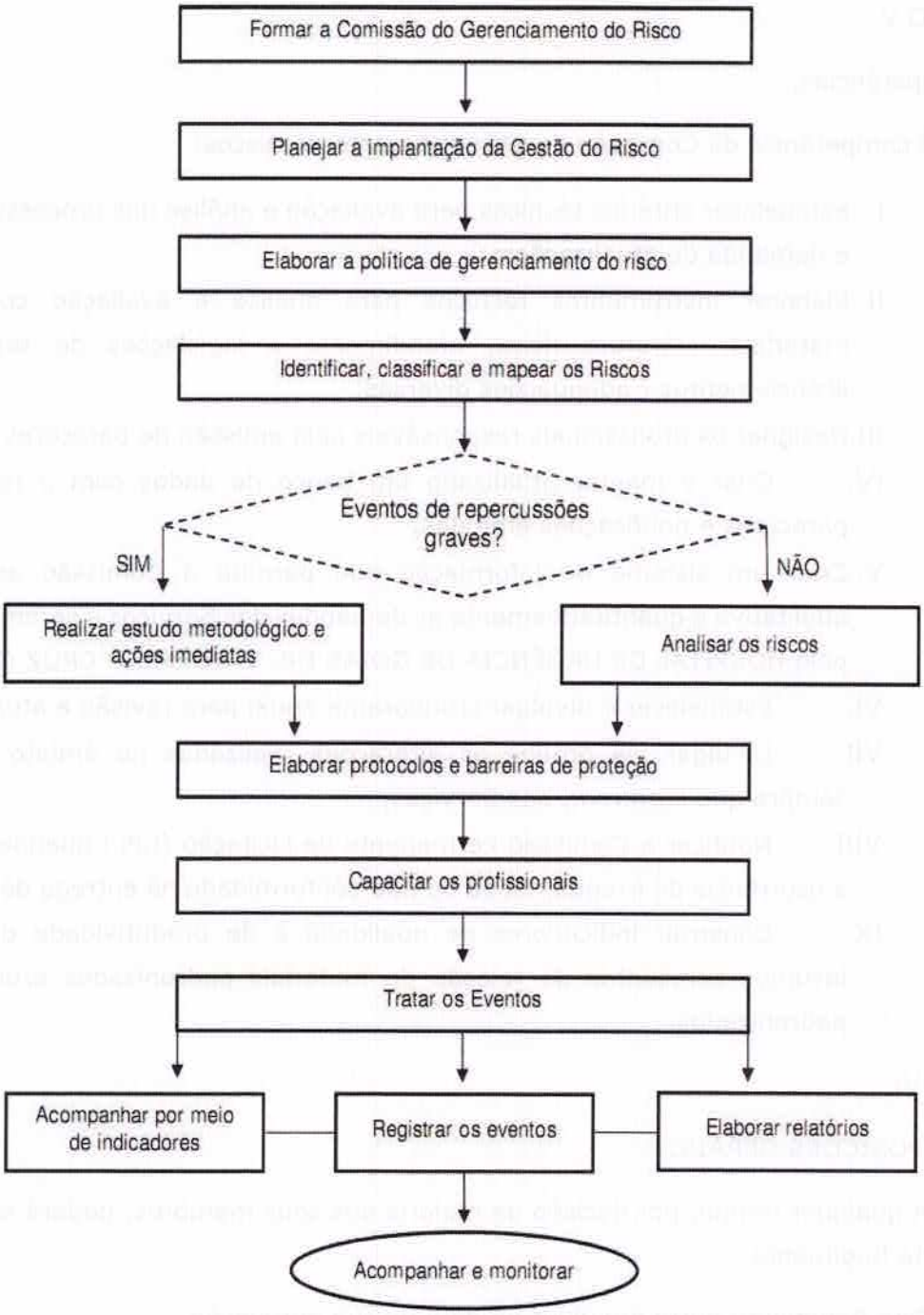
Capítulo VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

Art. 7 - A qualquer tempo, por decisão da maioria dos seus membros, poderá ser alterado o presente Regimento.

Art. 8 - Este Regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

Fluxo demonstrativo de formação e funcionamento da comissão de gerenciamento de riscos.



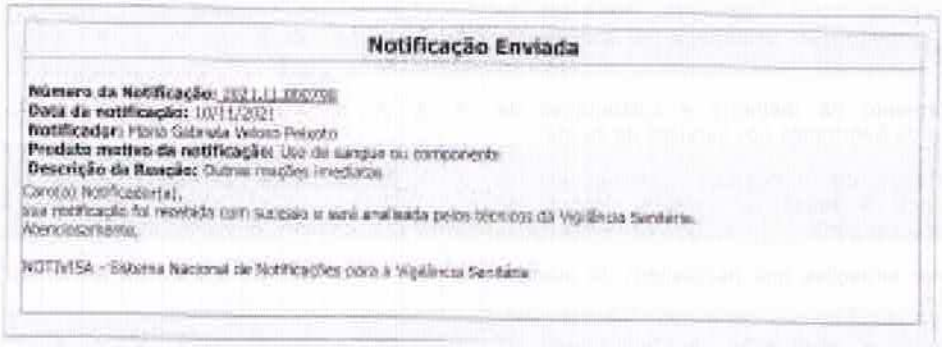
7.17.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Elaborar o Plano de Segurança do Paciente		X	X			X	X			X	X	
6	Ações de cultura de segurança nos serviços de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Planejamento da melhoria e sustentação da Cultura de Segurança nos serviços de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde ao sistema nacional de vigilância sanitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Informar situações que necessitem de atenção especial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e dereferenciamento para avaliação Técnica estrutural do HOSPITAL		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela direção do HOSPITAL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Promover Treinamentos com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;		X		X		X		X		X		X
13	Promover o intercâmbio entre a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Educação Permanente da Enfermagem e outras estruturas organizacionais;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Sistema Produtivo;		X		X		X		X		X		X
15	Elaborar Relatório Anual de Atividades;												X
16	Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Diretor Geral.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Manifestar-se sobre os objetivos, estratégia, abrangência e modelo de gerenciamento de riscos do HOSPITAL;			X			X			X			X

18	Manifestar-se sobre a estrutura e responsabilidades pelo gerenciamento de riscos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Manifestar-se sobre os métodos de monitoramento que permitam adequado gerenciamento de riscos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Manifestar-se sobre a definição dos requerimentos de relatórios de divulgação de risco do HOSPITAL			X	X	X			X	X	X			
21	Manifestar-se sobre o cumprimento dos planos de ação do HOSPITAL;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X				X

7.17.4 Notificações

EXEMPLO DE NOTIFICAÇÃO ENVIADA



Notificação Enviada

Número da Notificação: [illegible]
Data da notificação: 10/11/2021
Notificador: Flávia Gabriela Veloso Peixoto
Produto motivo da notificação: Uso de sangue ou componente
Descrição da Reação: Outras reações imediatas

Caro(a) Notificador(a),
Sua notificação foi recebida com sucesso e será analisada pelos técnicos da Vigilância Sanitária.
Atenciosamente,

NOTIVISA - Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

HUGO	NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
	FORMULÁRIO		
	COMUNICADO DE OCORRÊNCIA SEGURANÇA DO PACIENTE		
	FOR.NQSP.003	Revisão 03	Vigência: 01/11/2023

Considerando a melhoria contínua dos processos internos para a proteção, promoção e garantia da Qualidade e Segurança dos Pacientes da instituição, venho por meio deste solicitar a tratativa, em um **prazo máximo de 10 dias** corridos a partir da data de recebimento, referente ao Comunicado de Ocorrência

Ocorrência Nº	2469	Data e Hora:	03/11/2021 11:46:33
SETOR NOTIFICADO:	AGENCIA TRANSFUSIONAL		
A/C:			

COMUNICANTE

Categoria Profissional:	Outro	Setor:	Outro - AGENCIA TRANSFUSIONAL
A Ocorrência envolve Paciente?		Sim	

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente:	ALEXANDRE LUCIANO ESPINDOLA		
Data de Nasc.:	04/08/1985	Prontuário/ Atendimento:	751373
Nome da Mãe do Pac.:	CRISTIANA CORDEIRO ANTONIO ESPINDOLA		

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Quando Ocorreu:	30/10/2021	Período que ocorreu:	Noite
Local da ocorrência do incidente:		Enfermaria - Clínica Médica (2º andar)	
Tipo de Incidente:		Evento adverso: incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base)	
Esta ocorrência causou dano:		Leve : Sintomas leves, perda de função ou dano mínimo de curta duração, intervenções mínimas.	
Protocolo de Segurança do Paciente quebrado:		OUTRO	
Categoria do Incidente:		Falha relacionada ao uso de hemoderivados	
Descreva detalhadamente qual foi o incidente ocorrido:		Paciente com anemia grave e hemoglobina em queda constante 2 hras após ter sido hemotransfundido com 1 concentrado de hemácias lisadado e filtrado apresentou elevação da temperatura - febre. Sinais vitais pré-infusão: PA: 110x80 FC: 76 FR: 21 Temp: 36,3° C Sinais vitais pós identificação do evento adverso: PA: 120x78 FC:80 FR: 20 Temp: 38° C Concentrado de hemácias nº 125221102301 vencimento: 21/11/2021	
Houve ação corretiva imediata?			

TRATATIVA

As ações [illegible] pendentes são inseridas pelo comunicador que registrou a ocorrência. O NQSP não realiza nenhuma alteração no registro, apenas em casos de necessidade de reclassificação do Tipo, Dano, Protocolo Quebrado e Categoria do Incidente.
Para mais informações ou qualquer dúvida, entrar em contato com NQSP através do email qualidadehugo@[illegible] ou (62) [illegible]

7.18 Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar

7.18.1 Proposta de Constituição

7.18.1.1 FINALIDADE

As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos

7.18.1.2 Membros

O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - Ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

D) diretoria técnica.

V - Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

7.18.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1 As ações de Vigilância em Saúde abrangem toda a população brasileira e envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

I – Vigilância epidemiológica: vigilância e controle de doenças transmissíveis, não transmissíveis e agravos, como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento,

a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e de controle das doenças e dos agravos.

II – Promoção da saúde: conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais responsáveis pela atuação sobre os determinantes sociais da saúde.

III – vigilância da situação de saúde: ações de monitoramento contínuo do País, estado, região, município ou áreas de abrangência de equipes de atenção à saúde, por estudos e análises que identifiquem e expliquem os problemas de saúde e o comportamento dos principais indicadores de saúde, contribuindo para um planejamento de saúde mais abrangente.

IV – Vigilância em saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e de controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde.

V – Vigilância da saúde do trabalhador: promoção da saúde e redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.

CAPÍTULO II

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 2. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE) tendo como foco principal a possibilidade de oferecer um atendimento rápido, eficaz e de qualidade aos usuários da unidade e às equipes internas.

Parágrafo único. O NUVE é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, subunidade diretamente ligada à Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 3. Este Regulamento atende as normas instituídas pelo MS, através da Portaria n.° 2529, de 23 de novembro de 2004 e portaria n° 2254, de 5 de agosto de 2010, que institui

a vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia e está baseado na primeira edição da Diretriz para estruturação e funcionamento da Vigilância Epidemiológica Hospitalar da unidade

Art. 4. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento do NUVE, tais como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 5. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional do NUVE, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

Art. 6. A Vigilância Epidemiológica em Âmbito hospitalar/ ambulatorial foi instituída como parte integrante do Subsistema de Vigilância Epidemiológica do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, com o objetivo de detectar e investigar as doenças de notificação compulsória (DNC) e seus agravos atendidas dentro do hospital.

Art. 7. O NUVE tem como objetivos a detecção, notificação e investigação das doenças notificação compulsória, priorizando os agravos, em estreita articulação com a Rede Nacional de Alerta e Resposta às Emergências em Saúde Pública (Rede CIEVS), bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

Art. 8. As terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005) são:

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN): é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois da avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata;

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII): é um evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 9. A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, da lista de agravos relacionados em Portarias Nacional e do Estado de Goiás, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes.

Parágrafo único. É obrigatória a notificação de doenças, agravos e eventos de saúde pública constantes nas Portaria MS, n. 204 e Portaria n. 205, de fevereiro de 2016.

Art. 10. A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, bem como pelos responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, além de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa.

CAPÍTULO III

CARACTERIZAÇÃO

Art. 11. O NUVE da unidade caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NUVE);

II - Ambientes de trabalho: sala do NUVE dentro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente

III – vinculação:

a) Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidades Hospitalar;

b) Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

c) coordenação de enfermagem;

d) diretoria técnica.

IV - Cargo de gestão: Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar.

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDADES

Art. 12. O NUVE tem por missão detectar as doenças de notificação compulsória e seus agravos atendidas no Hospital

Art. 13. O NUVE tem por visão proporcionar o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Art. 14. São valores do NUVE, em consonância com os valores da unidade:

I - Preceitos ético-legais;

II - Humanização do cuidado;

III - responsabilidade;

IV - Respeito aos direitos do paciente;

V - Trabalho em equipe;

VI - Eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - Educação permanente.

Art. 15. O NUVE tem como principal objetivo responsabilizar-se pela informação e proposição de ações de saúde coletiva no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, integrando os diferentes setores da instituição para a definição de indicadores sobre as suas atividades de vigilância epidemiológica hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

Parágrafo único. Para o alcance desses objetivos, o NUVE estabelece as presentes normas de rotinas de funcionamento da vigilância epidemiológica hospitalar no âmbito da unidade.

Art. 16. O NUVE é um serviço hospitalar ligado diretamente a Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial que tem por finalidade recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos no Hospital.

Art. 17. São Competências do NUVE:

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.

Art. 18. Constitui, como principal produto do NUVE: a promoção e a integração ensino-serviço dentro da instituição, desenvolvendo atividades práticas de vigilância epidemiológica em ação conjunta com professores, técnicos e alunos.

Art. 19. São clientes internos e externos do NUVE as Unidades Organizacionais da Unidad os sistemas nacionais de informação, SMS e SES.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 20. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no NUVE:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do hospital;

III - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais foi designado;

IV - Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;

V - Observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia;

VI - Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da instituição;

VII - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

VIII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

IX - Zelar pelo patrimônio da instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;

X - Informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XI – tratar a todos com urbanidade;

XII – comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

XIII – acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

XIV – compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XV – Manter seus registros funcionais atualizados;

XVI – guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVII – submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVIII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes a cada vínculo na Instituição.

Art. 21. São deveres e responsabilidades dos membros do NUVE:

I - realizar busca ativa para os pacientes internados e atendidos no ambulatório da unidade hospitalar, para a detecção das doenças da lista de notificação compulsória;

II - realizar busca ativa para detecção e notificação dos óbitos ocorridos no ambiente hospitalar, prioritariamente dos óbitos maternos declarados, de mulher em idade fértil e infantis;

III - notificar o primeiro nível hierárquico superior da vigilância epidemiológica de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;

IV - realizar investigação epidemiológica das doenças, eventos e agravos constantes em articulação com a SMS e com a SES, incluindo as atividades de interrupção da cadeia de transmissão de casos e surtos, quando pertinentes, segundo as normas e procedimentos estabelecidos pela SES-MG;

V - participar da investigação de óbitos maternos declarados e de mulheres em idade fértil, fetais e infantis ocorridos no ambiente hospitalar, em conjunto com a comissão de análise de óbitos da unidade e em articulação com a SMS e com a SES-GO;

VI - elaborar e divulgar Informes/Notas Técnicas de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, SES, SMS e da unidade;

VII - elaborar relatórios epidemiológicos e divulgar anualmente o boletim epidemiológico;

VIII - incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológicos e anatomopatológicos, em caso de óbitos por causa m definida ocorridos no ambiente hospitalar;

IX - desenvolver processo de trabalho integrado aos setores estratégicos da unidade hospitalar, para fins de implementação das atividades de vigilância epidemiológica, tais como, os Serviços de Arquivo (SAM) e de Patologia; as Comissões de Óbitos e de Controle de Infecção Hospitalar (SCIRAS); a Gerência de Risco Sanitário Hospitalar; a Farmácia e o laboratório, para acesso às informações necessárias à detecção, monitoramento e encerramento de casos ou surtos sob investigação;

X - promover treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças e agravos no ambiente hospitalar;

XI - monitorar o preenchimento das declarações de óbitos dos casos de notificação compulsória;

XII - monitorar o perfil de morbimortalidade hospitalar, incluindo as DNC detectadas nesse ambiente, subsidiando o processo de planejamento e a tomada de decisão dos gestores do hospital, dos gestores estaduais e dos municipais dos sistemas de vigilância e de atenção à saúde;

XIII - realizar monitoramento de casos hospitalizados por doenças e agravos de notificação compulsória;

XIV - apoiar estudos epidemiológicos ou operacionais complementares de DNC e de óbito no ambiente hospitalar;

XV - alimentar periodicamente o SINAN;

XVI – monitorar os resultados dos exames dos pacientes com suspeita/diagnóstico de doença e agravo de notificação compulsória realizados pelo laboratório;

XVII - divulgar no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial a atual listagem das DNC conforme as Portarias e Resoluções em vigor;

XVIII - participar de eventos de natureza epidemiológica;

XIX - manter campo de estágio para alunos da residência multiprofissional e de outros cursos de técnicos, graduação e pós-graduação da área de saúde.

Art. 22. O NUVE possui os seguintes cargos e atribuições, assim especificados:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente com as seguintes atribuições:

- Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;
- Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;
- Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;
- Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;
- Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;
- Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;
- Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

- Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;
- Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;
- Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;
- Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;
- Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do HOSPITAL, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e email, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;
- Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;
- Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;
- Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;
- Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização
- Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.

II – Enfermeiro com as seguintes atribuições:

- Realizar busca ativa para os pacientes internados ou atendidos em pronto-socorro e ambulatório para a detecção de DNC;

- Notificar e investigar, no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, as DNC, utilizando as fichas de notificação e investigação padronizadas pelo Sinan;
- Realizar a notificação imediata para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação segundo normas e procedimentos estabelecidos pela SMS;
- Supervisionar os dados das fichas de Investigação Epidemiológica, fichas de notificação manualmente e encaminhar para o SMS semanalmente;
- Consolidar, analisar e divulgar as informações referentes às DNC no ambiente hospitalar, subsidiando o planejamento e a avaliação das ações para os gestores do hospital;
- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial, elaborando relatórios com medidas a serem adotadas para sua contenção;

III- Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;

- Trabalhar em parceria com a SCIRAS e com o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), Comissão de Análise de Óbito, Gerência de Risco Sanitário Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente (NSP);
- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos" em casos de notificação compulsória;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, Gerência de Atenção à Saúde (GAS), Gerência Administrativa (GA), Farmácia e Laboratório

IV – Médico com as seguintes atribuições:

- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão das DNC detectadas no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;

- Promover um trabalho integrado com o laboratório do hospital e com outros laboratórios de referência, estabelecenDO FLUXO de envio de amostras e de recebimento de resultados de exames referentes às DNC;
- Auxiliar nas orientações e monitoramento das "Medidas de Precaução e Isolamentos";
- Participar de reuniões com a alta gestão e corpo clínico do hospital;
- Desenvolver ações integradas com a SCIRAS, SESMT, Divisão de Enfermagem, Divisão Médica, GAS, GA, Farmácia e Laboratório;
- Realizar a notificação imediata aos médicos assistenciais para as doenças que necessitam de ação de controle e investigação imediata, e definir isolamento e profilaxia;
- Participar das atividades de investigação de surtos e de interrupção da cadeia de transmissão de DNC detectados no âmbito hospitalar/hospitalar/ambulatorial;
- Incentivar a realização de necropsias ou a coleta de material e fragmentos de órgãos para exames microbiológico e anatomopatológico, em caso de óbito por causa mal definida;
- Promover a integração com o SAM e a comissão de revisão de prontuário do hospital, para o acesso às informações necessárias à vigilância epidemiológica contidas nos prontuários e em outros registros de atendimento;
- Participar de treinamento continuado para os profissionais dos serviços, estimulando a notificação das doenças no ambiente hospitalar.

V – Secretário do NUVE com as seguintes atribuições:

- Agendar reuniões e expedir convocações/convites para as reuniões extraordinárias;
- Controlar agenda de compromissos;
- Digitar memorandos, ofícios e demais documentos;
- Receber, encaminhar e arquivar correspondências, bem como todas as atualizações pertinentes ao Núcleo;

- Catalogar fontes bibliográficas;
- Manter os arquivos atualizados;
- Manter os armários organizados;
- Executar os serviços de digitação do Núcleo;
- Fazer requisição de materiais e solicitação para consertos de equipamentos e encaminhá-los aos serviços competentes, após autorização da Chefia do Núcleo;
- Planejar viagens, despacho e conferência de documentos;
- Participar da organização de eventos;
- Realizar reservas de transporte aéreo, terrestre e estadia dos componentes do Núcleo para eventos externos;
- Digitar os relatórios elaborados pelo grupo técnico;
- Participar de reuniões e elaborar as atas do Núcleo;
- Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição;
- Conferir agenda e comunicar as atividades do dia a cada membro do núcleo;
- Checar os e-mails da caixa de entrada do Núcleo;
- Planejar e organizar eventos;
- Alimentar diariamente o sistema para notificações de DNC (planilha Excel), o Sinan e gerar a estatística.

Art. 23. As funções de Coordenadores e Responsáveis Técnicos (RTs) constituem funções de confiança do NUVE, ficando a indicação a seu critério.

Parágrafo único. A permanência dos profissionais nessas funções e a sua possível substituição serão providas por ato do NUVE, em conjunto com o Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar/hospitalar/ambulatorial.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 24. O NUVE funciona de segunda a sexta-feira das 7h às 17h e nos finais de semana e feriados por plantão à distância.

Art. 25. As escalas de trabalho do NUVE são de responsabilidade da chefia da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar, devendo ser elaboradas até o dia 15 do mês anterior à escala para análise e aprovação da Chefia e posterior envio à Unidade de Comunicação para publicização no sítio eletrônico da Instituição.

Art. 26. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela chefia pa posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Núcleo, referentes à matéria.

Art. 27. O NUVE, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, é constituído pela chefia e representantes dos segmentos que a compõem, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 28. Compõem o NUVE:

I - Chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

II - Chefe da Unidade de Vigilância em Saúde e Qualidade Hospitalar;

III - Chefe da Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais

IV- Profissionais técnico administrativos

a) Um médico;

b) Três enfermeiros;

c) Um secretário.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Núcleo, assumirá a coordenação do núcleo seu substituto legal.

§ 2. O secretário do Núcleo será escolhido dentre os representantes de cada segmento do Núcleo, se o mesmo não possuir o serviço de secretariado.

Art. 29. As reuniões do NUVE serão realizadas com os membros do NUVE em caráter ordinário mensalmente e em caráter extraordinário em dia, local e horário pré-estabelecido, de acordo com a necessidade de definição de ações relacionadas ao serviço.

Art. 30. As reuniões poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro do Núcleo.

Art. 31. O NUVE mensalmente, na primeira terça-feira do mês, apresentará nas suas reuniões, trabalhos propostos em andamento e concluídos, com entrega de relatórios podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 32. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 33. As deliberações do NUVE serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. O funcionamento do NUVE, além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, o Estatuto e o Regimento Geral da uniade, e as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas do NUVE devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

§ 2. O descumprimento das determinações previstas neste Regulamento é passível de sanções, em conformidade com os Regimentos Internos e Legislações aplicáveis a cada vínculo dos trabalhadores.

Art. 35. Este Regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 36. Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião com a presença do chefe do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

Art. 37. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretor técnico e administrativo da unidade

7.18.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X										
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Planejar, organizar e gerenciar o cuidado realizado no âmbito do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Implementar diretrizes da gestão, visando a linha de cuidado;			X			X			X			X
7	Coordenar as atividades da equipe multiprofissional de saúde vinculada;		X		X		X		X		X		X
8	Efetivar a horizontalização do cuidado multiprofissional, assegurando o vínculo da equipe com o usuário e familiares;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Implantar e avaliar, com a participação da equipe multiprofissional, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas relacionados aos cuidados desenvolvidos no Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;		X		X		X		X		X		X
10	Cuidar para que os dados dos pacientes estejam registrados nos sistemas nacionais de informação da atenção e da vigilância em saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Auxiliar na construção e gerenciamento do custo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Paciente;												
14	Definir processo de trabalho com retorno adequado à chefia superior e à sua equipe;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos do Setor, conforme normativas legais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos do Setor, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;			X			X			X			X
18	Conferir e assinar os Registros de Ponto dos trabalhadores do Setor;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Manter a página do Setor de Vigilância em Saúde atualizada no sítio eletrônico do HOSPITAL, conforme determina a Lei de Acesso à Informação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos;		X		X		X		X		X		X
21	Apresentar habilidades em liderança, trabalho em equipe, mediação de conflitos, processos de comunicação, decisão, negociação e mudanças;		X		X		X		X		X		X
22	Assegurar que os processos e requisitos necessários à implantação e implementação do NUVE sejam estabelecidos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
23	Assegurar a promoção da conscientização sobre os requisitos do cliente em toda a organização		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Servir como contato para organizações externas no que se refere ao NUVE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital				X			X			X		

Acompanhar as notificações realizadas prestando contas aos órgaos fiscalizadores como por exemplo NOTIVISA.

7.18.3.1 Objetivo

O Notivisa é um sistema informatizado desenvolvido pela Anvisa para receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT) relacionadas ao uso de produtos e de serviços sob vigilância sanitária.

1. Exemplos de notificações de eventos adversos que podem ser feitas no Notivisa:

• Incidente / evento adverso durante procedimento cirúrgico;

• Queda do paciente;

• Úlcera por pressão (feridas na pele provocadas pelo tempo prolongado sentado ou deitado);

•Reação adversa ao uso de medicamentos;

• Inefetividade terapêutica de algum medicamento;

• Erros de medicação que causaram ou não danos à saúde do paciente (por exemplo, tro de medicamentos no momento da administração);

• Evento adverso decorrente do uso de artigo médico-hospitalar ou equipamento médico-hospitalar;

• Reação transfusional decorrente de uma transfusão sanguínea;

• Evento adverso decorrente do uso de um produto cosmético;

• Evento adverso decorrente do uso de um produto saneante.

2. Exemplos de notificações de queixas técnicas que podem ser feitas no Notivisa:

• Produto (todos listados acima, exceto sangue e componentes) com suspeita de desvio da qualidade;

• Produto com suspeita de estar sem registro;

EXEMPLO DE NOTIFICAÇÃO ENVIADA

Notificação Enviada

Número da Notificação: 2021.11.1[illegible]
Data da notificação: 10/11/2021
Notificador: Hana Sabrina Veloso Peixoto
Produto motivo da notificação: Uso de sangue ou componente
Descrição da Reação: Outras reações imediatas
Caro(a) Notificador(a),
sua notificação foi recebida com sucesso e será analisada pelos técnicos da Vigilância Sanitária.
Atenciosamente,

NOTIVISA - Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária

HUGO

NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

FORMULÁRIO

COMUNICADO DE OCORRÊNCIA SEGURANÇA DO PACIENTE

FOR.NQSP.003	Revisão 03	Vigência: 01/11/2023

Considerando a melhoria contínua dos processos internos para a proteção, promoção e garantia da Qualidade e Segurança dos Pacientes da instituição, venho por meio deste solicitar a notativa, em um **prazo máximo de 10 dias** corridos a partir da data de recebimento, referente ao Comunicado de Ocorrência.

Ocorrência N°	**2469**	Data e Hora	03/11/2021 11:45:33
SETOR NOTIFICADO:	**AGENCIA TRANSFUSIONAL**		
A/C:			

COMUNICANTE

Categoria Profissional	Outro	Setor	Outro - AGENCIA TRANSFUSIONAL
A Ocorrência envolve Paciente?		Sim	

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente	ALEXANDRE LUCIANO ESPINDOLA		
Data de Nasc.:	04/08/1995	Prontuário/ Atendimento:	751373
Nome da Mãe do Pac.	CRISTIANA CORDEIRO ANTONIO ESPINDOLA		

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Quando Ocorreu:	30/10/2021	Período que ocorreu:	Noite
Local da ocorrência do incidente		Enfermaria - Clínica Médica (2° andar)	
Tipo do incidente		Evento adverso: incidente que resulta em dano para um paciente (danos não intencionais decorrentes da assistência e não relacionados à evolução natural da doença de base)	
Este ocorrência causou dano		Leve : Síndromes leves, perda de função ou dano mínimo, de curta duração, intervenções mínimas.	
Protocolo de Segurança do Paciente quebrado:		OUTRO	
Categoria do Incidente:		Falha relacionada ao uso de hemoderivados	
Descreva detalhadamente qual foi o incidente ocorrido		Paciente com anemia grave e hemoglobina em queda constante 2 hrs após ter sido hemotransfundido com 1 concentrado de hemácias (nelliseo e filtrado) apresentou elevação de temperatura - febre. Sinais vitais pré-infusão: PA: 110x80 FC: 76 FR: 21 Temp: 36,3° C Sinais vitais pós identificação do evento adverso: PA: 120x70 FC:80 FR: 20 Temp: 38° C Concentrado de hemácias n° 12522110230111 vencimento: 21/11/2021	
Houve ação corretiva imediata?			

TRATATIVA



As colunas [illegible] envolvem são tratadas pela comissão que responde o ocorrência. O NQSP irá realizar tratativa diretamente no registro, quando em caso de necessidade de reclassificação do Tipo, Dano, Protocolo Quebrado e Categoria do Incidente.
Para mais informações ou sugestões, contate-nos em (62)[illegible] ou NQSP através do e-mail [illegible]

7.19 Comissão Interna de Qualidade

7.19.1 Proposta de Constituição

7.19.1.1 FINALIDADE

O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade D Instituto CEM.

7.19.1.2 Membros

A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e técnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

7.19.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1 O Regimento Interno da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade é um instrumento normativo que orienta o funcionamento da mesma e estabelece diretrizes para o planejamento e implementação das atividades de avaliação da qualidade na instituição.

Art. 2 A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade (AVAQualis) Da unidade é regida por este Regimento Interno, tem natureza técnico-científica permanente e foi instituída para coordenar a avaliação interna da qualidade, conforme previsto no Programa de Gestão da Qualidade DO Instituto CEM.

Art.3 A avaliação interna, também designada de autoavaliação, consiste na avaliação do Hospital realizada por uma comissão formada por colaboradores da própria instituição.

Art. 4 A Comissão de Avaliação Interna de Qualidade é um órgão de assessoria direta da unidade, formado por profissionais a própria unidade qualificados para o planejamento e execução da avaliação interna de qualidade.

Art. 5 A autoavaliação será realizada para verificar a conformidade das práticas do Hospital frente aos requisitos descritos no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa de qualidade e pelas certificadoras ONA.

Art. 6 O objetivo da avaliação interna da qualidade é estimular a unidade a investir em processos de melhoria contínua para alcançar os padrões de excelência nos serviços prestados, buscando promover o cuidado seguro e efetivo para o paciente, eficiência na gestão e contribuir para a formação de excelência dos estudantes dessas instituições.

§1 A avaliação interna de qualidade é um programa de melhoria contínua, não tendo cunho fiscalizatório.

§2 A avaliação interna da qualidade possui a finalidade de verificar a realidade do Hospital e oportunidades de melhorias não possuindo finalidade de concessão do Selo e certificação ONA.

CAPÍTULO II

DAS DEFINIÇÕES

Art. 7 Para este Regimento, considera-se:

I - Avaliador interno da qualidade: profissional do Hospital, qualificado para realizar a avaliação interna de qualidade, designado como membro da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade por portaria institucional e deverão ser selecionados e capacitados pelo Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

II - Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade: profissional integrante da Comissão, que assume a responsabilidade pela condução das atividades de avaliação interna da qualidade da equipe e deverá ser designado por portaria institucional.

III - Avaliação Interna da Qualidade (auto avaliação): atividade sistemática, independente e documentada, realizada por uma equipe da unidade para examinar os processos organizacionais com a finalidade de levantar evidências e avaliar o nível de conformidade frente ao Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade, visando a melhoria

contínua do desempenho. IV - Avaliação interna geral: avaliação interna da qualidade de todos os requisitos do manual da qualidade, ou seja, uma visão geral de todo a unidade, realizada em um período determinado, minimamente uma vez ao ano.

IV - Avaliação interna parcial: avaliação interna da qualidade quanto à adequação dos setores da unidade individualmente com periodicidade definida pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

V - Líder da qualidade: profissional que acredita na gestão da qualidade e exerce a liderança em seu setor de atuação promovendo a qualidade nos processos, independentemente d cargo ou função, contribuindo para a avaliação interna da qualidade.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 8 A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade terá composição multiprofissional e atuação interdisciplinar, composta por:

- 02 (dois) representantes da diretoria administrativa e tecnica,
- 02 (dois) da Gerência de Ensino e Pesquisa e
- 01 (um) do instituto CEM capacitados para realização de avaliações internas, de modo a atender o perfil e a realidade institucional.

Art. 9 A escolha dos membros da comissão de avaliação interna da qualidade deverá considerar as diferentes áreas do Hospital abordadas pelo Manual de Diretrizes e Requisi do Programa da Qualidade visando a verificação de todos os requisitos aplicáveis à instituição.

Parágrafo único. Poderão ser escolhidos líderes da qualidade dos setores para integrar a Comissão, contudo, nem todo líder da qualidade será necessariamente integrante da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade, considerando que o número de líderes da qualidade é bem superior ao número de integrantes da Comissão.

Art. 10 A Comissão contará obrigatoriamente com um Coordenador, selecionado pela diretoria administrativa, responsável pela condução dos trabalhos da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade na instituição.

Parágrafo único. O Coordenador deve ser vinculado ao Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente responsável pelo desenvolvimento das atividades de gestão da qualidade no Hospital.

CAPÍTULO IV

DA INSTITUIÇÃO

Art. 11. A Comissão será instituída formalmente através de portaria emitida pela diretoria adminsitrativa.

Parágrafo Único. Os representantes serão designados pelas respectivas áreas, conforme quantidade estipulada no artigo sétimo.

Art. 12. A Portaria de composição deverá relacionar o nome completo dos membros da Comissão e a identificação do Coordenador designado pela diretoria adminsitrativa

Art. 13. A Portaria de composição deverá ser republicada anualmente para atualização da relação de seus integrantes.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade tem como atribuição a condução dos processos de avaliação interna da instituição, de sistematização e de prestação das informações aos gestores.

Art. 15. Compete aos avaliadores internos, integrantes desta Comissão:

I - Cumprir este Regimento;

II - Participar das reuniões da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade; III - Realizar a avaliação interna no HOSPITAL;

III - Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;

IV - Desempenhar tarefas para as quais for designado nas reuniões da avaqualis;

V- Elaborar e emitir relatórios de auditorias;

VI - 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.

VII - Contribuir, caso seja solicitado, para realização dos ciclos de melhoria.

Art. 16. Compete ao Coordenador da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade:

I - Selecionar os avaliadores internos da qualidade;

II - Promover a capacitação dos avaliadores internos da qualidade;

III - Convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão;

IV - Coordenar as discussões e conduzir os trabalhos da Comissão;

V - Distribuir tarefas entre seus membros;

VI - Responsabilizar-se pela qualificação, coordenação, organização, planejamento, desenvolvimento, execução e avaliação, permanente e sistemática, das atividades referentes às avaliações internas da instituição;

VII - Representar a Comissão de Avaliação Interna da Qualidade perante a alta administração; VIII - Selecionar e participar de auditorias aleatórias com o intuito de verificar seu desenvolvimento;

VIII - Encaminhar à diretoria administrativa da instituição e ao setor de qualidade do Instituto CEM os respectivos relatórios de avaliação interna conforme prazo estipulado em documento próprio;

IX - Garantir o desenvolvimento das atividades dos Avaliadores Internos na instituição com o apoio da diretoria administrativa.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 17. A atuação dos avaliadores se restringe ao âmbito interno de sua instituição unidadear devendo todo o processo ser conduzido com observância ao descrito neste regimento, ao regimento interno da unidade,

Art. 18. Baseados nos requisitos verificados como não conformes, durante a auto avaliação, cada área da unidade de saúde deverá planejar, executar e monitorar ações que visem à adequação das não conformidades apresentadas.

Parágrafo único. O não cumprimento dos requisitos durante a auto avaliação deverá deflagrar ciclos de melhoria da qualidade. Cada setor será responsável pela condução de seu ciclo de melhoria . A condução dos ciclos de melhoria não é responsabilidade da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade.

Art. 19. A Comissão se reunirá ordinariamente uma vez ao mês.

§1 Os dias, horários e lugares das reuniões ordinárias serão divulgados pelo Coordenador da Comissão com antecedência mínima de 15 dias sendo obrigatória a presença de todos os membros do corpo de avaliadores internos.

§2 As reuniões de deliberação deverão atender ao quórum mínimo de 07 (sete) membros.

§3 As reuniões deverão ser registradas em lista de presença e ata de reunião com a assinatura dos presentes.

§4 O avaliador que faltar duas reuniões consecutivas ou três alternadas, sem justificativa formalizada, será excluído do corpo de avaliadores internos e não participará da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade no ano subsequente.

Art. 20. Poderão ser solicitadas reuniões extraordinárias a qualquer momento pelo Coordenador da AVAQualis com antecedência mínima de 24 horas.

Art. 21. As deliberações da AVAQualis deverão ser encaminhadas à diretoria adminsitrativa, Gerências ou Setores para um parecer final e demais providências, quando aplicável.

Art. 22. A participação na Comissão de Avaliação Interna da Qualidade não implicará em qualquer vantagem econômica para seus membros e se dará no horário de trabalho.

Parágrafo único. Os participantes da Comissão deverão ser liberados das atividades de seu setor nos dias e horários programados para participação das atividades da Comissão. O Coordenador da AVAQualis deverá encaminhar periodicamente para a chefia imediata a carga horária necessária para as atividades de cada membro a depender do número de avaliações previstas no período.

CAPÍTULO VII

DA QUALIFICAÇÃO DOS AVALIADORES

Art. 23. Os avaliadores deverão ser qualificados para realização da avaliação interna e, preferencialmente, possuir conhecimento técnico-científico dos processos de trabalho da área a ser avaliada.

Art. 24. Colaboradores da instituição que possuam formação e experiência nas áreas de auditoria e qualidade deverão ser considerados para compor a AVAQualis.

Art. 25 a unidade deverá proporcionar capacitações complementares necessárias a execução dos processos de avaliação interna.

Parágrafo único. A solicitação de capacitação complementar deverá ser realizada pelo Coordenador da Comissão à diretoria tecnica e administrativa da unidade apresentando a devida justificativa.

CAPÍTULO VIII

DAS AVALIAÇÕES

Art. 26. A definição do cronograma das avaliações será feita no âmbito da Comissão e deverá considerar a disponibilidade da equipe de avaliadores.

§ 1 Deverão ser programadas avaliações internas gerais e parciais, as quais serão realizadas pela equipe da AVAQualis.

§ 2 A avaliação deverá ser realizada obrigatoriamente por dois membros da Comissão.

Art. 27. O chefe da unidade a ser avaliada deverá ser notificado sobre a visita da Comissão com antecedência mínima de sete dias.

Art. 28. A comunicação com o chefe da unidade deverá acontecer por e-mail informando a data da avaliação, o nome dos avaliadores, os requisitos que serão avaliados e a previsão de tempo de avaliação. Além disto, é necessário que o chefe indique representante da unidade responsável pelo acompanhamento da avaliação.

Art. 29. A visita de avaliação deverá ser previamente planejada pelos avaliadores internos, considerando as especificidades da unidade a ser visitada, relatórios de avaliação anteriores

(se houver), legislação pertinente, documentos institucionais, dentre outras referências atualizadas. **Art. 30.** A avaliação deverá ser iniciada com uma reunião prévia com os representantes da unidade a fim de apresentar a equipe avaliadora, estabelecer os objetivos da avaliação e apresentar a metodologia de avaliação.

Art. 30. A equipe deverá avaliar a unidade utilizando uma lista de verificação baseada no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa da qualidade

Art. 31. Ao término da avaliação, os avaliadores deverão expor resumidamente suas conclusões sobre a adequação da unidade aos requisitos da qualidade e possíveis oportunidades de melhorias.

CAPÍTULO IX

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Art. 32. Os resultados, evidências, oportunidades de melhorias e conclusões das avaliações serão documentados pela equipe da AVAQualis. A cada avaliação o coordenador deverá designar um avaliador responsável pela elaboração e apresentação do relatório, sua exatidão e completude.

Art. 33. O relatório conterá informações detalhadas do processo de avaliação, incluindo, sempre que aplicável:

I - Identificação do local, data e horário da avaliação;

II - Identificação dos avaliadores internos;

III - Identificação dos responsáveis da unidade que acompanharam a avaliação;

IV - Identificação do chefe da unidade avaliada;

V - Citação dos documentos de referência, segundo os quais a avaliação foi conduzida;

VI - Identificação dos itens conformes, com suas evidências, e itens não conformes em relação aos requisitos da documentação de referência;

VII - Observações da equipe de avaliação como oportunidades de melhorias.

Art. 34. O avaliador responsável deverá encaminhar o relatório final de avaliação interna ao Coordenador da Comissão até 5 dias úteis após o encerramento da visita.

Parágrafo único. O envio do relatório de avaliação interna ao Coordenador deverá ser feito por meio eletrônico.

Art. 35. O relatório deverá ser enviado pelo Coordenador da Comissão ao Chefe da unidade avaliada em até 7 dias úteis a contar da data de encerramento da visita.

Art. 36. O Chefe da Unidade poderá contestar o relatório, enviando contribuições baseadas em evidências documentadas para o Coordenador da AVAQualis em até cinco dias úteis, após o recebimento do relatório.

Art. 37. O Coordenador deverá apresentar os questionamentos aos avaliadores responsáveis pela avaliação, sendo facultado a eles concordar ou não com as contribuições das unidades avaliadas. Essa decisão deverá ser comunicada à unidade avaliada em até sete dias a contar do recebimento da contestação do relatório.

Art. 38. O relatório final deverá ser assinado via sistema pelo coordenador da AVAQualis, avaliadores que participaram da avaliação e chefe/responsável pela unidade avaliada.

Art.39. O Coordenador da Comissão enviará relatório das avaliações internas parciais da qualidade a diretoria a cada três meses.

Art. 40. A avaliação interna parcial estará concluída quando da entrega do relatório final de avaliação aos chefes das unidades.

Art. 41. A avaliação interna geral deverá ser realizada, no mínimo, anualmente e será concluída quando do envio do relatório de avaliação de todos os setores do Hospital Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM

Parágrafo único. O relatório de avaliação interna geral deverá atender a prazo e modelo previamente definido/orientações específicas da diretoria publicado em documento específico.

CAPÍTULO X

DOS PLANOS DE AÇÃO

Art. 42. A partir do recebimento do relatório de avaliação, a unidade avaliada deverá analisar as não conformidades e oportunidades de melhoria para estabelecer planos de ação para adequação da unidade aos requisitos de qualidade.

Art. 43. A elaboração do plano será realizada por cada unidade e contará com o apoio do instituto CEM

Art. 44. A resolução das não conformidades será monitorada pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade nas avaliações parciais e na avaliação geral.

Art. 45. Cada Setor/Unidade terá 30 dias, a contar da data da avaliação interna, para apresentar plano de ação elaborado

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 46. A avaliação interna da qualidade é atividade preconizada pela INSTITUTO CEM, sendo obrigatória para todos os hospitais/Unidades de saúde geridas e que devem seguir diretrizes e prazos normatizados para a Rede.

Art. 47. Ao final da avaliação interna geral a Comissão redigirá relatório, a ser enviado ao Serviço de Gestão da Qualidade do Instituto CEM, apresentando a situação da unidade frente aos requisitos constantes no Manual de Diretrizes e Requisitos do Programa

§1 O relatório deve ser encaminhado anualmente ao SGQ, sendo o primeiro envio realizado logo após a primeira avaliação interna no Hospital.

§2 O relatório de avaliação interna deverá ser elaborado pela Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e aprovado e assinado pelo Coordenador da Comissão e pelos diretores administrativo e financeiro antes do envio ao SGQ.

§3 Os relatórios das avaliações internas de qualidade devem possibilitar o estabelecimento de ciclos de melhorias contínuas dos processos de modo a promover a Qualidade em Saúde, com foco na Segurança do Paciente.

Art. 48. Para orientações e estratégias específicas de adequação a cada requisito, a unidade poderá buscar apoio junto aos respectivos serviços responsáveis, das diferentes unidades geridas pelo instituto cem.

Art. 49. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade estabelecerá o cronograma de avaliação interna observando o prazo para entrega do relatório apresentados em portarias.

Art. 50. A Comissão de Avaliação Interna da Qualidade está ligada, na sede do Instituto CEM ao Serviço de Gestão da Qualidade da Coordenadoria de Gestão da Clínica da Diretoria de Atenção à Saúde.

Art. 51. Os casos omissos neste Regimento Interno serão discutidos e resolvidos em reunião da Comissão de Avaliação Interna da Qualidade e submetidos à apreciação final da diretorias administrativa e técnica e do Serviço de Gestão da Qualidade.

GOIÂNIA., de 2022

_____

Diretoria técnica da unidade

7.19.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	Reuniões Ordinárias	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	Promover reuniões da			X			X			X			X

	Comissão de Avaliação Interna da Qualidade;												
6	Realizar a avaliação interna no hospital						X						X
7	Elaborar roteiros de avaliação em parceria com os demais membros da sua equipe de avaliação;		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8	Desenvolver plano operacional dos ciclos de melhoria.			X			X			X			X
9	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.						X						X
10	Elaborar e emitir relatórios de auditorias;		X		X		X		X		X		X
11	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Assessoramentos Diversos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

13	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
14	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X							X

7.20 Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele

7.20.1 Proposta de Constituição

7.20.1.1 Da Finalidade

A Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele, tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

7.20.1.2 Membros:

A Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele, terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares, e deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

7.20.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES

Art. 1º. O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados com a Pele no Hospital bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade

ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

§ 1 – A Comissão de Cuidados com a Pele (COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE) é de natureza técnico-científica permanente.

§ 2 - A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE é um órgão de assessoria vinculado à Diretoria técnica e administrativa, por meio do Núcleo de Comissões Hospitalares da unidade.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE é um órgão de assessoria e de autoridade da instituição e tem por finalidade o desenvolvimento de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o compromisso de oferecer qualidade na assistência e otimizar recursos.

§ 1. Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2. Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3. Entende-se por curativo o tratamento, utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e mecânicos no local da ferida.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º. A Comissão terá composição multiprofissional e multidisciplinar, contando com membros titulares.

Parágrafo único. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE poderá contar com consultores "ad hoc", que não fazem parte da comissão como membro titular, podendo auxiliar em uma reunião determinada, sendo convidado formalmente para esta. Os consultores são pessoas pertencentes ou não à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos a determinado assunto.

Art. 4º. Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Art. 5.º A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deve contar com, no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Parágrafo Único. Para o bom funcionamento da Comissão, é imprescindível a nomeação de um secretário, com função exclusiva, mesmo não sendo um membro da mesma.

CAPÍTULO IV

NOMEAÇÃO

Art. 6º. Os membros titulares da Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele serão escolhidos por seus pares em votação aberta em reunião, em concordância com a Diretoria técnica e administrativa, para exercerem estas funções por um período de no mínimo 2 (dois) anos, permitindo-se a recondução.

Parágrafo único. O critério para recondução dos membros será avaliado pelos pares presentes na reunião, através da disponibilidade dos membros em auxiliar com os trabalhos da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE.

Art. 7º. A COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deverá ser formada por profissionais da área de saúde, que prestem assistência direta ao paciente com lesão de pele, seja no cuidado ambulatorial ou em uma unidade de internação e que atuem como sujeitos na prevenção do surgimento de lesões e atuem na evolução de feridas nesses indivíduos.

Art. 8º. O presidente da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE deve necessariamente ser um enfermeiro especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9º. O vice-presidente deve ser um profissional de nível superior enfermeiro que tenha interesse pelo tema, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas fins relacionada ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10º. O mandato do presidente, vice-presidente e dos membros da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver recondução ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros, através de indicação da comissão e nomeação pela Diretoria tecnica e administrativa da unidade

Art. 11º. Após a nomeação pela Diretoria técnica e administrativa, permanecendo os mesmos membros, caberá somente a recondução, ou seja, após a indicação da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE no sentido de reconduzir seus membros, caberá como ato da Diretoria técnica e administrativa a publicação de portaria de recondução.

Art. 12º. Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a Diretoria técnica e administrativa com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 13º. O mandato poderá ter um período inferior, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão ou por ausência em 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio. § 1. As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO

Art. 14º. 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.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES

Art. 15º. Atribuições do Presidente:

I – Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II – Instalar a comissão e presidir suas reuniões;

III – Promover convocação formal das reuniões;

IV – Representar a Comissão de Cuidados com a Pele em suas relações internas e externas;

V – Tomar parte das discussões e, quando for o caso, exercer o direito de voto de desempate; VI – Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando da ausência do secretário;

VII – Indicar os membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros, quando necessários ao cumprimento da finalidade da comissão;

VIII – Promover a interação da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

IX- Solicitar, quando necessário e na ausência de um médico disponível, exames complementares para melhor acompanhamento do paciente, respeitando competências para cada profissional, sendo que estes exames serão posteriormente avaliados conjuntamente com o médico do paciente e cabe ao médico a prescrição de medicamentos para uso sistêmico; **Art. 16**. Atribuições do vice-presidente:

I – Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II – Auxiliar na promoção da comissão com a equipe multidisciplinar da instituição e demais comissões.

III - Na ausência do presidente, o vice presidente realizará suas atribuições.

Art. 17º. Atribuições do secretário:

I – Assistir as reuniões;

II – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV – Fazer registros de atas, deliberações, entre outros;

V – Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VI – Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

VII – Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VIII – Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 18º. Atribuições do serviço de educação permanente:

II – Auxiliar na promoção de capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

III – Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

IV – Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações quando necessário; V – Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

VI – Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Art. 19º. Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Avaliar as feridas dos pacientes desta instituição em parceria com a Comissão de Cuidados com a Pele quando solicitado;

II- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a admissão de pacientes com lesões;

III- Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a alta de pacientes com lesões; IV –Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele, sendo que, este acompanhamento não exime a equipe de enfermagem assistencial das unidades de internação da responsabilidade de execução de curativos e da avaliação da ferida.

Art. 20º. Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I – Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas;

II – Comparecer às reuniões, proferindo votos ou pareceres e manifestando-se a respeito do assunto em discussão;

III – Desempenhar as ações atribuídas pela comissão;

IV – Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V – Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO DA COMISSÃO

Art. 21º. A Comissão de Cuidados com a Pele irá realizar acompanhamento dos pacientes internados na instituição após solicitação de parecer do enfermeiro ou médico responsável pelo paciente ou através da busca ativa de pacientes nas unidades de internação.

Art. 22º. As respostas de parecer, ou seja, a avaliação das lesões pode ser realizada por qualquer enfermeiro ou médico membro titular da COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE.

Art. 23º. As solicitações de parecer do período noturno e final do período vespertino, serão realizadas com prazo máximo de 48 horas, salvo se os integrantes da comissão estiverem envolvidos em outras atividades.

Art. 24º. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 25.º Dias de Funcionamento:

I - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 26º. Das reuniões:

I – As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro da unidade.

II – As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário previamente agendados.

III – Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 27º. Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1. Após entrar em pauta, o assunto deverá ser estudado e votado no prazo máximo de 02 (duas) reuniões.

§ 2. Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 3. Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

§ 4. Em caso de empates nas votações, caberá ao Presidente o desempate ("voto Minerva").

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 28.º Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Parágrafo Único. A proposta para alteração regimental poderá ser feita por qualquer membro titular da comissão de Cuidados com a Pele.

Art. 29º. Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 30º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria pela Diretoria técnica e administrativa do hospital, revogado o Regimento anterior e as demais disposições em contrário.

GOIÂNIA., de 2022

_____

Diretoria técnica da unidade

7.20.3 Cronograma Anual de Atividade

		CRONOGRAMA											
	ATIVIDADE	Ano:											
		MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5	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.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.		X		X		X		X		X		X
6	Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Reduzir os custos hospitalares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.		X		X		X		X		X		X
10	Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.												
11	Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	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.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	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.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Assessoramentos Diversos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X			X

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

7.21.1 Proposta de Constituição

O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

7.21.1.1 FINALIDADE

- Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;
- Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;
- Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;
- Reduzir complicações clínica e re-internações;
- Otimizar o tempo de recuperação do paciente;
- Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;
- Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando processo de desospitalização;
- Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;
- Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

7.21.1.2 MEMBROS

A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. sendo

- 01-Representante da Equipe de Enfermagem;
- 01-Representante da Equipe Médica;

- 01-Representante da Nutrição;
- 01-Representante da Fisioterapia;
- 01-Representante da Assistência Social;
- 01-Representante do serviço de educação permanente;

7.21.2 Proposta de Regimento Interno

GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR

CAPÍTULO I

DAS CONSIDERAÇÕES

Art.1 Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar São considerados pacientes crônicos aqueles portadores de patologias que levam à necessidade de acompanhamento médico prolongado, podendo evoluir ou não para a dependência parcial ou total para cuidados básicos de vida.

Art.2 O Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar da unidade, além de oferecer atendimento personalizado, oferece informações diversas como indicações de recursos que podem auxiliar os pacientes e/ ou familiares de pacientes acometidos por doenças crônicas melhorando na qualidade de vida de todos.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 3 o programa tem os seguintes objetivos:

Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou transferência;

Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;

Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;

Reduzir complicações clínica e re-internações;

Otimizar o tempo de recuperação do paciente;

Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;

Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;

Planejar a alta juntamente com a equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;

Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;

CAPÍTULO III

DA ATUAÇÃO

Art. 4 Atua com os seguintes critérios para que o paciente possa ser acompanhado pelo Programa de Gerenciamento de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar:

- Grau de complexidade para assistência de enfermagem;
- Patologias crônicas e/ou sequelantes;
- Tempo de hospitalização prolongado;

Art.5 O acompanhamento aos pacientes pelo GPC e feito pelos seguintes critérios:

- O acompanhamento ao paciente pode ser realizado por indicação médica, por busca ativa pela equipe gerenciadora de casos crônicos e de longa permanência hospitalar;
- O caso é gerenciado até que o paciente apresente condições favoráveis para alta e/ou transferência.
- Público de pacientes acima de 15 dias de internação;
- Resultados esperados variam com: Menor tempo de hospitalização; Baixo índice de re-internações; Maior número de doentes crônicos, com melhora na qualidade de vida; Redução do custo assistencial.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO

Art.6 A Comissão da unidade e será constituída por 6 membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal. Sendo:

- 01-Representante da Equipe de Enfermagem;
- 01-Representante da Equipe Médica;
- 01-Representante da Nutrição;
- 01-Representante da Fisioterapia;
- 01-Representante da Assistência Social;
- 01-Representante do serviço de educação permanente;

§1 - O presidente do Comitê deverá, preferencialmente, ser profissional enfermeiro com especialização em gerontologia ou médico fisiatra ou geriatra.

§2 - Com proposição da periodicidade das reuniões, e registro das atividades através de atas, comunicações internas e relatórios, com posterior divulgação a comunidade interna de colaboradores.

§3 - O comitê que se reúne semanalmente;

CAPÍTULO V
DAS ATIVIDADES

Art.7 das atividades do comitê:

Conta com avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as equipes de auditoria e membros de gestão das operadoras de planos de saúde, em parceria com o setor comercial e com a auditoria interna.

Art.8 A avaliação da condição clínica é realizada nas unidades de pacientes internados pelo enfermeiro em parceria com equipe médica, com o intuito de conhecer as metas terapêuticas dos pacientes em longa permanência e identificar suporte necessário para a estabilidade clínica e para a alta hospitalar.

Art.9 A abordagem social é uma das ferramentas utilizadas visando assegurar o processo de desospitalização segura, planejada, sistematizada e com minimização da interferência da doença na vida pessoal, familiar e social do paciente.

Art.10. A abordagem, assim como a intermediação social, ocorre em dois momentos: na incorporação do paciente ao escopo de gestão do Grupo de Gerenciamento de Pacientes com Risco de Alta Permanência a partir do 15 dia de internação, para levantamento de dados de rede familiar e de suporte social, quando são feitos registros de informações relevantes para o acompanhamento do serviço social.

Art.11 Após a avaliação do contexto do caso e a definição relativa aos encaminhamentos pertinentes, inicia-se o processo de intervenção, com ações de avaliação e abordagem social detalhada e efetiva junto aos familiares, aos responsáveis, à equipe técnica assistencial e à operadora de plano de saúde.

Art.12 De acordo com a evolução deste processo, as ações são compartilhadas no comitê para discussão e outros encaminhamentos; sempre com foco na manutenção DO FLUXO de desospitalização segura.

Art.13 a área administrativa É responsável pela realização de reuniões mensais com as principais do SUS para discussão de casos de pacientes de longa permanência e para identificar possibilidades de suporte e oportunidades, quando necessário, para desospitalização segura. Além disso, mantém contato constante com a regulação.

Art.14 A permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.

§1 Muitas vezes esta condição está associada à incompreensão do processo corresponsabilidade na assistência, que pode até justificar a falta de estrutura e que leva a uma permanência hospitalar prolongada, desnecessária e com riscos.

§2 Está consolidada a ideia de que as condições de saúde e doença de um membro da família e da família como um todo devem ser observadas como uma unidade de influência mútua.

CAPÍTULO VI

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Art.15 Diante deste cenário, a proposta institucional visa a manutenção do vínculo familiar e da coparticipação no processo de tratamento, mantendo ou reinserindo este membro (paciente) em seu núcleo familiar.

Art.16 Os casos omissos deste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Comitê.

GOIÂNIA, de 2023

7.21.3 Cronograma Anual de Atividade

CRONOGRAMA													
	ATIVIDADE	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
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
2	Reunião de planejamento anual	X	X										
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	relatorio das avaliações clínicas, abordagem social, reuniões com as		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	equipes de auditoria em parceria com o setor comercial e com a auditoria interna.												
5	análise /relatório da permanência hospitalar prolongada pode ser devida a dificuldades sociais e/ou econômicas de familiares ou do paciente, que necessitam dar continuidade à permanência e não possuem rede de suporte social, ou ela é escassa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Preparar o paciente, a família e os cuidadores para a tarefa de autogestão da saúde, auxiliando-os e apoiando-os no desenvolvimento de habilidades para monitorar sua saúde dentro do contexto de seu próprio estilo de vida, a fim de prepará-los para o momento da alta e/ou	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	transferência;												
	Possibilitar o retorno do paciente ao conforto do ambiente familiar de forma segura e com qualidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Diminuir os riscos de infecção nesses pacientes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Reduzir complicações clínica e re-internações;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Otimizar o tempo de recuperação do paciente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Formar um Comitê Gerenciador de Pacientes Crônicos e de Longa Permanência Hospitalar;	X					X						X
10	Estimular os papéis biográficos dos pacientes durante a internação, auxiliando no processo de desospitalização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Planejar a alta juntamente com a	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	equipe multidisciplinar que assiste o paciente, preparando-os, quando necessário, para a continuidade da assistência no domicílio;												
12	Facilitar e intermediar o acesso aos recursos oferecidos pelos convênios;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Assessoramentos Diversos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	Apresentação de relatórios a alta direção			X			X			X			X

7.22 Núcleo Interno de Regulação (NIR)

7.22.1 Proposta de Constituição

7.22.1.1 Da Finalidade

Definir macro diretrizes a partir dos princípios e diretrizes do SUS, para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas

7.22.1.2 Membros

O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

1. Médico auditor
2. Enfermeiro/técnico de enfermagem;
3. Assistente social;
4. Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
5. Coordenador
6. Secretário

7.22.2 Regulamento Do Núcleo Interno De Regulação (Nir)

CAPÍTULO I

DA LEGISLAÇÃO

Art. 1. O Núcleo Interno de Regulação (NIR) da Unidade foi estruturado, considerando a PORTARIA N 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008, do Ministério da Saúde que: ***Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.***

Art. 2 - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e

seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e DOS FLUXOS assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seu respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Parágrafo único. O objetivo da criação do NIR pela supracitada portaria é aumentar a ocupação de leitos e otimizar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

CAPÍTULO II

AS DEFINIÇÕES

Art. 3. O NIR unidade possui natureza técnico-administrativa permanente, com a finalidade de fiscalizar e deliberar sobre temas relacionados às atividades e atribuições na Instituiç referentes à regulação, controle e avaliação dos serviços prestados, com vistas a:

I. Qualificar os fluxos e processos de trabalho internos;
II. Otimizar os recursos institucionais;
III. Responsabilizar todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao usuário e pelo uso dos recursos.

Art. 4 - O NIR unidade, atuara em consonância com a portaria supracitada através do seu

Art.5- A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e mais especificamente nos incisos:

I - Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

II - Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;

III– O estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segunDO FLUXOs e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, MANDATO E FUNCIONAMENTO

Art. 5. O NIR da Unidade terá composição multidisciplinar, contando com pelo menos sete componentes, sendo um coordenador, todos designados pela Diretoria Técnica e aprovados Geral da unidade através de em portaria, sob a seguinte composição denominada grupo executivo hospitalar/hospitalar/ambulatorial:

1. Médico auditor
2. Enfermeiro/técnico de enfermagem;
3. Assistente social;
4. Parágrafo único: O Grupo Executivo está constituído por
5. Coordenador
6. Secretário

Art. 6º. Os componentes do NIR serão divididos da seguinte forma:

1. Grupo executivo hospitalar/ambulatorial;
2. Grupo consultivo.
3. Parágrafo único. O Grupo Consultivo está constituído por:
4. Responsável pela Divisão Médica;
5. Responsável pela Divisão de Enfermagem e multiprofissional
6. Responsável pelo Setor de Segurança do Paciente;

7. Responsável pela Unidade de Diagnóstico por Imagem (SADT);

Art. 7º. O mandato dos componentes do NIR será de **dois anos** podendo haver recondução, de acordo com as necessidades do núcleo e disponibilidade dos membros.

Art. 8º. A destituição de algum membro do NIR só poderá ocorrer sobre apreciação da chefia do setor de regulação, com anuência das diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 9º. O NIR reunir-se-á, ordinariamente, **mensalmente** e extraordinariamente quando convocado pelo Coordenador, ou a requerimento da maioria simples de seus membros do Grupo executivo e Consultivo.

Art. 10º. O NIR instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, excetuando os membros do Grupo executivo e Consultivo.

§ 1. As deliberações tomadas ad referendum deverá ser encaminhadas ao Plenário da Comissão para deliberação desta, na primeira reunião seguinte.

§ 2. As deliberações do NIR serão consubstanciadas em notas/relatórios endereçadas as diretorias técnica e Geral da Unidade hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 11º É facultado ao Coordenador e aos membros do NIR solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 12º. As reuniões do NIR obedecerão à seguinte rotina:

1. Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;
2. Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);
3. Leitura e/ou apresentação de pauta;
4. Discussão e aprovação de pareceres;
5. Deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;
6. Organização da pauta da próxima reunião.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NIR, por voto da maioria, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13º. A reunião será organizada com os expedientes ou pautas apresentadas para discussão, acompanhadas dos pareceres, súmulas e relatórios.

§ 1. A pauta será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e dois dias para as extraordinárias.

§ 2. Após a leitura da pauta, o Coordenador, ou seu substituto, deve submetê-la à discussão, dando a palavra aos membros que solicitarem.

§ 3. O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas sobre o tema, propor diligências ou adiamento da discussão e das deliberações.

§ 4. O prazo de vistas será encerrado com a realização da próxima reunião ordinária.

Art. 14º. As deliberações serão divulgadas no Hospital Hospitalar/ambulatorial Unidade por meio de boletins eletrônicos ou impressos.

Art. 15.º Caberá ao NIR:

1. Apoiar as equipes da unidade no correto fluxo do paciente no complexo da unidade;
2. Conferir as etapas do tratamento para que o paciente receba cuidado integral às suas necessidades de saúde durante o processo terapêutico hospitalar/ambulatorial;
3. 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.
4. 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;
5. Discutir com as equipes a ampliação da efetividade clínica para melhor aproveitamento de recursos;
6. 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;

7. Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;
8. Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;
9. 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;
10. Realizar o monitoramento contínuo do Plano Diretor de Regionalização, juntamente com a Secretaria estadual de Saúde (SES), sede da Rede de Atenção à Saúde (RA. e municípios da região ampliada, alta e média complexidade, através do acompanhamento das cotas de procedimentos por município, previstas na Programação Pactuada Integrada (PPI);
11. 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.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 16º. São atribuições do Coordenador do NIR:

1. Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;
2. Indicar seu substituto eventual;
3. Representar o NIR em suas relações internas e externas;
4. Suscitar pronunciamento do NIR quanto às questões relativas aos documentos e informações médicas e multiprofissionais e, de dados estatísticos sobre qualidade da assistência e fechamento de contas;
5. Coordenar as discussões e deliberações e, quando for o caso, exercer direito de desempate;
6. Indicar membros pertencentes ou não ao Núcleo e a seu conselho consultivo para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres, necessários à efetivação do trabalho do NIR;
7. Coordenar as auditorias realizadas pela comissão.

Art. 17º. Caberá ao Médico Regulador:

1. Acompanhar o Sistema SUS hospitalar/ambulatorial;
2. Acompanhar o cumprimento DO FLUXO adequado de pacientes nas diversas portas de entrada da instituição;
3. Estabelecer contato com a Regulação Externa para agilizar o fluxo de referência e contra referência de pacientes;
4. Fazer contato com as equipes médicas e multiprofissionais, de chefias dos setores de métodos diagnósticos para agilizar referência e contra referência de pacientes nos diversos setores da instituição
5. Participar, juntamente com as equipes envolvidas no cuidado em saúde, da elaboração de fluxos de transferências internas e externas com vistas a sua maior agilidade.

Art. 18º. Caberá enfermeiro Regulador:

1. Estar ciente de todos os serviços de Inter consultas, procedimentos e SADT disponíveis na instituição e suas destinações;
2. Ser responsável pela priorização das transferências dos pacientes da unidade para Contra referencia conforme a classificação de risco, em comum acordo com a equipe médica e multiprofissional
3. Coordenar a admissão dos pacientes para procedimentos eletivos de pequenas cirurgias, de acordo com a solicitação e comunicação prévia das equipes responsáveis;
4. Coordenar o serviço de Acolhimento da Unidade hospitalar/ambulatorial;
5. Monitorar a admissão de pacientes de média complexidade conforme pactuação da Instituição com o complexo regulador;
6. Colaborar com os possíveis mutirões e campanhas de procedimentos através da disponibilização de vagas internas de consultas, Inter consultas e exames.

Art. 19º. Caberá ao Assistente Social:

1. Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, políticas sociais centradas nas necessidades individuais e coletivas dos usuários, a partir da compreensão do processo de saúde e doença, objetivando a garantia da universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar/ambulatorial;
2. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, na elaboração, programação, execução e avaliação dos processos de

transferências internas e externas do cuidado aos usuários, de forma humanizada, responsável e segura, viabilizando a continuidade do cuidado por meio da articulação do ambulatório com as demais políticas e serviços de atenção da rede do SUS;

3. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, dos processos de organização DOS FLUXOS internos e externos de referência e Contra referencia dos usuários atendidos no ambulatório, de forma humanizada, responsável e segura;

4. Realizar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e sócio assistenciais, que tenham interfaceamento com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de viabilizar a continuidade do cuidado integral ao usuário;

5. Elaborar, emitir e discutir junto ao NIR, de maneira sistemática e continuada, relatórios que demonstrem demandas identificadas no processo de cuidado integral ao usuário, diagnosticados em todas as áreas de intervenção do serviço social no ambulatório;

6. Participar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais de referência, da organização DOS FLUXOS e do monitoramento da utilização dos sistemas que envolvam a entrada e saída de usuários no serviço, por meio do sistema de transferência intermunicipal e interestadual;

7. Elaborar, programar, executar e avaliar juntamente com a instituição e as equipes multiprofissionais ações que garantam a informação e orientação dos usuários e familiares quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos usuários do SUS, bem como das demais políticas sociais.

Art. 19º. Cabe à Referência Técnica (Grupo Consultivo) a função de fornecer subsíd. técnicos para o trabalho do NIR, quando este necessitar.

Art. 20º. Caberá ao Secretário do NIR:

1. Organizar a pauta;
2. Receber e protocolar os processos e expedientes;
3. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do NIR;
4. Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
5. Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob sua guarda;
6. Lavrar e assinar as atas de reuniões do NIR;

7. Elaborar relatório anual das atividades do NIR;
8. Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;
9. Realizar outras funções determinadas pelo presidente, relacionadas ao serviço;
10. Representar o NIR em cada setor do ambulatório;
11. Captar as informações necessárias nos diversos setores e comunicar os membros responsáveis para que a equipe possa atuar.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 21º. O Serviço de Apoio Administrativo proporcionará a infraestrutura necessária a assegurar o suporte técnico, científico e operacional, indispensáveis à eficiência do NIR.

Art. 22.º O NIR, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Art. 23º. Os casos omissos serão resolvidos pelo NIR, em contato com a diretoria clínica da unidade Hospitalar/ambulatorial Unidade.

Art. 24º. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

GOIÂNIA, de 2023

7.22.3 Cronograma de Atividade Anual

	ATIVIDADE	ANUAL											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
1	Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X	X										
2	Reunião de planejamento anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Planejamento, Execução e Avaliação dos Trabalhos da Comissão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Reuniões Ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	Verificação da presença do (a) Coordenador (a) e, em	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	caso de sua ausência, abertura dos trabalhos por um substituto indicado pelo mesmo;												
6	Verificação de presença e existência de "quórum" (50% mais um, entre os membros dos Grupos Executivo e consultivo);	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Leitura e/ou apresentação de pauta;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Discussão e aprovação de pareceres;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Deliberação de ações a serem executadas por cada membro envolvido nos pareceres;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	Organização da pauta da próxima reunião.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Atuar como facilitador na implantação do Projeto Terapêutico Singular (PTS), especialmente para os pacientes de crônico;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Monitorar a taxa de reintegração hospitalar/ambulatorial e identificar possíveis inconsistências e suas causas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

15	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);	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	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.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital						X						X

7.23 Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB)

7.23.1 Proposta de Constituição

7.23.1.1 Finalidade

A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

7.23.1.2 Membros

A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

1. Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;
2. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;
3. Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;
4. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
5. Divisão de Enfermagem;
6. Divisão Médica;
7. Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;
8. Representante da Central de Material e Esterilização;
9. Representante da Unidade de Compras;
10. Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

7.23.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

FINALIDADE

Art. 1. Este Regulamento Interno é baseado na Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora n. 32 do Ministério do Trabalho e Em- prego (MTE), o qual dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o Plano de Prevenção de Riscos Acidentes Com Materiais Perfuro cortantes.

Art. 2º. A Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) tem como objetivo reduzir os riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes, com probabilidade de exposição a agentes biológicos, por meio da elaboração, implementação e atualização de plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO II

CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 3º. Entende-se por serviço de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência,

pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade, sendo essa comissão específica para atuação dentro do Hospital.

CAPITULO III

COMPETÊNCIA

Art. 4º. Compete à Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB):

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

Art. 5º 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:

I - Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;

II - Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;

III - Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;

IV - Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

CAPITULO III

COMPOSIÇÃO

Art. 6º. A comissão deverá ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

I. Superintendente ou representante da direção do serviço de saúde;

II. Representante da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho ;

III. Vice-presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes ou o designado responsável pelo cumprimento dos objetivos da Norma Regulamentadora n. 5, nos casos em que não é obrigatória a constituição de CIPA;

IV. Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

V. Divisão de Enfermagem;

VI. Divisão Médica;

VII. Responsável pela elaboração e implementação do PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde;

VIII. Representante da Central de Material e Esterilização;

IX. Representante da Unidade de Compras; e

X. Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde.

CAPITULO IV

MANDATO

Art. 7º. O mandato desta comissão será indeterminado, podendo ser substituído algum membro quando a Superintendência achar conveniente.

CAPITULO V

SEDE

Art. 8º. A sede da comissão será a Sala do sesmt, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

CAPITULO VI

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 9º. Deverão ocorrer reuniões mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 10º. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente administrativo do hospital, em local apropriado ficando suas convocações à cargo do Presidente.

Art. 11º. As reuniões da Comissão terão atas assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros para que as mesmas fiquem à disposição de qualquer fiscalização.

Art. 12º. Reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelo Presidente ou Vice-Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, ou diante de acidente do trabalho grave ou fatal, ou ainda quando houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 13º. Será necessário o quórum de 06 (seis) membros efetivos para a edição de resoluções (considerado o n de 06 pelo cálculo 50% + 1).

§ 1 não havendo quórum, será feita nova convocação.

§ 2 havendo impasse, a situação deverá ser votada.

§ 3 em caso de empate em votação, o (a) Presidente terá "Voto de Minerva".

§ 4 membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 1º4. A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda quatro reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses ocasionará sua exclusão automática.

CAPITULO VII

ATRIBUIÇÕES

Art. 15.º Compete à Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com perfuro cortantes do HOSPITAL promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores do hospital,

ações coletivas que permitam a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho, identificar as necessidades de qualificação dos profissionais.

Art. 16º. São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a comissão junto as gerências ou Superintendência da instituição;

III - Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão, previamente aprovados pelos membros desta;

IV - Fazer cumprir o regimento.

Art. 17º. Compete ao Vice-Presidente:

I- Executar atribuições que lhe forem delegadas;

II- Substituir o Presidente em seus impedimentos eventuais ou afastamentos temporários.

Art. 18º. O Presidente e o Vice-Presidente, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I - Cuidar para que a Comissão disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

II- Coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

III- Delegar atribuições aos membros da Comissão;

IV- Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

Art. 19º. O Secretário terá por atribuição:

I - Acompanhar as reuniões e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

II- Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela comissão;

CAPITULO VIII

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 20º. Este Regulamento poderá ser aprimorado mediante necessidade constatada pelos membros da Comissão, com anuência da Diretoria.

Art. 21º. As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição.

Art. 22º. Revogam-se as disposições em contrário.

Art. 23º. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

7.23.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		ANUAL:											
		MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X	X										
	Reuniões para Planejamento Anual	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organização	Reuniões Ordinárias Mensais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação de Normas Complementares	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X		X		X		X		X		X
Estratégias de Desenvolvimento	Identificação e classificação dos processos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisar os acidentes de trabalho ocorridos e as situações de risco com materiais perfuro cortantes; Implementar medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfuro cortantes;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Propor sugestões ou estratégias para reduzir os		X		X		X		X		X		X

	acidentes de trabalho; Colaborar e participar da seleção dos materiais perfuro cortantes com dispositivos de segurança;												
	Dar suporte técnico quando da realização de testes nos materiais com dispositivos de segurança;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Informar os cidadãos / usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias		X		X		X		X		X		X
	Informar os profissionais de saúde sobre o plano operacional – atividades		X		X		X		X		X		X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

7.24 Comissão de Farmácia e Terapêutica

7.24.1 Proposta de Constituição

7.24.1.1 Da Finalidade

Esta comissão tem por finalidade estabelecer critérios de compra, padronização e avaliação técnica de medicamentos e materiais médico-hospitalar. Compete ao Diretor Técnico a responsabilidade de presidir essa comissão.

7.24.1.2 Membros

A comissão deverá será constituída por:

- cinco (05) profissionais,
- (01) Farmacêutico(s),
- (01) Médicos,
- (01) Médico infectologista,
- (01) Enfermeiro(s);
- (01) Administração – Representante(s) do hospital/Instituto Cem, efetivos.

Os membros elegerão um 1 Presidente e 1 secretário e demais membros, conforme a quantidade de profissionais do estabelecimento de saúde.

7.24.1.3 Da Constituição

A Comissão de Farmácia e Terapêutica e a Comissão de Padronização de Materiais e Insumos de Consumo Hospitalar do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será composta por:

- Representante da Coordenação de Serviços Multidisciplinares;
- Representante da Coordenação do Corpo Clínico;
- Representante da Coordenação de Enfermagem;
- Representante da Supervisão de Farmácia;
- Representante da Supervisão de Material e Patrimônio;
- Representante da Supervisão do Serviço de Nutrição;
- Representante da Supervisão da CME;
- Representante do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/SCIH;
- Representante do Setor de Compras/Diretoria Administrativa do Instituto CEM;

7.24.2 Proposta de Regimento Interno

A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será oficialmente instituída / constituída pela Diretoria Geral, a qual é inteiramente subordinada, tem seu funcionamento regulamentado por este instrumento normativo, chamado aqui de Regimento Interno.

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINS

Art. 1 A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , constituída por tempo indeterminado, possuirá sede em uma sala do hospital, onde manterá infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

Art. 2 Trata a Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , de uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa no âmbito da emissão de pareceres, vinculada à unidade de saúde, visando a promoção de ações destinadas ao uso racional de medicamentos, tendo seu funcionamen regulamentado por este instrumento normativo e por finalidade os ditames abaixo mencionados.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 3 A Comissão de Farmácia e Terapêutica do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , tem por finalidade assessorar a Direção desta unidade na formulação e implementação de políticas relacionadas à padronização e seleção de medicamentos, programação, prescrição, dispensação e uso racional, através de um processo dinâmico, participativo, multiprofissional e multidisciplinar, para assegurar terapêutica eficaz e segura e melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO III

DA SUBORDINAÇÃO E AUTONOMIA

Art. 4 Esta Comissão está subordinada à Diretoria-Geral do hospital e à Direção do Instituto CEM

Instituto CEM, tendo em vista o Contrato de Gestão n XXX/2019, processo n XXX, pactuado com o Estado de Goiás, através da Secretaria Estadual de Saúde, e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, devendo ser cumpridas por todos os profissionais que exerçam atividades no hospital.

CAPÍTULO IV

DA CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO

Art. 5 A indicação dos nomes para a comissão será feita pela Direção-Geral do hospital e convalidada pela Direção do Instituto CEM, mediante consulta prévia junto aos representantes da equipe multidisciplinar.

Art. 6 A Comissão será composta por:

I. Farmacêutico(s);
II. Médicos;
III. Médico infectologista;
IV. Enfermeiro(s);
V. Administração – Representante(s) do hospital/INSTITUTO CEM.

Art. 7 A nomeação da referida Comissão será feita através de portaria da Direção Geral do hospital e o mandato dos membros será de 02(dois) anos com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da portaria.

Parágrafo Único: Todos os integrantes da Comissão deverão assinar um documento declarando completa independência e total ausência de conflito de interesse financeiro ou de qualquer outra natureza em alguma indústria farmacêutica, representação farmacêutica, distribuidor, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal. A declaração deverá ser arquivada no Escritório da Qualidade.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art. 8 As reuniões da Comissão serão realizadas a cada dois meses, às segundas terças-feiras do mês, em dias úteis, conforme agenda anual previamente estabelecida. Havendo necessidade de reunião extraordinária ou de alteração da agenda, os membros serão comunicados a qualquer tempo.

Art. 9 Previamente às reuniões, a pauta será elaborada pelo Secretário da Comissão, aprovada pela Presidência e enviada a todos os participantes, com 03 (três) dias de antecedência.

Art.10 Todas as reuniões serão registradas em Ata e, posteriormente, apresentada aos participantes da mesma, com o registro fidedigno de todas as deliberações tomadas. Após assinatura e aprovação, as atas serão arquivadas no Escritório da Qualidade.

Art. 11 No caso de um membro efetivo ausentar-se em 03 (três) reuniões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas no decorrer de 12 (doze) meses, sem justificativa escrita e plausível, este será substituído por novo integrante, indicado pelo Presidente da Comissão, referendado pela Direção do hospital.

Parágrafo único. Na eventualidade de algum integrante, por motivo de qualquer order deixar de fazer parte da Comissão, seu Presidente deverá indicar um substituto, cuja posse deverá ser referendada pela Direção do hospital / INSTITUTO CEM.

Art. 12 As reuniões deverão seguir o seguinte roteiro:

I. Abertura dos trabalhos pelo Presidente ou, em sua ausência, pelo Vice-Presidente;
II. Verificação da presença dos membros e existência de "quorum";
III. Aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
IV. Apresentação de assuntos por convidados externos, quando for o caso;
V. Leitura e apresentação dos itens da Ordem do Dia, seguida por discussão e votação
VI. Organização da pauta da próxima reunião e distribuição dos trabalhos;
VII. Encerramento dos trabalhos.

§ 1 primeiro. Em caso de urgência da discussão de um determinado assunto, a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA , por voto da maioria, poderá alterar a pauta da reunião comunicando-se a alteração a todos os membros.

§ 2 As questões deverão ser decididas através do voto da maioria dos membros desta comissão. Contudo, havendo a impossibilidade de se estabelecer o consenso e, esgotadas as argumentações (com base em evidências científicas), o Presidente terá direito ao voto de desempate. Qualquer membro poderá solicitar reexame de decisões exaradas, justificando possível inconveniência, inoportunidade ou ilegalidade.

§ 3 Após apresentação e leitura das solicitações de padronização de medicamentos, e também dos anexos que a compuserem, o Presidente dará início a fase de discussão e

abrirá, a seguir, a fase de votação. O membro da comissão que não se considerar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá solicitar vista do processo, propor diligências ou, ainda, adiamento da discussão e votação. Neste caso, o Presidente estabelecerá nova data para reapresentação desta matéria.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DA COMISSÃO

Art. 13 Elaborar e atualizar periodicamente a lista de medicamentos padronizados na Instituição, considerando a eficácia, segurança, qualidade e custo.

Art. 14 Divulgar a padronização.

Art. 15 Incentivar a investigação sobre a utilização de medicamentos e usar seus resultados para desenvolver o monitoramento de seu uso (estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância).

Art. 16 Validar protocolos de tratamento, elaborados pelos diferentes serviços clínicos do hospital.

Art. 17 Implementar atividades de educação continuada em terapêutica em parceria com o Departamento de Gestão de Pessoas/ hospital.

Art. 18 Trocar experiências com Comissões de outros hospitais, principalmente quanto a protocolos de uso de drogas.

Art. 19 Produzir material informativo sobre medicamentos e divulgá-los ao corpo técnico do hospital.

Art. 20 Realizar controle de qualidade da padronização.

Art. 21 Repassar as deliberações da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA para que a Farmácia providencie a atualização e divulgação da nova padronização sempre que necessário.

Art. 22 Avaliar a necessidade de emprego de novos medicamentos e evitar o uso de substâncias ineficazes e/ou eficácia duvidosa.

Art. 23 Avaliar as solicitações de inclusão e exclusão de medicações da padronização.

Art. 24 Sugerir à Diretoria Geral do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) / Instituto CEM a compra de literatura especializada sobre medicamentos.

Parágrafo Único: Os processos de avaliação para inclusão e exclusão de medicamentos, discutidos nas reuniões da Comissão, serão registrados e guardados no Escritório da Qualidade, disponibilizados para consulta de qualquer integrante do corpo técnico do hospital, interessado, pelo período de 2 (dois) anos.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS

Art. 25 Ao Presidente da Comissão de Farmácia e Terapêutica compete dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

- Constituir Grupos Técnicos de Trabalho e Apoio;
- Representar a COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA em suas relações internas e externas;
- Instalar e Presidir reuniões;
- Emitir pronunciamento da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA quanto às questões relativas a medicamentos;
- Promover a convocação das reuniões;
- Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito de voto de desempate;
- Designar membros executivos da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA p. emissão de Pareceres Técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos desta Comissão;
- Aprovar "ad referendum" no caso de manifesta urgência;
- Indicar o Vice-Presidente, enquanto seu substituto, entre os membros da Comissão;
- Distribuir tarefas.

Parágrafo Único: O Presidente poderá solicitar o encaminhamento de processos ou consultas a outros profissionais, ou instituições públicas ou privadas, para estudo, pesquisa ou informações a respeito do que julgar pertinente, bem como solicitar o comparecimento de consultores às reuniões para esclarecimentos, após aprovação de sua convocação em ata.

Art. 26 Caberá ao Vice-Presidente:

- Auxiliar o Presidente nas atividades e decisões da Comissão;
- Substituir ou representar o Presidente, na sua ausência, em reuniões da Comissão e/ou eventos afins.

Art. 27 Caberá ao Secretário:

- Acompanhar as reuniões;
- Assistir ao Presidente e aos representantes da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Dar encaminhamento formal às deliberações e preparar o expediente;
- Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- Providenciar as diligências determinadas;
- Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- Providenciar a elaboração das atas das reuniões bem como coletar a assinaturas dos membros;
- Providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- Elaborar relatório semestral das atividades da Comissão;
- Manter em dia e protocoladas os documentos recebidos e enviados pela Comissão.

Art. 28 Aos demais Membros caberão:

- Zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA ;
- Analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;
- Requerer votação de matéria em regime de urgência;
- Desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- Apresentar proposições sobre as questões pertinentes à Comissão;
- Coordenar grupos técnicos de trabalho e apoio.

CAPÍTULO VIII

DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 29 A seleção de medicamentos para a padronização é baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões bibliográficas sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão.

Art. 30 Inclui-se aos critérios para a padronização previstos no artigo anterior:

I. Designação genérica (DCB), e, na sua ausência, a denominação comum internacional (DCI);
II. Padronizar medicamentos com um único principio ativo, excluindo-se (sempre que possível) as associações, exceto as que forem necessárias;
III. Padronizar medicamentos, considerando o menor custo para aquisição, armazenamento, dispensação e controle, desde que resguardada a sua qualidade;
IV. Padronizar, resguardando a qualidade, medicamentos cujo custo do tratamento/dia e o custo total do tratamento sejam menores;
V. Padronizar, preferencialmente, formas farmacêuticas que permitam a individualização na dispensação;
VI. Padronizar formas farmacêuticas, apresentação e dosagem considerando a comodidade para administração, faixa etária, facilidade da dose a ser administrada, facilidade de fracionamento multiplicação das doses;
VII. Evitar multiplicidade de princípios ativos para a mesma indicação terapêutica. Parágrafo único. Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da comissão e com notório saber da causa será convidado a participar de reunião para deliberação conjunta.

Art. 31 A seleção de medicamentos (inicial, inclusões e exclusões posteriores) para a lista dos padronizados no hospital, será consenso da Comissão e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo quaisquer modificações oficializadas e atualizadas em documento próprio.

Art. 32 O corpo técnico do hospital terá a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de medicamentos na padronização sempre que julgar necessário, mediante a aprovação da coordenação da especialidade solicitante atestada em formulário específico. Para a inclusão de medicamentos antimicrobianos será necessário o parecer da Comissão.

Parágrafo Único: Solicitações de inclusão ou exclusão de medicamentos serão analisadas em plenária, conforme critérios estabelecidos, e o solicitante receberá sempre uma resposta da Comissão. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário de Solicitação de Inclusão ou Exclusão na Padronização.

CAPÍTULO IX

DOS INDICADORES DE QUALIDADE

Art. 33 O trabalho da Comissão será demonstrado pela divulgação de seus indicadores de desempenho.

CAPÍTULO X

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 Toda e qualquer política interna, rotina operacional ou decisão estratégica relacionada ao uso de medicamentos no hospital deverá passar por avaliação prévia desta Comissão, que fará cumprir a implementação sugerida, desde que a julgue apropriada.

Art. 35 Conforme demanda de trabalho, será facultativo ao membro da Comissão a possibilidade de análise dos processos de inclusão e exclusão de medicamentos no próprio ambiente de trabalho, sem prejuízo dos serviços internos, sendo este um incentivo para atuação dos membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Haverá, ainda, proteção de carga horária, principalmente para aqueles profissionais que estiverem a serviço desta Comissão, fora de seu horário de trabalho habitual; sendo que as horas de trabalho na Comissão contarão também como horas de trabalho no expediente normal.

Art. 36 Cabe à Direção do hospital e às Diretorias do Instituto CEM fazer respeitar o presente Regimento Interno.

Art. 37 Este Regimento Interno, após aprovado pela maioria, deverá ser assinado pelos membros titulares, assim como eventuais alterações que porventura venham a ocorrer e, em seguida, referendados pela Diretoria Geral do hospital.

7.24.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	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
Criação da comissão e aprovação do regimento interno	X											
Reunião de planejamento anual	X											X
Reuniões ordinárias		X		X		X		X		X		X
Capacitações	X		x			x			x			x
Elaboração de Relatórios		X		X		X		X		X		X
Acompanhamento dos processos de compra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a emissão de Pareceres técnicos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgar a inclusão ou exclusão de itens padronizados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Informar os profissionais de saúde do hospital sobre o plano operacional – atividades			X			X			X			X
Elaborar proposta de melhoria contínua dos processos da Comissão	x		x		x		x		x		X	
Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Planejar e demonstrar a organização horária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantar e acompanhar os controles sobre os fármacos de alto custo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implantação do sistema de dose unitária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.25 Comitê de Compliance

7.25.1 Proposta de Constituição

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno.

7.25.1.1 Finalidade

O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselh de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

7.25.1.2 Membros

O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho c ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

7.25.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO

Artigo 1º. O Comitê de Compliance é um comitê independente e autônomo, reportando-se ao Conselho de Administração e aos Comitês de Auditoria e Risco e de RH e Ética da unidade e, seu funcionamento será regido pelo presente Regimento Interno. Cumprir e se fazer cumprir as normas legais e regulamentares as políticas e as diretrizes estabelecidas para o

negócio e para as atividades da instituição ou empresa bem como evitar detectar e tratar quaisquer desvios ou inconformidades que possam ocorrer.

CAPÍTULO II

OBJETIVOS DO COMITÊ

Artigo 2º. O Comitê, além de aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Compliance e violações de Compliance dentro da Unidade, tem por finalidade assegurar que os negócios da Unidade, inclusive de suas controladas, sejam conduzidos de forma íntegra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.

Artigo 3º. O Comitê deverá seguir e respeitar os objetivos para os quais foi criado, mantendo-se fiel aos assuntos que lhe compete, evitando tratar de temas alheios a seus objetivos.

CAPÍTULO III

COMPETÊNCIAS

Artigo 4º. Compete ao Comitê de Compliance:

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 sob 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.

CAPÍTULO IV

COMPOSIÇÃO, MANDATO E REQUISITOS

Artigo 5º. Os membros do Comitê deverão ser eleitos durante a primeira reunião do Conselho que ocorrer após a realização da Assembleia Geral Ordinária da Unidade e que eleger os membros do Conselho. Mandato

Artigo 6º. Os membros do Comitê terão mandato unificado em igual prazo ao do Conselho, sendo permitida a reeleição, podendo, ainda, serem substituídos a qualquer tempo por decisão do Conselho. Composição

Artigo 7º. Deverão fazer parte, obrigatoriamente, como membros do Comitê, o Presidente do Conselho, dois diretores estatutários, e o Compliance Officer. Demais membros poderão ser indicados dentre profissionais do mercado, executivos da Unidade, e/ou membros do Conselho, e que possuam qualificação técnica para o cargo.

Artigo 8º. O Comitê será composto por até 7 (sete) membros, designados pelo Conselho, e observado o disposto no Artigo 7.

Artigo 9º. Na mesma reunião em que o Conselho nomear os membros do Comitê, deverá eleger o respectivo coordenador.

Artigo 10.º É vedada a participação de membros do Conselho Fiscal da Unidade para compor o Comitê.

CAPÍTULO V

DEVERES DOS MEMBROS DO COMITÊ

Artigo 11º. É dever de cada membro:

I. Atuar com a máxima independência e objetividade, visando o melhor interesse da Unidade, para que o Comitê possa atingir a sua finalidade;

II. Manter sigilo sobre as informações confidenciais e/ou reservadas a que tiver acesso em razão do exercício do cargo, sendo responsável pela manutenção de sigilo pelos terceiros contratados para prestar assessoria ao Comitê;

III. Observar e respeitar o Código de Conduta e demais Códigos e Políticas da Unidade e envidar os melhores esforços para o desenvolvimento e adoção das boas práticas de Governança Corporativa pela Unidade;

IV. Declarar-se previamente impedido a qualquer discussão e/ou deliberação de matéria que for submetida à sua apreciação, na qual tenha interesse particular ou conflitante com o da Unidade, abstendo-se de participar das discussões e de votar;

V. Manter o Coordenador do Comitê informado sobre quaisquer processos e/ou inquéritos administrativos ou judiciais em que seja parte; e

VI. Sempre que devidamente informado pela Unidade, desenvolver e manter conhecimentos sobre os negócios da mesma, suas operações e riscos.

CAPÍTULO VI

ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR

Artigo 12. O Coordenador do Comitê tem as seguintes atribuições:

a) Propor o calendário anual de reuniões ordinárias no início de cada exercício;

b) Propor os temas da agenda anual no início de cada exercício;

c) Convocar as reuniões ordinárias e as reuniões extraordinárias, quando necessário;

d) Coordenar as reuniões e as atividades do Comitê, assegurando sua eficácia e bom desempenho; e) Prestar contas ao Conselho, bimestralmente, sobre os trabalhos realizados pelo Comitê, sendo que tal prestação de contas dar-se-á por meio de tema a ser pautado na agenda ordinária do Conselho;

f) Representar o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade, quando necessário; e

g) Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

CAPÍTULO VII

SECRETÁRIO DO COMITÊ

Artigo 13º. O Coordenador nomeará um dos membros do Comitê para atuar como secretário, e que terá as seguintes atribuições:

I. Auxiliar o Coordenador do Comitê na elaboração dos calendários e agendas, bem como na divulgação dos mesmos aos participantes;

II. Monitorar e informar o Coordenador do Comitê sobre os assuntos a serem incluídos na pauta de cada reunião, considerando a agenda ordinária anual do Comitê, as solicitações de seus membros ou de Conselheiros de Administração e as eventuais pendências;

III. Assessorar o Coordenador no envio das convocações, pauta e eventuais materiais de apoio de cada reunião aos membros dos órgãos de governança e garantir o cumprimento de prazos de envio e solicitação de informações;

IV. Secretariar as reuniões, registrar as discussões e decisões, elaborar as atas e, após revisão do Coordenador e aprovação dos demais membros, colher as respectivas assinaturas e formar o respectivo Livro, mantendo-o sob sua guarda;

V. Disponibilizar cópias das atas das reuniões e outros documentos correlatos aos membros do Comitê;

VI. Elaborar, gerir e coletar assinaturas na lista de presença dos participantes das reuniões;

VII. Organizar e dar apoio técnico e logístico a todas as atividades realizadas pelo Comitê; e

VIII. Manter disponível ao Conselho as atas assinadas das reuniões do Comitê.

CAPÍTULO VIII

VACÂNCIA DEFINITIVA

Artigo 14.Em caso de vacância definitiva (renúncia, destituição e impedimento permanente) de membro do Comitê, será convocada reunião do Conselho para a indicação de novo membro, respeitadas as regras de composição previstas neste Regimento e em todos os documentos societários da Unidade, no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância. Parágrafo 1. A renúncia ao cargo é feita mediante comunicação escrita ao Coordenador, contendo os motivos da renúncia, que se tornará eficaz a partir de seu recebimento.

Parágrafo 2º. No caso de vacância do cargo de Coordenador do Comitê, um coordenador interino, escolhido entre os membros remanescentes, será indicado pela maioria dos membros do Comitê até a eleição do novo Coordenador. O Conselho elegerá o novo Coordenador para assumir os trabalhos do Comitê no prazo de até 60 (sessenta) dias a contar da ocorrência da vacância.

CAPÍTULO IX

REUNIÕES E NORMAS DE FUNCIONAMENTO CALENDÁRIO

Artigo 15. O Comitê reunir-se-á sempre que convocado por qualquer de seus membros, instalando-se as reuniões com a presença da maioria de seus membros, devendo os

pareceres e decisões serem tomados por maioria dos votos dos presentes. Poderá o Coordenador do Comitê convocar reuniões extraordinárias, sempre que necessário para discutir assuntos vinculados às competências do Comitê. As reuniões não poderão ser postergadas mais de uma vez por trimestre, sem o prévio consentimento de todos os seus membros.

Artigo 16. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão convocadas, por escrito, pelo Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, sendo admitida a convocação por correio eletrônico (e-mail). As convocações deverão indicar a data, a hora, o local e a ordem do dia da reunião. Artigo 17. As reuniões extraordinárias realizar-se-ão validamente, independentemente de convocação, caso se verifique a presença da maioria dos membros do Comitê, e desde que as deliberações tenham sido aprovadas pela totalidade dos presentes.

Artigo 18. A inclusão de assuntos extrapauta na ordem do dia dependerá da aprovação da maioria dos membros do Comitê. Artigo 19. As reuniões do Comitê serão realizadas nas dependências da Unidade. O Coordenador poderá, caso solicitado pela maioria dos membros do Comitê, realizar a reunião em lugar diverso, desde que o custo de tal mudança esteja previsto no orçamento e o local constante no aviso de convocação.

Artigo 20. As reuniões do Comitê somente se realizarão com a presença da maioria dos membros, sendo facultada a participação por conferência telefônica ou videoconferência, na forma do disposto no Artigo 21 deste Regimento. Se for necessário, a reunião será transferida para nova data a ser sugerida pelo Coordenador do Comitê e acordada com todos os demais membros.

Artigo 21. Por proposta do Coordenador e sujeito à disponibilidade de infraestrutura a ser organizada pela Unidade, fica facultada a participação de membros do Comitê por conferência telefônica ou videoconferência. Nesta hipótese, as deliberações serão válidas para todos os efeitos legais e incorporadas à ata da respectiva reunião, desde que o membro participante à distância aprove a ata por correio eletrônico (e-mail).

Parágrafo Único. O membro de Comitê que participar de forma não presencial deve comprometer-se a impedir que terceiros, do seu conhecimento, assistam à reunião.

Artigo 22. O Comitê, através do seu respectivo Coordenador, poderá convidar Consultores, Diretores Executivos ou colaboradores da Unidade para participar de reunião, cuja

participação do convidado seja necessária para auxiliar nos trabalhos do Comitê. Tais convidados permanecerão somente durante o período em que a matéria que originou sua convocação esteja sendo apreciada, não participando das recomendações emitidas pelo Comitê nem implicando em sua integração ao Comitê.

Artigo 23. O Comitê pode, no âmbito de suas atribuições e sob coordenação do seu respectivo Coordenador, utilizar-se do trabalho de especialistas, o que não o eximirá de suas responsabilidades perante a Unidade.

Artigo 24. As recomendações do Comitê serão tomadas pela maioria de votos, excluídos os votos de eventuais membros com interesses conflitantes com o da Unidade. As manifestações dos membros poderão ser encaminhadas por email ao Coordenador ou Secretário do Comitê para elaboração da respectiva ata.

Artigo 25. As reuniões deverão ser transcritas em atas de forma sucinta e com clareza, e deverão constar, além dos pontos mais relevantes das discussões, a relação dos membros e eventuais convidados presentes, justificativas para as ausências, recomendações emitidas, eventuais situações de conflitos de interesses, providências solicitadas, responsabilidade e prazos. Parágrafo 1. As atas das reuniões deverão ser lidas, aprovadas e assinadas durante o início da reunião subsequente. Se necessário, os assuntos registrados em ata poderão ser encaminhados às áreas responsáveis para tomada das providências recomendadas ou solicitadas pelo Comitê. Parágrafo 2. Eventuais dissidências e respectivos fundamentos deverão constar nas atas.

CAPÍTULO X

INTERAÇÃO COM OS DEMAIS ÓRGÃOS DA UNIDADE

Artigo 26. Quando necessário, o Coordenador representará o Comitê nas reuniões de qualquer outro órgão de governança da Unidade.

Artigo 27. O Coordenador deverá reportar ao Conselho as recomendações e atividades desempenhadas pelo Comitê, sendo facultado o envio das atas das reuniões, estudos, apresentações e demais documentos utilizados durante as reuniões.

Artigo 28. A Unidade poderá disponibilizar aos membros do Comitê, caso solicitado, trechos das atas das assembléias gerais, das reuniões do Conselho, Comitê de Auditoria e do Conselho Fiscal que forem aplicáveis às atribuições do Comitê. A Unidade deverá fornecer

aos membros do Comitê as informações necessárias para o desempenho de suas funções, desde que permitido por lei e pelo Estatuto Social da Unidade.

Capítulo XI

Orçamento, Remuneração e Despesas

Artigo 29. O orçamento anual do Comitê será aprovado pelo Conselho.

Artigo 30. Não haverá qualquer hierarquia entre os membros de Comitê, cabendo ao Conselho atribuir eventual remuneração por participação de membros nos Comitê, em at[illegible] que definir a remuneração dos administradores da Unidade.

§ 1: À exceção dos membros do Comitê Executivo e da Diretoria, os Conselheiros que fizerem parte do Comitê farão jus a um adicional mensal único, estabelecido pelo Conselho de Administração. Os Diretores e os funcionários da Unidade que exercerem funções no Comitê, não serão remunerados como membros do Comitê. Demais membros do Comitê que não forem administradores ou funcionários da sociedade e/ou que forem profissionais externos convidados, receberão, mensalmente, por sua participação no Comitê a importância que for estabelecida pelo Conselho de Administração.

§ 2: A remuneração dos membros do Comitê, no caso de administradores, quando couber, será fixada pelo Conselho, dentro do montante global fixado pela Assembleia Geral para pagamento de honorários aos administradores.

Artigo 31. A Unidade deverá providenciar o reembolso de despesas de locomoç[illegible] hospedagem e refeição incorridas para a participação dos membros nas reuniões, devidamente comprovadas e respeitadas as políticas de reembolso da Unidade.

CAPÍTULO XII

DISPOSIÇÕES GERAIS ALTERAÇÃO

Artigo 32. O presente Regimento somente poderá ser alterado pelo Conselho, mediante proposta do Coordenador e com aprovação da maioria dos membros do Comitê.

Artigo 33. As omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação serão submetidas ao Conselho para resolução.

Artigo 34. Neste Regimento compreende-se a Unidade e suas controladas e coligadas.

Artigo 35. Este Regimento entra em vigor na data da sua aprovação pelo Conselho e será arquivado na sede da Unidade.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.25.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Compliance e violações de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Compliance dentro da Unidade,											
	Definir Ações assegurar que os negócios da Unidade, inclusive de suas controladas, sejam conduzidos de forma integra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da Unidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolver parcerias confiáveis, em todos os aspectos do negócio da Unidade, de forma a minimizar os riscos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Revisar os riscos chave de Compliance, garantindo que as iniciativas estratégicas relacionadas à Compliance e à ética nos negócios sejam priorizadas e controladas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Detectar e sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados tanto contra a Administração Pública Federal, Estadual e Municipal, como a nível internacional;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	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.											
	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.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementar programas de qualidade e boas práticas relativas a todas as atividades		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover programas de educação/sensibilizaç ão continuados dirigidos à comunidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.26 Outras Comissões

7.26.1 Comissão de Padronização de Produtos para Saúde

7.26.1.1 Proposta de Constituição

FINALIDADE

A Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médic hospitalares, e suas especificações técnicas.

MEMBROS

A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

A COMISSÃO é constituída por:

- Presidente;
- Vice-presidente;
- Secretário;
- Membros efetivos;

- Consultores técnicos convidados eventualmente.

7.26.1.2 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

DAS DISPOSIÇÕES

Art.1º. O presente regimento estabelece a organização e o funcionamento da Comissão de Padronização de Materiais Médico-Hospitalares da unidade de saúde.

Art.2º. A comissão implementará suas atividades com a finalidade de padronizar materiais médicos hospitalares, e suas especificações técnicas, atendendo as seguintes definições:

I. **Produtos para saúde**: São aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, ou a fins diagnósticos.

II. **Materiais e artigos descartáveis:** São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, utilizáveis somente uma vez de forma transitória ou de curto prazo.

III. **OPME**: são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica.
    1. Órtese – dispositivo permanente ou transitório utilizado para auxiliar as funções de um membro, órgão ou tecido, evitando deformidades ou sua progressão e/ou compensando insuficiências funcionais.
    2. Prótese – dispositivo permanente ou transitório que substitui total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Além das órteses e próteses, há numerosos implementos utilizados em procedimentos cirúrgicos conexos ou não à implantação de próteses e diagnósticos que são chamados em conjunto de "materiais especiais" e recebem tratamento semelhante, gerando a sigla OPME (órteses, próteses e materiais especiais).

IV. **Materiais de apoio médico-unidadear**: São os materiais e artigos de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinados a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

V. **Produtos para diagnóstico de uso "in-vitro"**: São reagentes, instrumentos e sistemas que, em conjunto com as instruções para seu uso, contribuem para efetuar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa em uma amostra

biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma; que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados exclusivamente para prover informações sobre amostras coletadas do organismo humano.

VI. **Instrumento cirúrgico**: Instrumento destinado a uso cirúrgico para cortar, furar, serrar, fresar, raspar, grampear, retirar, pinçar ou realizar qualquer outro procedimento similar, sem conexão com qualquer produto médico ativo.

VII. **Produtos de Classe X (Baixa Criticidade):** Faltas não acarretam paralisações, nem riscos à segurança do paciente; elevada possibilidade de usar materia equivalentes. Grande facilidade de obtenção.

VIII. **Produtos de Classe Y (Criticidade Média):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco as pessoas, o ambiente e o patrimônio da organização. Podem ser substituídos por outros com relativa facilidade.

IX. **Produtos de Classe Z (Máxima Criticidade – Imprescindíveis):** Faltas podem provocar paradas e colocar em risco a segurança do paciente e a organização. Não podem ser substituídos por outros equivalentes ou seus equivalentes são difíceis de obter.

X. **Padronização:** É a incorporação de um material à lista de materiais, passíveis de serem comprados para estar disponível para a prescrição, dispensação e utilização no unidade, após sua préqualificação.

XI. **Pré-qualificação:** compreende um processo que inclui a obtenção de uma série de informações e a realização de avaliações legais, técnica e funcional antes da decis de compra. É uma barreira à entrada de artigos que coloquem em risco a saúde dos pacientes e dos profissionais da unidade de saúde.

XII. **Câmara técnica**: tem como finalidade a consultoria/assessoramento e emissão de parecer técnico em matéria relacionada a produtos para saúde.

XIII. **Produtos padronizados:** Insumos de uso contínuo, aprovados na comissão de padronização, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

XIV. **Produtos não padronizados**: Insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

XV. **Produtos despadronizados:** Insumos excluídos da Lista de Produtos para Saúde Padronizados.

XVI. **Controle de qualidade**: Refere-se à seleção do material, considerando a primeira avaliação do produto em relação à embalagem, método de esterilização, presença da data de validade no invólucro, data de fabricação, acabamento do material, instrução de uso e aos fatores inerentes à segurança para realização dos testes nos pacientes. Também visa verificar continuamente se atende às necessidades a que se destina.

XVII. **Especificação técnica**: É a descrição minuciosa das caraterísticas do material, a saber: nome do produto, uso e aplicação, matéria prima que compõe o produto, dimensões (diâmetro, largura, altura, comprimento), tipo de fechamento (tampa plástica rosqueada, de pressão, de proteção aluminizada, de metal rosqueado ou tampa gotejadora), tipo de apresentação (frasco, bandeja ou rolo), gramatura, densidade, transparência, toxicidade, flexibilidade ou rigidez, pontas, apêndices, adaptabilidade, capacidade, requerimento de sonoridade – alarmes, esterilidade, se é descartável ou não, método de fabricação, acabamento, tipo de embalagem (plástico selado, papel grau cirúrgico selado ou selamento com ambos), se for acessório ou necessitar acessórios (requisitos de compatibilidade), propriedades físico-química, método de esterilização, prazo de validade, lote, material que pode ser reprocessado ou reesterilizado, código e impressão da marca no corpo dos artigos e série, caso aplicável. Instrução de uso em português.

XVIII. **Parecer técnico:** É uma comunicação escrita sobre as vantagens e desvantagens do material, e se este se encontra de acordo com as especificações e de acordo com a Legislação preconizada pelo Governo Federal, Ministério da Saúde, ANVISA e Código de defesa do Consumidor (Lei 8.078 de 11/09/90). Isto compreende a apresentação por parte dos Fornecedores dos Registros dos artigos na ANVISA, conforme RDC n 185/2001 da ANVISA/MS, com sua publicação no D.O.U. ou documento do cadastramento (RDC 260/02) dos produtos, nos casos não aplicáveis.

XIX. **Desvio de qualidade**: afastamento dos parâmetros técnicos de qualidade estabelecidos para um produto ou exigidas no processo de registro na ANVISA, ou outras práticas (Ex.: falha do produto durante o uso, defeito de fabricação, funcionamento inadequado, rotulagem incorreta etc).

CAPITULO II

DA CONSTITUIÇÃO

Art.3º. A Comissão é vinculada ao Núcleo de Comissões da unidade e será constituída por membros efetivos indicados pelo Núcleo de Comissões da unidade e nomeados pela diretoria técnica e administrativa da unidade, através de ato formal.

Art.4º. A COMISSÃO poderá, através de ato administrativo, convocar a participação de outros profissionais da unidade. Estes terão direito a palavra, porém as deliberações serão votadas apenas pelos membros da comissão.

Art.5º. Será substituído o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou seis intercaladas no período de um ano, sendo solicitada nova indicações pelo Núcleo de Comissões da unidade.

CAPÍTULO III

DA FINALIDADE

Art.6. A COMISSÃO terá como competências as seguintes diretrizes:

I Elaborar a padronização dos produtos para saúde, utilizando o método descritivo identificando-o com clareza e contemplando as características físicas, mecânicas, de acabamento e de desempenho, possibilitando a orientação do processo licitatório;

II Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde, visando economicidade, qualidade e segurança na aquisição destes materiais, para melhoria da assistência dos serviços prestados, pelos profissionais da saúde e para os pacientes;

III Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegur a qualidade desses materiais a serem adquiridos no 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 do Hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;

VIII Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;

IX Analisar e validar os pareceres emitidos pelos consultores;

X Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;

XI Criar e manter atualizado banco de dados com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo 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 no 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 tecnica e administrativa, por meio da emissão de parecer técnico, a padronização dos produtos para saúde, considerando as evidências científicas e o perfil assistencial do Hospital (nos casos em que ficar evidenciado o aumento nos custos para 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 do Hospital, 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 do Hospital;

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 no 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 o método descritivo, identificando com clareza as especificações, possibilitando a orientação do processo licitatório;

XXXIV Construir e monitorar indicadores de produtividade do uso dos produtos pa 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-Unidadeares Padronizados;

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art.7º. A COMISSÃO é multidisciplinar e multisetorial, composta por membros efetivos representantes da áreas Administrativa, de Atenção à Saúde, Núcleo de segurança do paciente (NSP) e Comissão de Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde (SCIRAS).

Art.8º. Todos os integrantes da COMISSÃO deverão assinar um documento de conflito de interesses, declarando que não têm interesse econômico ou pessoal em relação a nenhum fabricante ou distribuidor de Produtos para Saúde, e que seu trabalho será isento de qualquer favorecimento pessoal.

Art.9º. O membro da COMISSÃO deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art.10º. A COMISSÃO é constituída administrativamente por:

I. Presidente;
II. Vice-presidente;
III. Secretário;
IV. Membros efetivos;
V. Consultores técnicos convidados eventualmente.

§ 1 O presidente, o vice-presidente e o secretário da COMISSÃO serão escolhidos entre seus membros.

§ 2 O mandato de cada representante será de dois anos, a contar da data da nomeação, podendo ser prorrogado por igual período.

§ 3 O presidente poderá propor a composição de câmara técnica, que deverá ser formada por membros da comissão e por consultores técnicos convidados. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.11º. Compete a câmara técnica:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;

II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;

III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais: assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;

IV. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

Art.12º. A designação dos membros da comissão deverá ser precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento anual do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Conflitos de Interesse .

CAPÍTULO IV

DAS ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

SEÇÃO I

Da Presidência

Art.13º. Compete ao Presidente:

I. Convocar e presidir as reuniões mensais e as reuniões extraordinárias da COMISSÃO; Assinar todos os documentos oficiais da COMISSÃO;

II. Assessorar a diretoria técnica e administrativa, quando solicitado;

III. Receber dos fornecedores as amostras dos materiais em processo de compra ou não, e encaminhar as Equipes Técnicas responsáveis pela avaliação do material, conforme protocolo e fluxo estabelecido pela Comissão;

IV. Distribuir aos consultores técnicos os materiais a serem testados e respectivos formulários conforme orientação dessa Comissão;

V. Coordenar e supervisionar o processo de aquisição dos produtos para saúde na etapa de julgamento técnico para escolha dos materiais a serem adquiridos;

VI. Informar a unidade de compras da unidade as especificações dos produtos para saúde padronizados na instituição, para dar suporte técnico a todos processos licitatórios da unidade;

VII. Participar da elaboração do edital de licitação prestando suporte técnico a unidade de licitação;

VIII. Coordenar a elaboração de Indicadores de qualidade e de produtividade para Avaliação Técnica dos insumos da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados; Participar do processo de análise dos Eventos Adversos identificados pela CGRS (levando o caso a Comissão e podendo retirar o produto da lista dos itens padronizados, caso se julguem necessário);

IX. Solicitar Treinamento aos Colaboradores (e indicar para o setor específico de treinamento do da comissão as novas tecnologias que estão sendo adquiridas para que estes viabilizem junto aos fornecedores a capacitação dos funcionários) com o objetivo de oferecer subsídios para a Análise Técnica, quando necessário;

X. Encaminhar para ciência e avaliação dos demais membros da Comissão as demandas surgidas no Unidade;

XI. Encaminhar a listagem de produtos para saúde padronizados para que a mesma seja divulgada no site da unidade e utilizados no Setor de Suprimentos para o processo licitatório;

XII. Elaborar Relatório Anual de Atividades da COMISSÃO;

XIII. Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pela Unidade.

SEÇÃO II

Da Vice-Presidência

Art.14. Compete ao Vice-Presidente da COMISSÃO representar e desenvolver as atividades do Presidente, quando este estiver ausente.

SEÇÃO III

Do Secretário

Art.15. Compete ao Secretário:

- Receber e ordenar os formulários dos laudos técnicos das análises dos materiais testados oriundos dos consultores e comunicar o recebimento à presidência da Comissão;
- Secretariar as reuniões da Comissão de Padronização de Produtos de Materiais Médico-da Unidade e elaborar as respectivas atas - Modelo de Ata;
- Enviar ao Núcleo de Comissões da Unidade as informações referentes as Atas, Nomeações e Documentos para divulgação no Site;
- Digitar, ordenar e arquivar documentos da Comissão seguindo critérios de arquivamento pré-estabelecidos;
- Controlar a entrada e saída de documentos da Comissão;
- Encaminhar e receber documentos através de registro no sistema próprio de protocolo;
- Providenciar a cópia de impressos necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;
- Elaborar, atualizar e disponibilizar para a presidência, um banco de dados informatizado dos produtos aprovados e/ou reprovados nos testes;
- Desempenhar tarefas afins;
- Encaminhar, no início de cada ano, o calendário anual das reuniões da COMISSÃO para a Núcleo de Comissões da unidade e para os Membros da Comissão;
- Manter o Banco de Dados de materiais e de fornecedores atualizado.

SEÇÃO IV

Dos Membros

Art.16. Compete aos Membros da COMISSÃO:

- Eleger o presidente, o vice-presidente e o secretário da comissão;
- Receber da presidência as amostras dos materiais em processo de compra ou não, a fim de proceder aos testes pertinentes;

- Encaminhar as amostras dos materiais para teste aos consultores, acompanhadas dos formulários próprios para documentação das análises técnicas;
- Prestar suporte técnico aos consultores, para escolha do produto para o processo de compra em andamento;
- Cabe ao representante técnico (da Comissão) de cada área profissional, coordenar o processo de avaliação dos materiais através de seus consultores;
- No caso de ausência da presidência, vice-presidência e do secretário, atender aos fornecedores para informar acerca das marcas aprovadas e reprovadas nos testes realizados na instituição; Desempenhar outras atividades afins, solicitadas pelo Presidente.

SEÇÃO V

Das Câmaras Técnicas

Art.17. As Câmaras Técnicas serão compostas por membros da COMISSÃO designados pelo Presidente e por Consultores convidados.

Art.18. Deverá ser composta por um número ímpar de profissionais (no mínimo 3), designados de forma transitória durante o período de avaliação dos produtos, de acordo com o perfil de uso do insumo (geral e específico).

Art.19. A Câmara Técnica (quando houver necessidade) compete:

I. Preencher os critérios técnicos existentes na "Ficha de Parecer Técnico" para avaliação e análise dos Produtos em processo licitatório;
II. Elaborar, atualizar e validar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de Produtos para Saúde;
III. Assessorar e controlar o processo de distribuição setorial dos produtos a serem testados nas Unidades Assistenciais;
IV. Assessorar os profissionais usuários / avaliadores com o preenchimento dos Pareceres Técnicos de resultado dos produtos testados nos formulários específicos, cuidando para que não sejam rasurados nem emendados e estejam preenchidos no prazo previamente determinados;
V. Buscar consenso técnico entre as áreas assistenciais que emitiram pareceres técnicos divergentes para a mesma avaliação funcional.

SEÇÃO VI

Das habilidades dos integrantes

Art.20. O profissional que atuará na comissão deverá apresentar habilidades para:

I. Tomada de Decisões: o trabalho do profissional deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões mediante análise de critérios como eficácia, eficiência, efetividade, segurança e custo-efetividade do produto analisado;
II. Comunicação: o profissional deve ser acessível e deve manter a confidencialidade ética e bioética das informações que lhe forem confiadas na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. Deve, também, promover a gestão do conhecimento referente às ações realizadas pela comissão;
III. Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional de saúde, o profissional deve estar apto a assumir posições de liderança sob o enfoque da proteção da saúde e dos interesses públicos, envolvendo compromisso, responsabilidade e implicação ética para apoiar a tomada de decisões e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
IV. Administração e Gerenciamento: o profissional deve estar apto a tomar iniciativas, estabelecer apreciações, apresentar proposições e construir estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações da comissão.

CAPÍTULO V

DAS REUNIÕES

Art.21º. A Comissão reunir-se-á ordinariamente uma vez ao mês, em local e data a serem definidos previamente, e extraordinariamente, sempre que necessário, devendo todas as reuniões ser registradas em forma de ata com o registro fidedigno de todas as deliberações feitas, que após lida e achada conforme, será assinada pelos participantes e deverá ser arquivado toda sua documentação em local a ser designado em sua primeira reunião ordinária.

Art.22º. As reuniões extraordinárias acontecerão sempre que necessário, por convocação da Presidência, constando da pauta da reunião com antecedência mínima de 24 horas, contendo as razões que justifiquem e ordem do dia, vedada a discussão de quaisquer outros assuntos.

Art.23º. As decisões serão tomadas por consenso, e ou se necessária votação, com necessidade de maioria absoluta e decidirá pela aprovação ou não da padronização e/ou envio ao NATS (quando houver) para avaliação científica. A comissão deliberará no horário marcado, com o "quórum" presente de metade mais um de seus membros.

Art.24º. Só ocorrerá a reunião da COMISSÃO com a presença da maioria de seus membros, devendo ser verificado o "quórum" em cada sessão, antes da votação. Membros consultivos não terão direito a voto. Nenhum membro da comissão presente poderá escusar-se de votar. Em caso de empate a decisão será dada pelo voto da Presidência.

Art.25º. O quórum será apurado no início de cada reunião pela contagem das assinaturas dos membros em lista de presença. Não havendo quórum, o presidente declarará a impossibilidade de efetuar a reunião, o que constará em Ata, registrando-se os nomes de todos os membros ausentes para os efeitos do disposto neste Regimento.

Art.26º. Os membros deverão comparecer pontualmente às reuniões das quais foram convocados. Em caso de ausência, a mesma deve ser justificada por escrito, ou por e-mail antecipadamente, ou no máximo em 48 horas após a reunião, sendo os casos emergenciais justificados por telefone para um dos membros. Os membros, quando em gozo de férias, não poderão comparecer às reuniões, enviando os seus suplentes, que caso não possam comparecer devem justificar sua ausência.

Art.27º. Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixe de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco intercaladas no período de um ano de trabalho, sendo solicitadas novas indicações pelo serviço/diretoria.

Art.28.º Os membros poderão ser substituídos, a qualquer tempo, mediante ato formal motivado por iniciativa própria, através de requerimento escrito com justificativa.

Art.29º. Compete ao presidente estabelecer a ordem do dia da reunião. Na impossibilidade do presidente e do vice-presidente estarem em reunião ordinária, a mesma será conduzida por um membro indicado pela Comissão.

Art.30.º As reuniões terão duração máxima de 2 horas.

Art.31/]. Caso as recomendações e pareceres da COMISSÃO não sejam aceitas para a homologação final da Diretoria técnica e administrativa, o Presidente deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art.32º. Enquanto pertencer à COMISSÃO, nenhum dos membros poderá ter vantagens pessoais, proporcionadas por indústrias de produtos para saúde.

Art.33º. O encaminhamento das reuniões da COMISSÃO obedecerá a seguinte rotina:

Art.34º. Aprovação da ata da reunião anterior, seguida de assinatura;

Art.35º. Revisão das demandas pendentes;

Art.36º. Deliberação dos itens da pauta, e votação quando for o caso;

Art.37º. Sugestão de pauta da próxima reunião.

Art.38º. A pauta da reunião deverá ser pré-definida com clareza dos temas;

Art.39º. O expediente deverá conter a natureza da reunião, dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e dos membros presentes e seus cargos;

Art.40º. O resumo da discussão da ordem-do-dia e os resultados da votação (e o registro das decisões tomadas, a motivação que levou algumas ideias a serem abandonadas, evitando que a mesma discussão ocorra outras vezes);

Art.41º. Encaminhamentos: onde são registrados os prazos para execução de tarefas e é estabelecido o dia, horário, local e participantes da próxima reunião.

Art.42º. A ata deve ser um documento sucinto, de fácil leitura e identificação (em especial) das decisões tomadas.

CAPÍTULO VI

DA PADRONIZAÇÃO DOS ITENS

Art.43º. A seleção de produtos para padronização levará em conta a avaliação da efetividade, da segurança, de sua inserção em protocolos ou rotinas assistenciais e sua relação de custo-efetividade durante o uso.

§ 1 A inclusão de itens na Padronização exigirá a visão completa dos programas assistenciais, tanto no que se refere à compatibilidade entre os diversos produtos, quanto ao suporte e ao seu impacto inerente, por exemplo, quando se tratar de inclusão de uma tecnologia que necessitará uso de outros artigos e processos de esterilização, será

obrigatória uma justificativa plena para a aquisição, impacto sobre a saúde e agilização do trabalho.

§ 2 Qualquer alteração que gerar aumento de custo orçamentário (O custo efetividade do uso, proposto em procedimentos frente aos recursos disponíveis, justifica a alteração na padronização) deverá ser encaminhado para aprovação do comissões e diretorias técnica e administrativa.

Art.44º. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.45º. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.46º. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.47º. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.48º. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.49º. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.50º. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.51º. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.52º. Obter maior qualidade e uniformidade.

§ 1 Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes na reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

§ 2 Membros da equipe assistencial (Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fisioterapeutas e demais profissionais da saúde) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário. O mecanismo para este tipo de pedido será o Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde" § 3 A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela COMISSÃO que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados, com o preenchimento do Formulário "Análise e Parecer Técnico de inclusão/exclusão"

Art.53º A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO IV

Das Disposições Gerais

Art.54º. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

I. Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante de modo a atender as especificações da instituição.
II. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados no Hospital.
III. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do Hospital.
IV. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art.54º. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

I. Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médico-hospitalares;
II. Por proposição da Diretoria técnica e administrativa do Hospital;
III. Por iniciativa da COMISSÃO, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art.55º. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela COMISSÃO.

Art.56º. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da COMISSÃO e posteriormente pelo Setor Jurídico e Diretoria técnica e administrativa, revogadas as disposições em contrário.

GOIÂNIA., de 2022

Diretoria técnica da unidade

7.26.1.3 Cronograma de Atividade Anual

		Anual											
	Atividade	MÊS1	MÊS2	MÊS3	MÊS4	MÊS5	MÊS6	MÊS7	MÊS8	MÊS9	MÊS10	MÊS11	MÊS12
1	Reuniões de Planejamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Reuniões ordinárias	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover estudos pertinentes à padronização de Produtos para Saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Estabelecer normas e rotinas para análise de produtos para saúde visando assegurar a qualidade desses materiais a serem adquiridos no unidade;												
5	Elaborar a revisão da padronização de produtos para saúde, uniformizando as especificações na rede;		X		X		X		X		X		X
	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Analisar, testar e emitir parecer técnico dos produtos para saúde de uso do Hospital, em conjunto com os demandantes e/ou utilizadores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Designar/ANALISAR/ VALIDAR os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pelos consultores;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Criar e manter atualizado banco de dados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	com as queixas técnicas notificadas e encaminhadas pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;												
10	Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de produtos para saúde utilizados no Hospital;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
11	Coordenar a avaliação técnica de materiais em processo de compra;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Realizar estudos acerca do custo benefício dos produtos para saúde para verificar a viabilidade econômica de sua padronização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Estabelecer critérios para a utilização dos produtos para saúde não padronizados no unidade, para os casos excepcionais;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	Encaminhar solicitações de inclusão de novos produtos na lista de padronização para avaliação do NATS (Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde), quando houver;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	Emitir parecer sobre os produtos para saúde analisados, considerando o parecer técnico científico encaminhado pelo NATS, quando existente;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	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;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
17	Subsidiar as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso dos produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	Receber assessoria jurídica do Hospital, sempre que necessário, para consultas e orientações;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	Assessorar a governança da unidade em assuntos relacionados à gestão de produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Assessorar a Gerência de Ensino e Pesquisa quanto às questões relacionadas a pesquisas que utilizam produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Prestar assessoria técnica à Unidade de Compras e a Unidade de Almoxarifado e Produtos para Saúde do Hospital;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	Consultar o setor de Vigilância e Segurança do Paciente acerca das notificações identificadas no uso dos produtos para saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Estimular que os profissionais utilizem o	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3	NOTIVISA												
24	Divulgar no Hospital as atualizações da padronização;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	Estimular que os profissionais utilizem o NOTIVISA (Sistema de	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	Elaboração de Relatórios	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Encaminhamento de Relatórios para direção do hospital			X			X			X			X

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

7.26.2.1 Proposta de Constituição

FINALIDADE

A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

MEMBROS

Será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

7.26.2.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

Da CIHDOTT

Art. 1 º A Comissão Intrahospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes da unidade, nos termos do art. 14, inciso I, da Portaria n 2.600, de 21 de outubro de 2009, do Ministério da Saúde, está classificada como CIHDOTT

Art. 2º A CIHDOTT é instituída por ato formal da direção da unidade, e está vinculada à diretoria técnica

Art. 3º É de competência da direção da unidade prover área física definida e equipamentos adequados para gerenciamento e armazenamento de informações e documentos, intercomunicação entre os diversos participantes do processo, conforto para profissionais e familiares dos potenciais doadores, pleno funcionamento da CIHDOTT, bem como definir o regime de trabalho dos seus membros.

CAPÍTULO II

QUANTO À ATUAÇÃO NA COMISSÃO

Art. 4º Cabe à Comissão:

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 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 à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;

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.

Art. 5º A Comissão atuará em todo âmbito hospitalar.

CAPÍTULO III

DA ROTINA ADMINISTRATIVA DA COMISSÃO

Art. 6º A CIHDOTT deverá enviar à Central de Transplantes os documentos referentes ao paciente com morte cerebral, independentemente de serem doadores, em até 48 horas após o óbito.

Art. 7º A CIHDOTT deverá confeccionar e manter fielmente atualizadas, planilhas de Notificação de ME, onde devem constar dados como data da constatação, nome do paciente, registro hospitalar, idade, procedência (nome do hospital), diagnóstico; se houve confirmação da ME, se houve entrevista familiar, órgãos retirados, motivos da não doação, local da necropsia, coordenador da sala cirúrgica e nº da AIH.

Art. 8º A CIHDOTT deverá arquivar e zelar pelos protocolos de notificação de morte cerebral de doações efetivadas ou não.

Parágrafo Único. Na instituição estes documentos são arquivados na sala da CIHDOTT, mas podem ser arquivados também junto ao prontuário do paciente.

Art. 9º No caso de doações efetivadas devem ficar arquivados os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização);
III. Exames e provas sorológicas;
IV. Laudo e foto do exame complementar.

Art. 10º No caso de constatação de ME apenas, arquivar no mínimo os seguintes documentos:

I. Termo de Declaração de Morte Encefálica;
II. Ato de doação de órgãos (autorização ou não);
III. Motivo da não retirada.

Art. 11º A CIHDOTT deverá organizar arquivos de:

I. Atas e Regime Interno;
II. Correspondências recebidas e emitidas;
III. Estatística atualizada com planilhas contendo notificação/remoção com dados dos pacientes, cirurgião de retirada de órgãos, coordenador de sala, etc;
IV. Controle e estatística do programa de captação de córneas;
V. Material didático sobre doação de órgãos;

VI. Campanhas e eventos;
VII. Reportagens sobre a comissão e transplantes em geral;
VIII. Leis e portarias;
IX. Revistas assuntos pertinentes e artigos científicos sobre o assunto;
X. Folhetos com material de divulgação/esclarecimento sobre doação de órgãos de diversas instituições (pelo menos um modelo de cada);
XI. Mailing;
XII. Certificados de participação em cursos, seminários, palestras, etc. dos componentes da CIHDOTT;
XIII. Certificados de "Honra ao Mérito";
XIV. Revistas.

Art. 12º Das reuniões da CIHDOTT, que em regra serão mensais, deverá ser redigida até com a devida assinatura dos participantes, que será arquivada em local apropriado.

Art. 13º A CIHDOTT deverá organizar relatórios ao CNCDO, que podem ser as atas com planilhas.

Art. 14º A CIHDOTT deverá anotar nos prontuários dos pacientes o ocorrido em cada caso, com assinatura e carimbo (coordenador).

CAPÍTULO IV

DA FORMAÇÃO DA COMISSÃO

Art. 15º A CIHDOTT será composta por no mínimo 03 (três) membros integrantes do corpo funcional da instituição, de nível superior, dentre os quais, um será designado como coordenador intrahospitalar, cujo perfil profissional seja médico (a) ou enfermeiro(a) e tenha a anuência da Diretor tecnico.

Art. 16ºO coordenador deverá realizar o treinamento formal ou curso ministrado sob orientação da CNCDO e ou do Sistema Nacional de Transplantes/MS.

Art. 17º Os demais membros participantes deverão ter conhecimento na área de captação de órgãos e transplantes e obrigatoriamente pertencerem ao corpo funcional do hospital.

Art. 18º A composição da CIHDOTT poderá ser de acordo com o interesse pela causa e perfil no processo doação-transplante necessário para obtenção de melhores resultados.

Art. 19º O tempo de permanência da CIHDOTT será de dois anos, podendo ser prorrogado em mais dois anos se assim for decidido pelo grupo de escolha.

Art. 20º Em caso de divergências insuperáveis no modo de ação dos membros da Comissão e o da Instituição hospitalar, esses poderão solicitar seu desligamento da CIHDOTT, sendo escolhido em seguida substituto do membro desligado.

§1 O substituto do membro poderá ser indicado pelos membros remanescentes da CIHDOTT, condicionado a aprovação do Diretor tecnico.

§2 Quando o membro solicitante de desligamento da CIHDOTT for o coordenador, esi deverá solicitar diretamente ao Diretor tecnico que indicará o seu substituto.

§3 Quando todos os membros solicitarem seu desligamento da CIHDOTT, o Diretor tecnico indicará novos nomes para compor a Comissão.

Art. 21º Poderá existir mais de uma lista tríplice para aprovação.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DO COORDENADOR DA CIHDOTT

Art. 22º Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da CIHDOTT e, especificamente:

I. Representar a CIHDOTT em suas relações internas e externas;
II. Instalar a CIHDOTT e presidir suas reuniões;
III. Promover a convocação das reuniões;
IV. Tomar parte das discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de qualidade;
V. Designar dentre os membros da CIHDOTT, os relatores dos expedientes;
VI. Designar profissionais para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução das finalidades da Comissão;
VII. Baixar resoluções decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência;
VIII. Articular-se com o Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde;
IX. Promover a interação da OPO com a CIHDOTT;
X. Cumprir e fazer cumprir este Regimento Interno.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA CIHDOTT

Art. 23º Aos membros da CIHDOTT incumbe:

I. Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
II. Comparecer às reuniões, relatando expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
III. Requerer votação de matéria, em regime de urgência;
IV. Desempenhar outras atribuições que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;
V. Apresentar proposições sobre assuntos ligados a doação e transplante;
VI. Apresentar planos de melhoria ou de alteração das rotinas ou procedimentos, objetivando a implementação e a eficiência dos transplantes;
VII. Efetuar estudos e solicitar ou sugerir medidas de aperfeiçoamento dos trabalhos da Comissão; VIII. Realizar as diligências para elucidação de estudos em andamento.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 24ºA CIHDOTT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, de acordo com agenda pré-estabelecida, e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor técnico, Coordenador ou a requerimento da maioria de seus membros.

Art. 25º O Colegiado da CIHDOTT instalar-se-á e deliberará com a presença de no mínimo 50% mais um dos seus componentes.

§1 No caso do "quorum" ser insuficiente, a reunião será suspensa após quinze minutos do horário programado para início.

§2 Quando da pauta da reunião constar matérias cuja discussão seja inadiável, sob pena de acarretar prejuízos aos pacientes, estas serão analisados pelos integrantes, independentemente de "quórum".

§3 O Diretor tecnico designará um dos membros da CIHDOTT para coordenar os trabalhos, na ausência do Coordenador.

§4 Cada membro terá direito a um voto.

§5 A votação será nominal e aberta.

§6 As decisões da CIHDOTT serão tomadas por maioria simples dos presentes. §7 O Presidente terá o voto de qualidade.

§8 As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas a CIHDOTT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§9 É facultado ao Coordenador e aos membros da CIHDOTT solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 26º A CIHDOTT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

CAPÍTULO VIII

DOS INDICADORES DE POTENCIAL DE DOAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DE EFICIÊNCIA NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES

Art. 27º Os critérios para determinação dos indicadores do potencial de doação de órgãos e tecidos e de eficiência, utilizados para avaliar o desempenho das atividades são os seguintes:

I. Número de leitos;
II. Taxa de ocupação;
III. Tempo médio de hospitalização;
IV. Número de hospitalizações;
V. Número de leitos de UTI e existência de respiradores mecânicos em outros setores do estabelecimento de saúde;
VI. Taxa de mortalidade geral da instituição com diagnósticos da causa base;
VII. Número total de óbitos;
VIII. Taxa de mortalidade em UTI;
IX. Número de ocorrências de mortes encefálicas diagnosticadas e notificadas a CNCDO;
X. Notificações a CNCDO de potenciais doadores de tecidos;

XI. No caso de doação de órgãos, o tempo médio entre a conclusão do diagnóstico de morte encefálica e entrega do corpo aos familiares e de todas as etapas intermediárias;

XII. Número de doações efetivas de córneas;

XIII. Taxa de consentimento familiar em relação ao número de entrevistas realizadas; e

XIV. Causas de não remoção especificadas se por contraindicação médica, condição de não doador em vida, ausência de familiares presentes, identidade desconhecida, etc.

Art. 28º A possibilidade de captação de córneas para transplante está diretamente relacionada ao número de óbitos na instituição, sendo considerado adequado:

I. Entrevistar os familiares de pacientes falecidos no hospital oferecendo a possibilidade de doação de córneas, garantindo a efetivação da doação em um prazo máximo de 6 horas após a constatação do óbito, em 100% dos casos, excetuando-se as contraindicações médicas definidas pela CNCDO e Banco de Olhos vinculado;

II. Obter um mínimo de 20% de captação efetiva de córneas em relação aos casos entrevistados.

Art. 29ºA possibilidade de captação de órgãos para transplante está diretamente relacionada à ocorrência de óbitos em pacientes internados nas Unidades de Tratamento Intensivo ou unidades que disponham de equipamento de ventilação mecânica, sendo considerado adequado:

I. Notificar a CNCDO em 100% dos casos de ocorrências de diagnóstico de morte encefálica conforme resolução do Conselho Federal de Medicina em vigor e,

II. Entrevistar, em 100% desses casos, os familiares do paciente falecido, oferecendo a possibilidade de doação de órgãos, excetuando-se as contraindicações médicas, definidas pela CNCDO;

III. Obter um mínimo de 30% de efetivação da doação de órgãos sobre o total de casos notificados a CNCDO;

IV. Obter no mínimo, 60% de consentimento familiar à doação considerando os casos em que foi aplicada a entrevista familiar;

V. Conduzir todas as etapas diagnósticas de qualificação do potencial doador de órgãos em no máximo 18 horas.

Art. 30º A possibilidade de captação de tecidos musculoesqueléticos, pele, válvulas cardíacas, outros tecidos e partes do corpo humano deverá ser organizada pela CNCDO em regiões de abrangência de Bancos de Tecidos específicos, facilitando os trâmites logísticos necessários à adequada captação, acondicionamento e transporte do material coletado ao Banco de Tecidos.

Art. 31º Compete ao Coordenador da CIHDOTT, em conjunto com o Coordenador da CNCDO determinar os indicadores para a instituição, na forma do disposto no caput deste Artigo.

CAPÍTULO IX

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32º A Diretor técnico e os Conselhos Diretores poderão, a qualquer tempo e por motivo justificado, propor a substituição de seus respectivos representantes na CIHDOTT.

Art. 33º A Diretor técnico poderá a qualquer tempo e por motivo justificado, promover a substituição dos componentes da CIHDOTT e do Coordenador após ser referendado pelo Conselho Deliberativo.

Art. 34º O integrante da CIHDOTT que, sem motivo justificado, por escrito, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano, estará automaticamente desligado da Comissão.

Parágrafo Único. O controle de frequência será efetuado pelo(a) secretário(a), mediante registro em pauta.

Art. 35ºA CIHDOTT poderá a qualquer tempo e por motivo justificado propor à Diretor tecnico, a substituição do Coordenador.

Art. 36º Quando forem discutidos pela CIHDOTT assuntos "subjudice" em outras instâncias, os membros que forem partes envolvidas ou interessadas no deslinde da questão, deverão se declarar impedidos, vedando-se a sua presença sempre que a matéria for colocada em exame. Parágrafo Único. Caso o membro da CIHDOTT, na hipótese estabelecida no "caput", não se considere impedido, cabe ao Presidente da CIHDOTT e na impossibilidade deste, ao Diretor Clínico, declarar o impedimento.

Art. 37º Nenhum membro da CIHDOTT, à exceção de seu Coordenador, poderá falar em nome da Comissão, sem que esteja autorizado pela Diretor tecnico.

Art. 38º Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador da CIHDOTT, e em grau de recurso pelo Diretor tecnico. Art. 40 O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da CIHDOTT, através da maioria absoluta de seus membros, submetida a Diretor tecnico.

Art. 39º O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogando-se as disposições em contrário.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretoria Tecnica Da Unidade

7.26.2.3 Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Organizar, no âmbito do estabelecimento de saúde, o protocolo assistencial de doação de órgãos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar a capacidade da instituição, diagnosticando a potencialidade da captação de órgãos e tecidos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	suporte para fins de doação;												
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Viabilizar a realização do diagnóstico de morte encefálica, conforme Resolução do CFM sobre o tema;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manter o registro do número de óbitos ocorridos em sua instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover e organizar o acolhimento às famílias doadoras antes, durante e depois de todo o processo de doação no âmbito da instituição;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	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		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	próprio estabelecimento de saúde, tão logo seja procedida a retirada dos órgãos;											
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Orientar e capacitar o setor responsável, no		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	estabelecimento de saúde, pelo prontuário legal do doador quanto ao arquivamento dos documentos originais relativos à doação, como identificação, protocolo de verificação de morte encefálica, termo de consentimento familiar livre e esclarecido, exames laboratoriais e outros eventualmente necessários à validação do doador, de acordo com a Lei No-9.434, de 1997;												
	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;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover programas de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	educação/sensibilizaç ão continuados dirigidos à comunidade; e											
	Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.26.2.4 Acompanhar, monitorar, comunicar as unidades referenciadas da OPO.

A Organização de Procura de Órgãos e Tecidos – OPO se reportam a Central de Transplantes e atuam junto aos estabelecimentos de saúde de forma regionalizadas e metas estabelecidas para a detecção e demais procedimentos de viabilização de potencial doador de órgãos e tecidos para transplantes e as Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante – CIHDOTT organizam no âmbito hospitalar o processo de remoção de órgãos e tecidos para fins de transplantes.

OPO's e CIHDOTT's são responsáveis pelo desempenho da rede de atenção à doação de órgãos e tecidos na sua área de abrangência.

7.26.3 Comissão Do Monitoramento De Indicadores

7.26.3.1 Proposta de Constituição

Finalidade

Monitorar e integrar em tempo hábil e preciso, os procedimentos garantindo que ocorram dentro dos níveis de qualidade necessários, pois a prioridade a ser seguida está na vida dos pacientes e nos meios de subsistência dos funcionários que se colocam em risco caso isso não seja monitorado e corrigido a tempo e a hora.

Membros

05 colaboradores eleitos pela Direção com conhecimento acerca de dados estatísticos de metas.

7.26.3.2 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DEFINIÇÃO E FINALIDADE

Art. 1º. Com uma vasta experiência em gestão o *INSTITUTO CEM propõe para esse contato de gestão do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)* um sistema que permita em tempo hábil e preciso integrar quantos procedimentos devem fazer com que os processos, alguns aparentemente básicos, ocorram dentro dos níveis de qualidade necessários. Compreendendo que a prioridade a ser seguida esta na vida dos pacientes e nos meios de subsistência dos funcionários que se colocam em risco caso isso não seja monitorado e corrigido a tempo e a hora.

CAPITULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 2.º O ***INSTITUTO CEM*** se propõe a analisar, 8 indicadores de desempenho hospitalar que deverão ser considerados para a gestão do contrato no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . os quais se encontram formalmente dispostos na Minuta do Contrato de Gestão, se dividem em: indicadores de desempenho, indicadores de qualidade, indicadores de produtividade e indicadores econômicos-financeiros, conforme quadro exemplificativo a seguir:

Art. 3º. INDICADOR DE QUALIDADE/AÇÕES CORRETIVAS

I- Taxa de ocupação

Este, talvez, seja o mais importante dos indicadores de desempenho hospitalar. Ele demonstra se um hospital está atuando muito abaixo ou acima de sua capacidade. Ou seja, se possui leitos rotineiramente vazios ou em falta.

A única maneira de manter as coisas funcionando sem problemas é acompanhar a taxa de ocupação ao longo do tempo. A partir desse KPI, a gestão poderá fazer os ajustes necessários para simplificar a eficiência uma vez que trata-se da relação percentual entre número total de pacientes atendidos por dia e o número de leitos disponíveis no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

A fórmula da taxa de ocupação é:

(número de pacientes por dia / número de leitos por dia) x 100

II- Duração Média da Estadia

O ***INSTITUTO CEM*** detalhará os dados levantados no Hospital hospitalar para rastrear quanto tempo os pacientes ficam após certos procedimentos ou em certos departamentos.

Se as estadias forem demoradas, a gestão deverá investigar possíveis causas (supervisão administrativa, infecções, etc.).

Se a métrica revelar estadias curtas, a gestão irá garantir que os pacientes não esteja sendo prematuramente liberados.

Seu cálculo será estipulado segundo o total de pacientes atendidos dividido pelo número de pacientes que saíram nesse mesmo período de tempo.

A fórmula da duração média de estadia é:

(pacientes-dias em determinado período / saídas nesse mesmo período) x 100

III- Taxas de Infecção

Também conhecido como infecção associada a cuidados de saúde, este KPI mostra quantas vezes os pacientes recebem certas infecções durante o tratamento médico.

Um número menor demonstra o compromisso da gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) em seguir as diretrizes de segurança e saneamento.

E KPI É medido pelo número de pacientes infectados dividido pelo total de pacientes atendidos durante um certo período.

A fórmula da taxa de infecção é:

(pacientes infectados em determinado período / total de paciente atendidos mesmo período) x 100

IV- Taxa de Readmissão

Readmissão hospitalar é definida como a admissão hospitalar de um paciente em um mesmo hospital, após sua alta.

Isso significa que de alguma forma a alta pode ter sido dada de maneira equivocada. Altas taxas de readmissão significam que o serviço prestado não está sendo satisfatório.

São também dispendiosos, pois são situações que deveriam ter sido resolvidas anteriormente. Dentre os indicadores de desempenho hospitalar, tem sido mais proeminente do que nunca.

É calculado pela divisão do número de readmissões dividido pelo total de pacientes atendidos em um certo período.

A fórmula da taxa de readmissão é:

(número de readmissões em determinado período / total de paciente atendido nesse mesmo período) x 100

V. Tempo de espera do paciente

Quanto tempo o paciente fica sentado na sala de espera do pronto-socorro antes de receber atendimento médico?

Tempos de espera mais longos significam menores índices de satisfação do paciente e maior risco à sua saúde.

A gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) medirá o tempo de espera da cada paciente e dividir-se-a pelo número de atendimentos no período para se chegar a esse índice.

VI. Margem Operacional

O ***INSTITUTO CEM*** considera importante acompanhar a operação da unidade hospitalar sob sua gestão e, assim, avaliar a receita versus os gastos para estabelecer se o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) é sustentável em longo prazo deve fazer parte de seus KPIs de gestão

A fórmula da margem operacional é:

Lucro Operacional / Receita Líquida

VII. Satisfação do paciente

O ***INSTITUTO CEM*** acredita que um baixo índice de satisfação do paciente é uma enorme bandeira vermelha para a gestão da unidade hospitalar. Sendo assim um convite a mudanças sérias no pessoal, investir em treinamento e melhorar as instalações e equipamentos.

Não apenas uma pontuação baixa na satisfação do paciente indica que a unidade hospitalar está desagradando os pacientes atuais, mas também sugere que eles estão perdendo os futuros.

Uma maneira de calcular o índice de satisfação de clientes, e que também pode ser usad. para pacientes, é por meio da pesquisa de satisfação do paciente e familiares atendidos no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) Ela é feita com uma única pergunta, deste tipo:

'Em uma escala de 0 a 10, qual a possibilidade de você indicar nosso hospital para parentes e amigos?'

Notas 9 e 10 classificam os promotores de sua marca; notas 7 e 8, pacientes indiferentes à sua marca e notas iguais ou inferiores a 6 são dadas por detratores de sua marca de gestão.

CAPITULO III

DAS COMPETENCIAS

ART. 4º. Compete à Comissão

I - elaborar o Regulamento a ser aprovado pelos seus membros;

II - realizar reuniões ordinárias quinzenais nos dias e horários definidos no cronograma aprovado e reuniões extraordinárias convocadas pela coordenação ou por 1/3 (um terço) dos membros efetivos no prazo mínimo de 48 (quarenta e oito) horas, podendo ser convocada em menor prazo em decorrência da relevância e urgência do assunto que justifique a referida convocação;

III – emitir portarias de designação de grupos de trabalho, grupos de estudo e comissões para temas específicos no âmbito da avaliação institucional com a responsabilidade de emitir e analisar relatórios, elaborar e analisar pareceres a serem encaminhados as instâncias no âmbito dos Colegiados Institucionais e da CONAES;

IV – propor o estudo de conceitos, aplicação de metodologias e desenvolvimento instrumentos para efetivação do conjunto de ações para realização da avaliação institucional nos seus respectivos prazos;

V - promover seminários, debates e reuniões na área de sua competência, estimulando a criação de uma cultura de avaliação nos seus diversos âmbitos;

VI – Realizar o processo de meta-avaliação a partir do sistema de avaliação institucional do HOSPITAL com o exame crítico das avaliações concluídas de forma a realimentar de maneira continua o processo avaliativo; VII - Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.

CAPITULO IV ORGANIZAÇÃO

Art. 5. A construção destes números será feita pela unidade de Estatística com divulgação interna. Reuniões periódicas serão realizadas para avaliar o panorama de cada serviço, com foco na promoção da melhoria contínua, atendendo aos parâmetros propostos pela SMS, conforme tabela a seguir:

QUADRO DE PARÂMETROS DE INDICADORES	
Média de Permanência de Internação	8 dias

Taxa de Infecção Hospitalar	<= 6%
Taxa de Mortalidade Global	<= 8,5%
Taxa de Ocupação Hospitalar	80%
Tempo de Entrega do Exame	12 horas
Índice de Satisfação do Paciente	>= 80%

Indicadores de qualidade
respostas às pesquisas de satisfação efetuadas no mês anterior (ativas e passivas);
Relatório detalhado da pesquisa de satisfação do mês anterior;
Relatório das ações e resultados em relação aos relatórios anteriores ao do mês anterior;
Relatório de Indicadores dentro da meta (painel de controle);
Índice geral de satisfação dos usuários;
Índice de satisfação dos usuários (setorial).
Relatório mensal sobre principais eventos, resultados, demandas, sugestões, informações gerais do ensino em serviço
% de alunos estagiários

Um serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do usuário. A qualidade é atingida quando estão satisfeitos determinados requisitos básicos da qualidade: qualidade intrínseca; custo compatível e entrega em tempo hábil, entre outros (FALCONI, 1992).

Art. 6º. Os requisitos da qualidade também são denominados como dimensões e possuem os seguintes significados:

I. QUALIDADE INTRÍNSECA: Refere-se às características específicas do produto (bens ou serviços) capazes de promover a satisfação do cliente, incluindo a ausência de problemas, a presença de características que encantem o consumidor, qualidade das pessoas que trabalham na empresa, qualidade de treinamento dessas pessoas, entre outras. Na gestão da saúde, refere-se à qualidade da prestação do serviço à comunidade, gerando sua breve recuperação ou a manutenção de sua saúde. Além disso, a humanização do atendimento e o "*bem servir*" também estão associados.

II. CUSTO COMPATÍVEL: Relaciona-se ao custo operacional da prestação do serviço, envolvendo os custos de utilidades, insumos, pessoal (contratação, recrutamento e treinamento), logística e administração. O custo deve ser o menor possível para que clientes e acionistas sintam-se satisfeitos. No caso da administração pública, este indicador possui um peso ainda mais significante, uma vez que representa o investimento do dinheiro público em prol da comunidade. Quanto melhor for a gestão dos custos, maior parcela da população poderá ser atendida.

III. ENTREGA EM TEMPO HÁBIL: Diz respeito à entrega dos produtos e serviços, que deve ser feita na data, local e quantidade corretos. Nas unidades hospitalares está associado ao tempo de espera para atendimento, recebimento de exames, marcação de consultas etc.

A produtividade pode ser demonstrada da seguinte maneira, segundo o autor: P = Q/C

P = produtividade,

Q = qualidade

C = custos.

Art. 7º. Essa produtividade pode ser melhorada com o aperfeiçoamento de três componentes básicos que são: o hardware (equipamentos e materiais), o software (procedimentos ou "maneira de fazer as coisas") e o humanware (ser Humano).

É importante, nesse ponto, ressaltar que ninguém implanta a qualidade e sim a Gestão, ou seja, as ações para atingir os resultados. Portanto os indicadores de desempenho que

o ***INSTITUTO CEM*** utilizará são compostos por indicadores que contemplam 3 aspectos essenciais para uma gestão eficaz no atendimento aos usuários no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) : Indicadores referentes à Resolubilidade no Atendimento dos Usuários; Indicadores referentes à Satisfação dos Usuários; Indicadores referentes à gestão dos custos.

Art. 8º. O diferencial do ***INSTITUTO CEM*** em relação a outros modelos de gestão decorre do fato de que a ênfase é para o tripé Resolubilidade, Satisfação dos Usuários e Custos.Buscamos otimizar o processo da gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) focando nos indicadores de desempenh desses três grupos de indicadores. Obviamente, muitos outros indicadores têm a sua importância dentro do contexto de gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , como por exemplo "*turn over*" de colaboradores etc. No entanto, entendemos que determinados aspectos devem ser priorizados na gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , como explicado acima.

Art. 9º. O modelo gestão de pessoas prioriza a meritocracia, a educação continuada como meio para o desenvolvimento humano e profissional, o foco no cliente/usuário e o estímulo à participação dos colaboradores na melhoria dos processos.

ART. 10º. INDICADOR DE PRODUTIVIDADE/AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores de gestão da produtividade são mensais podem ser consolidados por períodos tais como: trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evoluçã das atividades. São divididos em:

Indicadores de Recursos Humanos
Pessoas por área
Pessoas por leito por área
Ìndice de treinamento de pessoal administrativo (Homens Hora Treinamento - HHT);
Indice de treinamento de pessoal assistencial (HHT)

Índice de absenteísmo por área (%);
% acidentes do trabalho por área
% desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)
Acidentes com afastamento por área
Turn over por área (%)
Indicadores da operação no Hospital hospitalar
Censo hospitalar: pacientes internados por setor (diário)
Censo hospitalar : SADT (diário)
Admissões/altas/consultas no PA (por especialidade), eletivas e retorno (diário);
Controle de medicamentos controlados (consumo) (diário);
Protocolos clínicos implantados (mensal);
Dispensação de medicamentos (prazo médio em minutos entre recepção da solicitação e dispensação);
Comissão de Revisão de Prontuário (ações);
Comissão de Verificação de Óbito (ações);
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (ações);
Comissão de Farmácia e Terapêutica (ações);
Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional (ações);
Prazo médio de internação por especialidade/setor de internação
Cirurgias suspensas e motivo (diário);
Cirurgias realizadas e especialidade (diário);

Altas após 12 horas (diário);
Atrasos de inicio de cirurgia superior a 1,5 hora (diário);
Consultas/hora;
Prazo médio de entrega de exames (por tipo de exame: laboratorial e imagem);
Quantidade média de exames por setor de internação;
Quantidade de quedas de usuários (mensal e anual);
Quantidade de ocorrência de flebite (mensal e anual);
Quantidade de injúrias por cateter, sonda e cânula (mensal e anual);
Quantidade de úlceras de pressão (mensal e anual)
Quantidade de infecção em sitio cirúrgico (mensal e anual);
Quantidade de acidentes perfuro cortantes (mensal e anual);
Quantidade de prescrições avaliadas pelo farmacêutico (mensal e anual);
Quantidade de R$ de aquisições avulsas de materiais e medicamentos (com justificativa);
Quantidade de consultas de psicologia/fisioterapia e serviço social;
% de conformidade de calibração de equipamentos (engenharia clínica);
horas centro cirúrgico indisponíveis pela manutenção;
dias/leito por setor indisponíveis pela manutenção
tempo médio de limpeza concorrente nos leitos de internação
tempo médio de limpeza no centro cirúrgico: cirurgias limpas e sujas
quantidade e valor dos ajustes decorrentes da auditoria médica

interna.
Prazo médio de permanência por tipo de paciente: clínico/cirúrgico/setor de internação /especialidade/equipe médica;
Taxa de ocupação de leitos por setor de internação;
Giro (pacientes/dia) de leitos por setor de internação;
Utilização do centro cirúrgico por dia da semana/# horas/especialidade/equipe cirúrgica.
Pacientes em espera para procedimentos cirúrgicos/SADT/consulta especializada (diário);
dias de espera para procedimento cirúrgico/SADT/consulta especializada (diário);
minutos de espera para atendimento de consultas no PA.
Taxa de mortalidade geral;
Taxa de mortalidade por setor de internação;
Taxa de mortalidade por especialidade médica
Taxa de infecção hospitalar geral;
Taxa de infecção hospitalar por setor de internação;
Taxa de infecção hospitalar por especialidade médica
Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso;
Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical
Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical;
Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica
Taxa de reinternação para pacientes da clínica cirúrgica;
Taxa de atendimento a pacientes referenciados.

Quadro geral de certidões/alvarás/autorizações no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) com previsão de vencimento e prazo de obtenção;
Acompanhamento de processos trabalhistas e risco de penalização
Acompanhamento de bloqueios/resgates judiciais;

ART. 11º. INDICADOR ECONÔMICO-FINANCEIROS/AÇÕES CORRETIVAS

Os indicadores economicos e financeiros são mensais podem ser consolidados por períodos tais como: trimestres, semestres e anual para oferecer uma visão da evolução das atividades. São divididos em:

Indicadores econômicos/financeiros
Custo de pessoal por leito/setor de internação;
Custo por tipo de cirurgia/especialidade/equipe cirúrgica
Custo por exame de SADT;
Giro do estoque, por tipo de item/grupos
Custo de carregamento de materiais/medicamentos em estoque
Análise do prazo médio de pagamento de fornecedores com sugestões de estratégias de negociação para ampliação;
Relatório de falta de materiais/medicamentos (diário);
Contratos de manutenção com acompanhamento em dia;
Desvio em relação ao orçado (R$) por área/departamento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ;
Desvio em relação ao orçado (R$) por tipo de despesa;
R$ multas pagas por atraso de pagamentos a

fornecedores/impostos/taxas;
Repasses da SMS pendentes (R$);
Saldo bancário (diário);
Fluxo de Caixa (previsão de recebimentos e pagamentos de 30 dias futuros, por tipo de despesa/área do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) (diário);
Revisão do Orçamento (trimestral);
Análise das Despesas Operacionais;
Análise dos Investimentos realizados;
Resultado Financeiro;
Títulos protestados (diário);
Índice e Relatório de glosas (R$) com motivos;
Índice de prontuários entregues fora do prazo para o faturamento;
Índice de informações entregues fora do prazo para a SMS;
Valor e dos ajustes de estoques para mais e para menos, por família de material e curva ABC dentro das famílias.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES GERAIS

O ***INSTITUTO CEM*** vê na gestão no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) com a escolha dos indicadores acima da mesma forma que no cotidiano das pessoas as medições estão presentes (velocidade dos veículos, pressão arterial, peso das mercadorias), as métricas também estão presentes na vida das empresas e são importantes para a saúde das mesmas. Portanto a escolha e o uso de indicadores de desempenho têm se revelado um assunto bastante desafiador na quase totalidade das empresas e assim o ***INSTITUTO CEM*** propõe indicadores para medir a eficiência e a eficácia de sua gestão.

O cálculo dos indicadores será facilitado pela informática. Com uso de modernos sistemas á ser implantados, para facilitar a obtenção de indicadores prontos ou dos elementos necessários para o cálculo dos mesmos que estarão disponíveis ou são de fácil obtenção.

A gestão da unidade hospitalar pelo ***INSTITUTO CEM*** definira as metas à partir de :

percentual de melhoria em relação ao resultado histórico;

comparação com desempenho de outras Unidades sob sua gestão;

comparação com a concorrência (quando disponível); comparação com benchmarks.

Vale lembrar que Metas impossíveis ou muito fáceis de alcançar não estimulam as pessoas. Daí a grande preocupação do ***INSTITUTO CEM*** de acertar na definição das mesmas.

Sempre que o resultado não for bom em qualquer uma das comparações citadas, o Instituto CEM irá tomar alguma providência (exemplos, alocar recursos, redefinir responsabilidades e ações, dentre outros) ou deverá ter uma justificativa muito consistente para aguardar mais um ou mais pontos para análise e possíveis ações e, isto será documentado.

Quando a meta for atingida, será redefinida a mesma, com desafios maiores, mas levando-se em consideração limitações econômicas, técnicas, etc.

O importante é que o ***INSTITUTO CEM*** tem em mente que toda vez que for definida ou revisada uma meta (alvo) irá definir o plano (ações, prazos, responsáveis, recursos) para atingi-la.

7.26.3.3 Cronograma De Atividades

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE		**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**
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											

	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do programa de Indicadores		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover uma cultura de integridade no Hospital, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	emitir portarias de designação de grupos de trabalho, grupos de estudo e comissões para temas específicos no âmbito da avaliação institucional com a responsabilidade de emitir e analisar relatórios,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	elaborar e analisar pareceres a serem encaminhados as instâncias no âmbito dos Colegiados Institucionais e da CONAES;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	propor o estudo de conceitos, aplicação de metodologias e desenvolvimento instrumentos para efetivação do conjunto de ações para realização da avaliação institucional nos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	seus respectivos prazos;											
	promover seminários, debates e reuniões na área de sua competência, estimulando a criação de uma cultura de avaliação nos seus diversos âmbitos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Realizar o processo de meta-avaliação a partir do sistema de avaliação institucional do hospital com o exame crítico das avaliações concluídas de forma a realimentar de maneira continua o processo avaliativo;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			X			X		X		X		X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.26.4 Comissão de Análise de Contratos terceirizados

7.26.4.1 Finalidade

Organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

7.26.4.2 Membros

I – um representante da DIRETORIA ADMINSITRATIVA como coordenador do Comissão;

II - um representante da DIRETORIA FINANCERIA;

III - um representante da administração de contratos.

7.26.4.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 1º. Este Regulamento foi elaborado como intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades, tendo como foco principal as contratações de bens e serviços e auxílio aos gestores e fiscais de contratos em suas rotinas, provendo a unidade com as

melhores práticas de gestão e fiscalização contratual de acordo com o planejamento institucional, pautada nos princípios da Administração Pública.

Art. 2º. O conteúdo deste Regulamento possibilitará o acesso às informações necessárias ao funcionamento a unidade como fluxos dos procedimentos e as orientações sobre as condições de trabalho a serem adotadas e compartilhadas entre a equipe.

Art. 3º. Este Regulamento facilitará a identificação, a análise e a correção dos pontos críticos e de possíveis não conformidades que vierem a ocorrer em cada etapa do processo de trabalho e ainda possibilitará aos gestores uma visão global e ao mesmo tempo detalhada da estrutura funcional e organizacional, propiciando uma base para a realização de um planejamento adequado de um programa de capacitação técnica-científica e humanitária.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO SEÇÃO

Art. 4º. A Unidade de Contratos, caracteriza-se da seguinte forma:

I - Título: Unidade de Contratos;

II - Ambientes de trabalho: espaço dentro da unidade de saúde;

III - Vinculação: Setor de Administração / Divisão Administrativa Financeira / Gerência Administrativa;

IV - Cargo de gestão: Chefe de Unidade;

V - Supervisão técnica: Setor de Administração.

Art. 5º. A Unidade de Contratos (UCON) utiliza a seguinte estrutura física para o desenvolvimento de suas atividades: N. Classificação Quantidade Objetivo 1 Sala da Unidade 1 Destinada ao funcionamento da UCON.

Capítulo III

Responsabilidades

Art. 6º. A Unidade de Contratos tem por missão garantir a excelência nas contratações atendendo aos princípios da Administração Pública por meio de gestão participativa.

Art. 7º. Unidade de Contratos tem por visão ser referência em contratações públicas alinhado ao planejamento estratégico e organizacional.

Art. 8º. São valores da Unidade de Contratos, em consonância com os valores do contrato:

I - preceitos ético-legais;

II - humanização;

III - responsabilidade;

IV - respeito aos direitos do paciente;

V - trabalho em equipe;

VI - eficiência, eficácia e efetividade;

VII - cooperação e integração;

VIII - padronização de condutas;

IX - educação permanente;

X - comprometimento;

XI - transparência;

XII - sustentabilidade.

Art. 9º. São competências da Unidade de Contratos:

I - gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;

II- prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;

III – elaborar minutas de contrato;

IV - gerir os convênios celebrados pelo hospital.

Art. 10º. Constituem produtos/serviços da Unidade de Contratos:

I - contratos e demais instrumentos obrigacionais oriundos das aquisições formalizados;

II - fiscalização de contratos da área administrativa;

III - apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços; Seção VI Clientes

Art. 11º. São clientes internos e externos da Unidade de Contratos todas as Unidades organizacionais da unidade fornecedores, órgãos públicos e profissionais de outros hospitais.

Art. 12º São fornecedores de informações em favor da Unidade de Contratos:

I – Setores Demandantes da unidade;

I – Órgãos Externos;

III – Fornecedores de Insumos e/ou Serviços;

Art. 13.º Constituem funções operacionais da Unidade de Contratos:

I - execução de procedimentos relativos a formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação (preenchimento do termo de contrato, colher assinaturas da contratada e contratante, publicação, cronograma, vinculação de fiscal, envio de cópia do contrato para a contratada, envio da documentação para o fiscal do contrato e outros procedimentos necessários);

II - expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos; III - expedição e envio para assinatura de Portaria de nomeação de fiscal de contratos;

IV - solicitação de senha no sistema para os fiscais de contratos;

V - acompanhamento, atualização e alimentação da planilha de contratos e termos aditivos (incluir os dados dos contratos e termos aditivos);

VI – envio de Ofício aos fiscais de contratos informando o término do prazo de vigência dos contratos;

VII - execução de procedimentos relativos a prorrogação de contratos administrativos (solicitar manifestação do fiscal e da contratada, consulta a documentação relativa a regularidade fiscal da contratada, pesquisa de preços de mercado, assinatura do ordenador de despesa e autoridade competente, cálculo do reajuste, dotação orçamentária, solicitar

manifestação do setor jurídico, colher assinaturas, publicação, envio para a contratada e fiscal do contrato, e outros procedimentos necessários);

VIII - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

IX - cadastramento de contratos novos e inclusão de termos aditivos no sistema de gestão;

X - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas;

XI - execução de procedimentos relativos a formalização de processos destinados apuração de irregularidades no decorrer da execução dos contratos (negociação prévia, indicação de irregularidades e sanção, envio de notificação, análise resposta fornecedor, finalização, envio de resposta ao fornecedor e solicitante);

XII - execução de procedimentos relativos a análise de pedidos de restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro de contrato (pesquisa de preços de mercado, negociação com o fornecedor, solicitação de manifestação do setor jurídico, expedição de apostila ou termo aditivo, envio de resposta ao fornecedor);

XIII - execução de procedimentos relativos a análise de solicitações de troca de marca, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) e outros;

XIV - pesquisas dos preços praticados no mercado com vista a verificação da vantajosidade ou não da prorrogação dos contratos firmados;

XV - prestar informações acerca das atividades da Unidade quando solicitadas.

CAPÍTULO IV

CAPITAL HUMANO

Art. 14º. A Unidade de Contratos deverá manter colaboração recíproca e intercâmbio de informações com a finalidade de permitir, da melhor forma, a consecução dos objetivos da Instituição.

Art. 15º. São deveres gerais dos trabalhadores lotados no Hospital de Contratos:

I - comparecer ao trabalho trajado adequadamente;

II - usar o crachá nas dependências do complexo hospitalar e seus anexos;

III - tratar a todos com urbanidade;

IV - cumprir os procedimentos operacionais padrão (POPs), referentes às tarefas para as quais forem designados;

V - acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade; VI - observar rigorosamente os horários de entrada e saída e de refeições, determinados pela chefia e por lei;

VII - comunicar ao chefe imediato, com antecedência, a impossibilidade de comparecer ao serviço;

VIII - utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sempre que necessário, e acatar as normas de segurança da Instituição;

IX - acatar as normas operacionais da Instituição, sob pena de sanções administrativas;

X - participar dos programas de capacitação para os quais for convocado;

XI - compartilhar conhecimentos obtidos em cursos ou eventos patrocinados pela Instituição;

XII - participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela chefia;

XIII - zelar pelo patrimônio da Instituição, prevenindo quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio, e informar/registrar possíveis danos assim que identificar ou tomar conhecimento dos mesmos;

XIV - manter seus registros funcionais atualizados;

XV - guardar sigilo sobre informações de caráter restrito, de que tenha conhecimento em razão de cargo, emprego ou função;

XVI - submeter-se aos exames médicos ocupacionais (admissional, periódico, retorno ao trabalho) ou quando determinado pelo Serviço de Saúde Ocupacional do Trabalhador;

XVII - observar e cumprir o Código de Ética da profissão e os Regulamentos inerentes aos seus vínculos na Instituição.

Art. 16º. A Unidade de Contratos possui os seguintes Atribuições:

I. Gerir os contratos, cessões, doações, autorizações, convênios e demais instrumentos obrigacionais firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;

II. Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;

III. Elaborar as minutas dos instrumentos obrigacionais relativos aos bens e serviços contratados; Manter relatórios atualizados com os dados referentes aos instrumentos obrigacionais firmados; Atualizar rotineiramente as informações constantes do Sistema de gestão, de acordo com as normas vigentes;

IV. Subsidiar o Setor de Administração na elaboração de consultas jurídicas quanto aos temas de sua competência;

V. Apresentar relatórios periódicos contendo análise da gestão de contratos do hospital. Implantar e avaliar os protocolos, diretrizes e POPs afetos aos serviços desenvolvidos no Hospital;

VI. Identificar necessidades e propor ações de educação permanente das equipes multiprofissionais; Participar das atividades de educação permanente desenvolvidas na Instituição e na rede de atenção à saúde;

VII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas determinadas pela Instituição;

VIII. Realizar as avaliações de desempenho dos servidores e empregados públicos, juntamente com os coordenadores, na presença do funcionário, conforme legislação;

IX. Auxiliar na construção e gerenciamento do centro de custo da Unidade;

X. Conferir e aprovar as escalas de trabalho, a programação de férias e as solicitações de afastamentos, conforme normativas legais;

XI. Conferir e assinar os Registros de Ponto dos colaboradores da UCON;

XII. Auxiliar os Gestores e Fiscais de contratos na execução de suas atividades;

XIII. Manter a página da Unidade atualizada no sítio eletrônico da unidade, conforme determina a Lei de Acesso à Informação contendo, no mínimo, os seguintes dados: identificação, horário de atendimento, localização, telefone e e-mail, nome dos membros que compõem a equipe e cargos ocupados, descrição de histórico do serviço (opcional), competências, descrição das atividades desenvolvidas, relatórios de produção e escalas de trabalho;

XIV. Definir processos de trabalho no âmbito da Unidade, de acordo com as exigências institucionais, proporcionando retorno adequado à alta gestão e à sua equipe;

XV. Manter a equipe ciente das exigências institucionais, por meio de reuniões ou informativos.

Art. 17º. As funções de Coordenadores de Área e Responsáveis Técnicos constituem funções de confiança da Chefia do Setor de Administração, ficando a indicação a seu critério.

Art. 18º. A indicação para nomeação da Chefia da Unidade de Contratos, deverá seguir os critérios estabelecidos pela legislação da SES/GO.

Art. 19º. A Chefia da Unidade de Contratos é função gratificada na estrutura da unidade sendo a classificação, descrição e atribuições apresentadas no Plano de Cargos em Comissão e Funções Gratifica.

§1. A Função Gratificada relativa à chefia descrita no caput deverá ser ocupada por profissional com formação de nível superior ou nível técnico com experiência mínima de três anos na área de atuação, conforme disposições contidas no plano de cargos e carreiras do instituto CEM.

§2. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia do Setor de Administração, assumirá pessoa de sua confiança que será o substituto legal, formalmente nomeado por meio de Portaria publicada, permanecendo no cargo por igual período ao do mandato da chefia.

CAPÍTULO V

ORGANIZAÇÃO INTERNA

Art. 20º. A Unidade de Contratos funciona nos seguintes horários: de segunda a sexta das 7h às 12h e das 13 às 17 horas.

Art. 21º. As escalas de trabalho são de responsabilidade da unidade, devendo ser elaborada até o dia 10. dia do mês anterior ao mês descrito na escala, para análise e aprovação da Chefia e obrigatoriamente publicizadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 22º. Os afastamentos e férias deverão ser inicialmente avaliados pela Chefia para posterior encaminhamento à Alta Gestão para deliberação e seguirão os normativos dos Serviços de Recursos Humanos de cada categoria dos trabalhadores do Setor, referentes à matéria.

Art. 23º. As escalas/horários de trabalho são de responsabilidade de cada segmento que compõe a Unidade, obrigatoriamente publicadas no sítio eletrônico da Instituição, conforme determina a Lei de Acesso à Informação.

Art. 24º. A Unidade de Contratos está representada no Comissão Gestor do Setor d Administração do instituto CEM, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, constituído pelas chefias do Setor de Administração e suas Unidades, pelos chefes substitutos como suplentes e um representante da administração, com a finalidade de auxiliar na tomada de decisões, relacionadas à funcionalidade do serviço.

Art. 25º. São objetivos da comissão:

I - promover o alinhamento das ações das diretrizes estratégicas;

II - promover e apoiar a priorização de projetos a serem atendidos para dar suporte às necessidades estratégias de planejamento;

III - implementar oportunidades de melhorias para que a DAF possa se adaptar rapidamente a mudanças de circunstâncias tecnológicas ou de gestão e a novas demandas operacionais.

Art. 26º. Compõem a comissão:

I - o chefe da SAD, como coordenador do Comissão;

II - os chefes das Unidades subordinadas a este Setor;

III - um representante da DAF.

§ 1. Nas ausências e impedimentos legais (como férias, licenças-saúde, afastamentos para capacitação, etc) da chefia da Divisão Administrativa Financeira, assumirá a coordenação do comissão seu substituto legal.

§ 2. O secretário do comissão será escolhido dentre os representantes de cada segmento do SAD representado no comissão, na ausência do serviço de secretariado.

Art. 27º. Caberá ao secretário do Comissão:

I - organizar a ordem do dia;

II - receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados e/ou reexaminados nas reuniões do Comissão;

IV - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - lavrar e assinar as atas de reuniões do Comissão;

VII - elaborar relatório mensal das atividades do Comissão;

VIII - providenciar, por determinação do coordenador, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao Comissão.

Art. 28º. São competências da Comissão:

I - elaborar, revisar e propor atualização do regulamento interno e demais documentos normativos dos Setores e Unidades, quando necessário;

II - apreciar o Plano Anual de Investimento dos Setores e Unidades, para o exercício subsequente; III - definir as diretrizes de planejamento, organização e execução das atividades do Setor e Unidades;

IV - definir prioridades na formulação e execução de planos e projetos relacionados à expansão do Setor e Unidades;

V - estabelecer um cronograma de reuniões e de atividades do Comissão para o exercício, quando do início das atividades;

VI - dar andamento as ações propostas no Plano Diretor Estratégico (PDE) institucional para o Setor;

VII - propor a criação de Grupos de Trabalho para: a) auxiliarem nas decisões do Comissão Gestor, definindo sua composição, objetivos e prazo para conclusão dos trabalhos; b) comporem o centro de custo do Setor, com o objetivo de fazer levantamento das demandas de materiais de consumo e permanente, gerir e controlar estoque, bem como acompanhar o andamento das aquisições.

Art. 29º. As reuniões ordinárias do Comissão serão realizadas pela Chefia, juntamente com suas Unidades, e acontecerão mensalmente, com agendamento prévio de 5 (cinco) dias úteis e registro em ata.

Parágrafo único. Reuniões extraordinárias poderão ser convocadas a qualquer momento, com antecedência mínima de 24 horas, seja pela Chefia ou pela subscrição de 2/3 das chefias subordinadas, de acordo com a demanda do serviço.

Art. 30º. As decisões serão tomadas pela maioria simples presente à reunião, cabendo ao coordenador o voto de desempate.

Art. 31º. A definição das condutas a serem tomadas inerentes ao Setor de Administração será determinada pela Chefia, em conjunto com o Comissão Gestor, seguindo as exigências da Instituição e obedecendo as normas legais.

CAPÍTULO VI

INDICADORES DE GESTÃO

Art.32º. São Indicadores de Produção:

I. Número de Contratos Existentes
II. Percentual de Contratos de Dispensa, Adesão, Inexigibilidade e pregão;
III. Número de Contratos em Confecção
IV. Número de Contratos em fase de Aditivação/Prorrogação

Art.33. São indicadores de desempenho:

I. Tempo médio de execução de confecção de contrato
II. Tempo médio de execução de de Aditivo ou prorrogação contratual

CAPÍTULO VIII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34º. O funcionamento da Unidade de Contratos (UCON), além dos critérios, regras e recomendações contidas neste Regulamento, deve observar a legislação brasileira pertinente, assim como o Estatuto e o Regimento Geral da unidade, bem como as regras estabelecidas internamente pela Instituição.

§ 1. Assuntos referentes a normas e rotinas da Unidade de Contratos devem ser tratados em documento próprio (manual de normas e rotinas e/ou POPs).

Art. 35º. Os casos omissos deverão ser objeto de deliberação do Conselho Gestor com a chefia do setor, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 36.º Os casos omissos deverão ser objeto de discussão e deliberação do diretoria técnica e administrativa com a chefia da imediata, bem como com a chefia imediatamente superior.

Art. 37º. O presente Regulamento entra em vigor na data de sua publicação.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.26.4.4 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE		**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**
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											

Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Definir Ações para aconselhar, apoiar e identificar pontos de aprimoramento do SISTEMA DE CONTRATAÇÃO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	gerenciar as contratações de bens e serviços do hospital;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	prover procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	elaborar minutas de contrato;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	gerir os convênios celebrados pelo hospital.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	fiscalização de contratos da área administrativa;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	apoio a gestão e fiscalização de contratações e aquisições de bens e serviços;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	execução de procedimentos relativos a formalização de contratos oriundos de pregão eletrônico, inexigibilidade e dispensa de licitação		X		X		X		X		X		X
	expedição de Ofício às unidades demandantes solicitando a indicação de fiscais de contratos;		X	X		X		X		X		X	
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente			x			x			x			x

	a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.												
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.26.5 Comissão de Ética multiprofissional

7.26.5.1 Finalidade

Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

7.26.5.2 Membros

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 representante da psicologia,
- 1 representante da nutrição,
- 1 representante da fisioterapia
- 1 representante da enfermagem
- 1 representante do serviço social como membros efetivos

7.26.5.3 Proposta de Regimento Interno

DAS DENOMINAÇÕES, SEDE, FINS E COMPOSIÇÃO

Art.1°. A Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, visa desempenhar as funções educativa, preventiva e fiscalizadora dos princípios éticos que norteiam o exercício das profissões retro mencionadas no Hospital.

Art.2°. A Comissão de Ética Multidisciplinar terá sede no Núcleo das Comissões e usufruirá de sua estrutura administrativa, em área a ser designada no Hospital.

Art.3. A Comissão de Ética Multidisciplinar deverá ser constituída por profissionais de fonoaudiologia, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia e serviço social dentre outras profissões de saúde do quadro de funcionários da Unidade.

§1. Os serviços serão representados por funcionários de nível superior.

§2. Na primeira gestão a Comissão de Ética Multidisciplinar será constituída por solicitação e indicação da Unidade sendo seus membros efetivos e suplentes indicados pelas chefias e equipes, e com mandato de 1 (um) ano.

§3. Nas gestões subsequentes os representantes serão escolhidos, através do voto secreto, pelos funcionários do hospital, de cada categoria profissional aqui discriminada, e conforme as demais regras preconizadas neste regimento.

§4. O Coordenador será designado pelo Diretor Tecnico e Administrativo, sendo escolhido entre os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§5. A Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital será composta por:

- 01 (um) Presidente,
- 01 (um) Secretário,
- 1 representante da psicologia,
- 1 representante da nutrição,
- 1 representante da fisioterapia
- 1 representante da enfermagem
- 1 representante do serviço social como membros efetivos, igual número de suplentes.

Art. 4°. A atuação, no âmbito da Comissão de Ética Multidisciplinar não enseja remuneração para seus membros e os trabalhos nela desenvolvidos são considerados prestação de relevante serviço ao Unidade.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 5°. São atribuições da Comissão de Ética Multidisciplinar:

I. Supervisionar, orientar e fiscalizar em sua área de atuação o exercício das atividades multidisciplinares, atentando para que as condições de trabalho das diversas categorias, bem como a liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos usuários e pacientes, respeitem os princípios éticos e legais no âmbito dos estabelecimentos assistenciais de saúde municipal e estadual da região.

II. Exercer suas atribuições em consonância com as deliberações e recomendações presentes no Código de Ética de cada profissão.

III. Instaurar, de ofício, processo e sindicância sobre fato ou ato lesivo ou regra de princípio de ética pública, se necessário.

IV. Analisar e emitir parecer sobre a abordagem das questões éticas, sempre que necessário.

Analisar sugestões, reclamações e denúncias sobre condutas éticas do quadro funcional multidisciplinar da Unidade.

promover conciliações e interações quando não houver consenso entre membros e ou equipes.

VI. Manter absoluto sigilo e confidencialidade quanto aos assuntos tratados e decididos pela Comissão de Ética Multidisciplinar.

VII. Manter imparcialidade, analisando as representações, bem como os demais assuntos discutidos nas reuniões.

VIII. Afirmar, disseminar, promover e zelar pelo cumprimento dos princípios éticos nas relações multiprofissionais da Unidade.

- . Planejar e executar atividades que visem à prevenção de desvios éticos.
- Apoiar e assessorar, quando solicitado, a Divisão de Recursos Humanos e o SAC em suas decisões referentes às condutas éticas pertinentes ao quadro funcional multiprofissional da Unidade.
- Encaminhar para avaliação e/ou processo ético a denúncia aos Comissãos Regionais de cada categoria profissional, quando não se chegar a uma conciliação através desta Comissão.
- Verificar as condições de trabalho oferecidas pela Instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado ao cliente, sugerindo modificações necessárias.

Art. 6°. Não caberá à Comissão de Ética Multidisciplinar analisar questões referentes à responsabilidade da Divisão de Recursos Humanos da Unidade.

Parágrafo Único - Quando solicitado, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá assessorá-los.

CAPITULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7°. Compete ao Presidente:

I. I. Convocar e presidir as reuniões e os trabalhos da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. II. Colocar em votação os assuntos submetidos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Organizar a pauta das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade, a partir de sugestão de qualquer de seus membros, admitindo-se, ao início de cada reunião, a inclusão de novos assuntos.

IV. Assinar correspondência em nome da Comissão de Ética Multidisciplinar e solicitar as assinaturas dos demais membros quando considerar conveniente.

V. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar ou designar quem o faça, quando necessário.

VI. Decidir sobre a presença de pessoas não integrantes da Comissão de Ética Multidisciplinar em suas reuniões, ouvidos os membros titulares e/ou suplentes presentes.

VII. Levar a julgamento, em caso de urgência, matéria não constante da pauta, com a presença dos membros titulares, e, na ausência de algum deles, com a convocação de um dos membros suplentes.

VIII. Cumprir e fazer cumprir as deliberações da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

IX. . Outros assuntos correlatos.

Art. 8°. Compete aos Membros Titulares:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar - CEMM.

II. Instruir as matérias submetidas à deliberação da Comissão de Ética Multidisciplinar – CEMM.

III. Providenciar a instrução de matéria nos casos em que houver necessidade de parecer sobre a legalidade de ato a ser por ela baixado.

IV. Requisitar aos funcionários e profissionais submetidos ao Código de Conduta Ética documentos, informações e subsídios para instruir assunto sob apreciação desta Comissão.

V. Debater a matéria e os processos em discussão.

VI. Votar sobre os assuntos analisados e/ou discutidos nas reuniões, para a sua deliberação final.

VII. Convocar reuniões extraordinárias.

VIII. Relatar os expedientes da Comissão de Ética Multidisciplinar.

IX. Comparecer às reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar, quando convocado pelo Presidente.

X. Justificar ausência em prazo hábil, para que haja tempo de convocação de outro membro.

XI. Representar a Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital em atos públicos, por delegação de seu Presidente.

Art. 9. Compete ao Membro Suplente:

I. Apresentar proposição, solicitar informações e esclarecimentos a respeito de matérias sob exame da Comissão de Ética Multidisciplinar.

II. Substituir/Representar o membro titular em sua ausência, exercendo todas as atividades pertinentes ao membro titular, inclusive com direto a voz e voto.

III. Participar das reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar juntamente com o membro titular com direito a voz e voto, desde que convocado pelo presidente desta Comissão.

Art. 10. Compete ao Secretário:

I. Substituir o presidente em seus impedimentos eventuais.

II. Colaborar com o presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Multidisciplinar.

III. Secretariar as reuniões da Comissão de Ética Multidisciplinar.

§ 1. A (o) Secretária (o) do Núcleo das Comissões do Hospital participará de todas as reuniões e desempenhará as funções descritas abaixo em caráter confidencial:

IV Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

V Manter em arquivo próprio os documentos relativos à Comissão de Ética Multidisciplinar;

VI Comunicar aos membros sobre reuniões convocadas pelo presidente;

VII Emitir e enviar os Pareceres de resultados elaborados pela Comissão;

VIII Outras atividades afins.

§ 2. Na ausência da (o) secretária (o) do Núcleo das Comissões - Unidade, nas reuniões desta Comissão, o (a) Secretário (a) da mesma poderá exercer funções inerentes a esta, após autorização da (o) Presidente desta Comissão.

CAPITULO IV

DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

Art. 11º. A Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á sempre que convocada por seu Presidente, por iniciativa própria ou por solicitação dos seus membros, para julgar denúncias contra servidores do quadro funcional da Unidade, por inobservância do Código de Ética dos seus respectivos Comissãos, para intermediar conciliações entre partes conflitantes, ou para deliberar sobre assuntos relacionados com a Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 12º. Haverá obrigatoriedade de registro em ata de todas as reuniões realizadas, inclusive aquelas com a presença de funcionários e profissionais submetidos ao Código de Ética, rubricado pelos presentes em todas as páginas.

Art. 13º. A acusação de inobservância do Código de Ética deverá ser formalizada por escrito, no prazo máximo de trinta (30) dias corridos, após a ocorrência do fato, identificada e assinada por pessoa física ou jurídica, dirigida à Comissão de Éti Multidisciplinar, contendo todas as informações necessárias, juntamente com todas as provas documentais de que dispuser, para a apuração dos fatos.

Art. 14º. Denúncias que envolvam funcionários ou profissionais do Hospital e pacientes deverão ser encaminhadas, a esta Comissão, através da ouvidoria da Unidade.

Parágrafo Único - Antes de encaminhar as denúncias para esta Comissão a ouvidoria deverá proceder a uma avaliação de competência. Recebida a denúncia, o Presidente convocará reunião da Comissão de Ética Multidisciplinar para apuração dos fatos.

§ 1 - A denúncia poderá não ser acolhida se após avaliação constatar-se que a mesma não tem consistência ou não é de competência desta Comissão.

§ 2 - Em caso de não acolhimento da denúncia, o Presidente comunicará tal decisão ao denunciante, justificando-a, por escrito, não cabendo recurso ao denunciante se proferida por unanimidade.

§ 3 - Após a acolhida da denúncia, o Presidente convocará o denunciante e o denunciado, separadamente, para serem ouvidos pela Comissão de Ética Multidisciplinar ou por parte de seus membros.

CAPÍTULO V

DO PROCESSO DE SINDICÂNCIA

Art. 15º. Para sindicância dos fatos, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar pareceres durante a apuração.

§ 1 - Os pareceres poderão ser emitidos por membros da própria Comissão de Ética Multidisciplinar, neste caso ficam responsáveis os membros que pertencem à mesma categoria profissional do denunciante e/ou denunciado.

§ 2 - Caso não haja representantes profissionais na Comissão de Ética Multidisciplinar que possam elaborar este parecer, o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar poderá indicar um profissional da mesma categoria para emitir um parecer. Este deverá ser aprovado pelos demais membros da Comissão de Ética Multidisciplinar.

Art. 16º. Durante a apuração dos fatos e até elaboração do relatório final o presidente da Comissão de Ética Multidisciplinar nomeará um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 17º. Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Multidisciplinar reunir-se-á para analisar e emitir relatório conclusivo, sem emitir juízo.

Parágrafo Único. Caso necessário, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá solicitar novas diligências para melhor elucidação do(s) fato(s).

Art. 18º. Evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada aos Comissãos Regionais das partes envolvidas, para a competente tramitação.

Art. 19º. Em casos de menor gravidade e que não tenham acarretado danos para terceiros, a Comissão de Ética Multidisciplinar poderá procurar conciliação entre as partes envolvidas no âmbito Hospitalar.

§ 1. Caso haja conciliação, a Comissão de Ética Multidisciplinar lavrará tal fato em ata específica e Parecer Técnico.

§ 2. Não havendo a conciliação de que trata este artigo, a sindicância seguirá seu trâmite normal com o envio do relatório circunstanciado aos Comissãos Regionais das partes envolvidas para as providências administrativas cabíveis.

Art. 20º. Todos os assuntos debatidos em reunião, sejam matérias da própria Comissão ou sindicância de denúncias, deverão ter caráter sigiloso.

Parágrafo Único – Após emissão do relatório conclusivo apenas as partes envolvidas e os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar terão acesso às atas e arquivos do fato.

CAPÍTULO VI

DAS ELEIÇÕES

Art. 21º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar deverão ser funcionários e profissionais da unidade.

Art. 22º. A convocação da eleição será feita pelo Diretor Técnico, por Edital Interno, a ser divulgado no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

Art. 23º. Os candidatos à Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital, deverão se inscrever individualmente, junto ao Núcleo das Comissões, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias da data da eleição.

Art. 24º. Os nomes dos candidatos inscritos serão divulgados em ordem alfabética, durante um período mínimo de 07 (sete) dias.

Art. 25º. Ocorrendo empate entre os candidatos votados, influindo na escolha dos membros efetivos e/ou suplentes, será considerado o mais antigo na Instituição, caso permaneça o empate o de maior idade.

Art. 26º. A composição da Comissão de Ética Multidisciplinar do Hospital será pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para sua composição.

Art. 27º. A duração do mandato dos membros será de 30 (trinta) meses.

Art. 28º. A duração do mandato do Presidente será de 01 (hum) ano, podendo haver rodízio entre os membros para o mandato do próximo ano.

Art. 29º. A escolha dos membros será através de eleição e Edital interno que deverá conceder um prazo de 15 (quinze) dias para as inscrições das chapas o qual será encerrado 48 (quarenta e oito horas antes das eleições).

Art. 30º. A comissão que estiver cumprindo o mandato fará a escolha de uma Comissão Eleitoral responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados.

Art. 31º. A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, assistida por todos interessados e resultado da eleição será lavrado em Ata e encaminhado cópias para os Comissãos Profissionais representados.

Art. 32º. Todos os recursos contra qualquer fato relativo ao Processo Eleitoral deverão ser formalizados por escrito e endereçada em primeira instância ao Presidente da Comissão Eleitoral, dentro do prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas após a apuração dos votos, em segunda instância à Comissão de Ética Multidisciplinar e terceira instância aos Comissãos respectivos.

Art. 33º. Os membros eleitos (efetivos e/ou suplentes) que solicitarem afastamento da Comissão ou deixarem de prestar serviços à Instituição serão automaticamente desligados de suas funções, ficando seu cargo sem representação até a realização da nova eleição.

Parágrafo Único. Profissionais que ocuparem os cargos de Diretor Tecnico e Administrativo, Diretor Técnico e Diretor Financeiro e Diretor Administrativo, não poderão candidatar-se aos cargos desta Comissão.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34º. Os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar devem dar-se por impedidos quando forem:

I. Parte da causa;

II. Cônjuge, parente, consanguíneo ou afim, de alguma das partes, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau;

III. Integrantes de órgão de administração ou direção de pessoa jurídica parte na causa;

IV. Interessados na sindicância da causa em favor de uma das partes.

§ 1. Poderá ser solicitado o impedimento de qualquer um dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar, por uma das partes envolvidas, desde que este comprove pelo menos uma das condições de impedimento acima estipulado.

§ 2. Compete à própria Comissão de Ética Multidisciplinar decidir sumariamente sobre o impedimento de um dos seus membros.

Art. 35º. A Comissão de Ética Multidisciplinar será dissolvida por decisão da Comissão e/ou da Diretoria Geral em reunião, especialmente convocada para esse fim, quando se tornar impossível a continuidade de suas atividades.

Art. 36.º As ausências dos membros da Comissão de Ética Multidisciplinar em reuniões deverão ser justificadas por escrito e encaminhadas para o Núcleo das Comissões da UNIDADE, para apreciação junto ao Presidente desta Comissão. Três ausências consecutivas não justificadas ocasionará o desligamento e substituição do membro faltoso.

Art. 37º. Este Estatuto poderá ser alterado quando:

Após a avaliação de desempenho da Comissão de Ética Multidisciplinar, observar-se falhas ou incoerências em seu conteúdo;

Pela exigência de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

Art. 38º. As determinações deste Estatuto e Regimento terão efeito a partir da aprovação do Diretor Técnico e assinatura de todos os membros da Comissão de Ética Multidisciplinar da Unidade.

Art. 39º. Os casos omissos serão decididos em reunião pela própria Comissão de Ética Multidisciplinar.

GOIÂNIA, / / 2022

_____

Diretor Técnica da Unidade

7.26.5.4 Cronograma

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE		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
Implantação da Comissão	**Criação da comissão e aprovação do regimento**	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	**Reuniões Ordinárias**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Divulgação do Código de Ética		X					X					X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	**Desenvolvimento de Atribuições**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promoção e Participação de Eventos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Orientações aos Pacientes		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional,		X					X					X
	identificar as ocorrências éticas e disciplinares na instituição de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ações prevenir infrações éticas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Investigar infrações éticas por meio de sindicâncias.			X			X			X			X
	Promover a atualização dos conhecimentos por meio da educação permanente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Acompanhar a qualidade do atendimento dispensado aos pacientes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	**Informar os cidadãos / usuários**		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Informar os órgãos competentes de saúde acerca da evolução das estratégias						X						X
	Monitoração de Denúncias e situações internas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Apresentação de relatórios a alta direção				X				X				X

7.26.6 Comissão de Controles Internos

7.26.6.1 Finalidade

A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

7.26.6.2 Membros

- Diretoria Administrativa;
- 01 (um) Advogado;
- coordenador de enfermagem;
- coordenador de Ensino e Pesquisa;
- 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

7.26.6.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DO SISTEMA

Art. 1 - Fica criado o Sistema de Controle Interno da unidade, que tem como órgão central de controle interno e visa estabelecer políticas e ações de controle interno do âmbito da unidade.

Art. 2 - Visando operacionalizar e dar efetividade ao Sistema de Controle Interno da unidade, fica também criado, no âmbito de suas atribuições e competências administrativas, a Comissão de Controle Interno.

CAPÍTULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art.3º Atribuições:

I - Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;

II - Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;

III - Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;

IV - Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;

V - Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;

VI - Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;

VII - Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;

VIII - Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.

IX - Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;

X - Supervisionar os processos de controles internos;

XI - Realizar análise e atualização sobre:

a. Os Métodos e Medidas utilizados em cada área;

b. A proteção do Patrimônio;

c. A correta gestão do pagamento do pessoal;

d. A exatidão e fidedignidade das informações;

e. A eficiência operacional; e

e. O cumprimento das políticas administrativas.

Parágrafo Único – A Comissão de Controle Interno funcionará sem prejuízo de posterior criação da Controladoria Interna da unidade, no âmbito de sua estrutura organizacional, a qual a diretoria adminsitrativa poderá delegar as atribuições, mediante Portaria específica, que competirá atuar na execução direta das atribuições funcionais e executivas do Sistema de Controle Interno.

Art. 4º - A Comissão de Controle Interno atuará em todas as gerências, divisões, setores da unidade e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES

Art. 5º -A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de administrativa da unidade.

§ 1° - O assessoramento visa a comprovar se os processos, políticas e manuais objetos de intervenção, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

§ 2° - A auditoria visa a avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos.

§ 3° - A fiscalização visa a comprovar se o objeto dos programas de governo corresponde às especificações estabelecidas, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

Art. 6° - A Comissão de Controle Interno, assim como os demais órgãos que vierem a compor o Sistema de Controle Interno da unidade, prestarão orientação aos administradores de bens e recursos públicos nos assuntos pertinentes à área de competência do controle interno, inclusive sobre a forma de prestar contas.

Art. 7° - As atividades a cargo do Sistema de Controle Interno da Unidade destinam-se, preferencialmente, a subsidiar:

I - O exercício da direção superior da unidade, a cargo da diretoria administrativa;

II - A supervisão das Gerências, Divisões, Setores da unidade;

III - O aperfeiçoamento da gestão pública, nos aspectos de formulação, planejamento, coordenação, execução e monitoramento das políticas institucionais;

IV - Os órgãos responsáveis pelo ciclo da gestão da unidade, quais sejam, planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e administração central.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7 - Compete à Comissão de Controle Interno:

I - Acompanhar a implementação de melhorias de processo das recomendações do órgão de controle interno e externo;

II - Dirimir controvérsias acerca do controle interno;

III - Estabelecer novas diretrizes de controle interno, quando necessário;

IV - Rever os parâmetros de riscos e controles;

V - Estabelecer periodicidade para reuniões e registro em atas;

VI - Gerenciar grupos de trabalho temáticos compostos por colaboradores de diversas Unidades Administrativas da unidade;

VII - Verificar, de modo sistemático, a adoção do cumprimento dos procedimentos definidos para as atividades (incluindo normatizações externas) dos processos existentes no Hospital, de modo particular;

VIII - Participar da revisão periódica dos controles e demais procedimentos operacionais;

IX - Centralizar as informações e responsabilizar-se pelo efetivo conhecimento por todos dos procedimentos e fluxogramas da unidade, disponibilizando-os na rede mundial de computadores, caso possível;

X - Emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão;

XI - Colaborar para manter todos os colaboradores (empregados e servidores) informados de suas responsabilidades, missão da empresa e diretrizes estratégicas;

XII - Prestar assessoria a diretoria administrativa em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;

XIII - 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;

XIV - Antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, inclusive através de campanhas informativas no âmbito da unidade; XV - Emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais da unidade;

XVII - Avaliar periodicamente o Sistema de Controle Interno da unidade, 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;

XIX - Estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital; e

XX - Colaborar na humanização do atendimento da unidade.

CAPÍTULO IV

DA ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Art. 8 - A Comissão de Controle Interno, para desempenho de suas atividades, ser composta da seguinte forma em sua estrutura básica, sendo todos os colaboradores voluntários e não terão suas atribuições ou cargos alterados durante sua participação na Comissão:

I. Diretoria Administrativa;
II. 01 (um) Advogado;
III. coordenador de enfermagem;
IV. coordenador de Ensino e Pesquisa;
V. 06 (seis) colaboradores, sendo 03 (três) da área Administrativa, e 03 (três) da área Assistencial,

Parágrafo único: todos serão convocados pelo diretoria administrativa, e a serem denominados nessa Comissão como Agentes de Controle Interno.

§ 1° - O número de Agentes de Controles convidados poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados.

§ 2° - A Comissão atuará em nível de apoio, com viés consultivo ao Colegiado Executivo;

§ 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, e irrecusável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configure impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 9 – Compete ao diretor administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Fazer indicações dos componentes da Comissão de Controle Interno;

II - Zelar pelos princípios estabelecidos nas Políticas Institucionais, sobretudo do Sistema de Controle Interno;

III - Estabelecer novas diretrizes, quando necessário;

IV - Dirigir os trabalhos;

V - Manter a ordem e disciplina dos demais membros;

VI - Determinar o encaminhamento das comunicações, deliberações instruções e solicitações, assinando-as;

VII - Estabelecer o calendário anual das reuniões, e convocar os demais membros;

VIII - Resolver as questões de ordem;

IX - Votar sempre por último, sendo que em caso de empate, terá ainda o voto de qualidade; e

X - Autorizar o fornecimento de cópias das atas e processos.

Art. 10 – Compete ao coordenador Administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativa nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Substituir o Diretoria administrativo em suas ausências e impedimentos, bem como, sucedê-lo, em caso de vaga do cargo;

IV - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; V - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com o Diretoria administrativo;

VI - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VII - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 11 – Compete ao coordenador de enfermagem exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 12º – Compete ao coordenador de Ensino e Pesquisa exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramen especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I - Assessorar o Diretoria administrativo nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II - Apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado; IV - Assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretoria administrativo;

V - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 13º – Ao Advogado, compete:

I - A análise e revisão de todas as normas, procedimentos, manuais ou quaisquer documentos resultantes do trabalho da Comissão de Controle Interno;

II - Colaborar com o Diretoria administrativo no exercício de suas funções, quando solicitado;

III - Emitir parecer prévio das deliberações e instruções, a serem assinadas pelo Diretoria administrativo;

IV - Exercer as atribuições que lhe forem delegadas;

V - Assessorar a Superintendência nos aspectos técnico-jurídicos; e

VI - Comparecer às reuniões quando convocado.

Art. 14º- Aos Agentes de Controle Interno que irão realizar o trabalho operacional, compete desempenhar funções afins e pertinentes ao Controle Interno, de forma permanente ou eventual compreendida por:

I - Orientar e apoiar o Diretoria administrativo, bem como responder às consultas por este formulada;

II - Conhecer, analisar e propor alterações de regulamentos, manuais, processos e procedimentos no que tange aos atos de Controle Interno;

III - Realizar as auditorias, fiscalizações e demais atos de assessoramento no âmbito do controle interno da unidade;

IV - Promover estudos de simplificação e padronização de rotinas de trabalho;

V - Propor modelos estruturais, visando alcançar rendimento sistêmico, com aplicação de princípios e técnicas gerenciais;

VI - Subsidiar o Diretoria administrativo e coordenador Administrativo, de enfermagem, e de Ensino e Pesquisa, nos processos de tomada de decisões através de análises dos problemas submetidos à sua consideração, com o oferecimento de informações e propostas alternativas, objetivas e suas prováveis consequências;

VII - Avaliar continuamente os trabalhos de Controle Interno;

VIII - Colocar em prática as decisões da Comissão de Controles Internos, bem como representa-lo interna e externamente sempre que necessário; e

IX - Comparecer às reuniões quando convocados.

CAPÍTULO VI

DAS PRERROGATIVAS DOS AGENTES DE CONTROLE INTERNO DURANTE OS TRABALHOS

Art. 15º - O Agente de Controle Interno fará a análise dos processos e procedimentos a seu critério e como melhor lhe convier, "in loco" em todos os setores da administração e assistencial desde que determinado pela Comissão e, tendo as seguintes prerrogativas:

I - Livre ingresso nos setores e áreas que compõem a unidade;

II - Acesso a todos os documentos e informações necessários à realização de seu trabalho;

III - Autonomia para requerer, por escrito, aos responsáveis pelos setores ou processos por ele analisados, informações e documentos necessários à instrução dos levantamentos e mapeamentos;

IV - O Agente de Controle Interno deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para o análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VII

DAS REUNIÕES

Art. 16º – A Comissão reunir-se-á sempre na primeira semana de cada mês.

Parágrafo Único - A Comissão deve reunir-se-á somente com a presença de no mínimo a maioria de seus membros e em horário de expediente no Hospital ou local previamente designado.

CAPÍTULO VIII

DA AUTO AVALIAÇÃO

Art. 17º – A Comissão realizará, formal e anualmente, sua auto avaliação, em forma de relatório, abordando as atividades desenvolvidas no período, relatório este que deverá ser submetido ao Colegiado Executivo, que o utilizará de balizador para autocorreção.

CAPÍTULO IX

DAS ALTERAÇÕES

Art. 18º - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão entender pertinente, ou mediante edição de novas diretrizes da SES/GO ou demais órgãos de controle.

Art. 19º - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação

Art. 18º – O Diretoria administrativo deverá publicar Portaria Nomeando os Membros da Comissão de Controle Interno em até 30 dias de sua publicação, assim como substituir os membros excluídos no mesmo prazo, contado da data da exclusão.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.26.6.4 Cronograma

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		**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**
Implantação d a Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar o cumprimento da execução das metas contidas no plano plurianual de investimentos, na Lei Orçamentária Anual (Planejamento/Proposta Orçamentária		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Anual), nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito da unidade;											
	Comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no da unidade, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse da unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo da unidade;												
	Exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da unidade quanto à legalidade,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	legitimidade, economicidade e razoabilidade;												
			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres da unidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.		X		X		X		X		X		X

	Monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;		X	X		X		X		X		X	
	Supervisionar os processos de controles internos;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			X			X			X			X
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.26.7 Comissão de Humanização

7.26.7.1 Finalidade

- Atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

- Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;
- Inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

7.26.7.2 Membros

A comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes no Hospital

7.26.7.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1. A comissão de Humanização é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2º. esta comissão visa:

I – atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II – apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III – inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.

Art. 3º. São objetivos da comissão:

I – contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

II – melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da unidade;

III – conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

IV – fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital; V – estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área;

VI – buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:

a) redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;

b) atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;

c) implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;

d) garantia dos direitos dos usuários;

e) valorização do trabalho na saúde;

f) gestão participativa nos serviços.

CAPÍTULO II

COMPETÊNCIAS

Art. 4º. a comissão terá as seguintes competências:

I – estabelecer estratégias de promoção e implementação da cultura de humanização entre gestores, trabalhadores e usuários do Hospital;

II – traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

III – examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV – liderar o processo de humanização;

V – buscar estratégias de comunicação e integração entre as diferentes unidades ;

VI – promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de humanização a serem desenvolvidas;

VII – apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII – avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX – estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO III

COMPOSIÇÃO E MANDATO

Art. 5º A comissão é constituído por uma equipe multidisciplinar, voluntária, nomeada em portaria da diretoria administrativa com representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II –Divisão de Enfermagem;

III –diretoria;

IV –Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Divisão Médica;

VI – Hotelaria;

VII –Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – usuários;

X – demais categorias atuantes no Hospital

Parágrafo único. Outros representantes das demais categorias atuantes no Hospital poderão participar como membros consultivos do comissão, quando acionados.

Art. 6º. O coordenador e o vice coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7º. Após a eleição, o coordenador e o vice indicarão dois secretários, cujos mandatos terão a duração de seus respectivos mandatos.

CAPÍTULO IV

SUBCOMISSÕES

Art. 8º. Fica a critério da comissão a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9º. As subcomissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao coordenador da comissão.

Art. 10º. As subcomissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com seguintes objetivos:

I – elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II – divulgar o processo de humanização no âmbito do Hospital;

III – realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV – desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos da comissão à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO V

ATRIBUIÇÕES

Art. 11º. São atribuições do coordenador:

I – coordenar as atividades de promoção de humanização;

II – convocar e presidir as reuniões da comissão, dando execução às respectivas deliberações;

III – representar oficialmente a comissão;

IV – prestar contas das atividades da comissão ao Colegiado Executivo da unidade.

Art. 12º. São atribuições do vice coordenador:

I – assessorar o coordenador;

II – assumir as funções do coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

III – comparecer às reuniões da comissão, proferir votos ou pareceres;

IV – estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

V - requerer votação de matéria em regime de urgência.

Art. 13º. São atribuições dos demais membros da comissão:

I – estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo coordenador;

II – comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III – requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo coordenador.

Art. 14º. Caberá ao secretário da comissão:

I – organizar a ordem do dia;

II – receber e protocolar os processos e expedientes;

III – manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;

IV – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII – elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII – providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX – realizar outras funções determinadas pelo coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VI

REUNIÕES

Art. 15º. As reuniões ordinárias da comissão serão realizadas mensalmente, em dia e hora previamente agendados com antecedência mínima de cinco dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo coordenador ou a pedido de qualquer membro da comissão com antecedência mínima de três dias úteis.

Art. 16º. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17º. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

Art. 18º. As faltas permitidas aos participantes não poderão exceder o número de três, no período de 12 meses.

Parágrafo único. Ocorrendo faltas, conforme disposto no caput, o participante será excluído da comissão.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19º. A responsabilidade da direção administrativa da unidade é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 20/]. Este regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 21º. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 22.º Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

GOIÂNIA, de 2023

_____

Diretoria Técnica da Unidade

7.26.7.4 Cronograma

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		**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**
Implantação da Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Estratégias de Desenvolvimento	Elaboração / Revisão de Normas e Atividades Práticas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ações para atender à Política Nacional de Humanização (PNH) que desde 2003 busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ações para apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;												
	ações para inserir o ensino, a pesquisa e extensão na humanização da assistência hospitalar.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários da unidade;												
	conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	fortalecer, articular e divulgar todas as iniciativas de humanização já existentes no		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Hospital; V – estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área;											
	buscar os resultados práticos, propostos pela PNH:		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.26.8 Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde

7.26.8.1 Finalidade

Assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias no Hospital.

7.26.8.2 Membros

04 representantes da área multiprofissional

01 representante da farmácia

01 representante da enfermagem

01 representante da área administrativa

Todos os membros indicados pelo diretor e Gerências da unidade

7.26.8.3 Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

CATEGORIA E FINALIDADES

Art. 1° - O Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde - NATS do Hospital é de natureza técnico-científica permanente.

Art. 2° - O NATS tem por finalidade assessorar a Diretoria Técnica e administrativa, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde ou outra comissão institucional em avaliações, desenvolvimentos, padronizações e monitoramento de tecnologias da saúde, com base nas evidências científicas disponíveis e na revisão da utilização de tecnologias no Hospital.

Parágrafo único - Considera-se Tecnologia em Saúde ou Tecnologia Sanitária: os medicamentos e processos relacionados a produtos para diagnóstico in vitro ou in vivo, equipamentos e artigos médicos, tais como órteses e próteses, materiais especiais ou convencionais, procedimentos e técnicas profissionais suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de condições clínicas concretas, incluindo-

se ainda os sistemas de suporte, organização, administração e demais procedimentos envolvidos na assistência, integral ou parcial, a pacientes.

Art. 3° - Para execução de suas atividades, o NATS é formado por um Núcleo Executivo e um Consultivo, podendo formar Grupos de Trabalho de Avaliação de Tecnologias em Saúde - GT, estruturados segundo tipo de demanda e finalidades especificadas. A composição desses grupos será específica para a avaliação demandada, mediante sugestão dos membros do NATS e do núcleo gestor do hospital e sua atividade se extinguirá com o término da avaliação.

CAPITULO II

COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Art. 4° - O NATS terá composição multidisciplinar e multiprofissional indicada pelo diretor e Gerências da unidade, da seguinte forma

04 representantes da área multiprofissional

01 representante da farmácia

01 representante da enfermagem

01 representante da área administrativa

Todos os membros indicados pelo diretor e Gerências da unidade

Parágrafo único - As indicações deverão recair em profissionais de nível superior com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas a avaliação de tecnologias em saúde, economia da saúde, finanças e políticas públicas, e atividades correlatas.

Art. 5° - Será exonerado da comissão o componente que, sem motivo justificado, deixar de colaborar com o conteúdo do trabalho designado ou não comparecer a três reuniões no período de um ano.

§ 1° - A Comissão poderá ser renovada desde que, no mínimo, um terço de seus membros seja preservado.

Art. 6° - As funções dos membros do NATS não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado tecnicamente relevante para o hospital.

Art. 7° - O NATS convidará profissionais ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Art. 8° - A composição dos Grupos de Trabalho será multidisciplinar e multiprofissional.

Art. 9° - A coordenação do Grupo de Trabalho deverá ser executada por membro da Comissão com formação e experiência na tecnologia objeto de avaliação.

CAPITULO III

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 10° - O NATS funcionará nas instalações da Gerência/coordenação de Ensino e Pesquisa, e reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos uma vez a cada dois meses e extraordinariamente quando convocada pelo Núcleo Executivo ou requerimento da maioria de seus membros.

§ 1° - A Comissão instalar-se-á e deliberará com a presença de pelo menos cinco dos seus membros.

§ 2° - O Coordenador terá o direito ao voto de desempate.

§ 3° - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas eletronicamente a todo plenário do NATS para ciência, crítica e manifestação na semana seguinte.

§ 4°- As deliberações do NATS serão consubstanciadas e encaminhadas às Comissões de Farmácia e Terapêutica, de Padronização de Produtos para Saúde e outra comissã institucional que realizar a demanda, ou ainda ao diretor da unidade.

§ 5° - É facultado ao Coordenador e aos membros dos Grupos de Trabalho solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6° - A votação será nominal e aberta.

Art. 11 - O NATS, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

§ 1°- As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias em saúde deverão ser realizadas através do formulário eletrônico disponível nos sites da unidade, Instituto Cem e SES/GO.

Parágrafo Único: A definição adotada de nova tecnologia em saúde compreende as tecnologias cuja categoria ainda não esteja integrada no rol de medicamentos, produtos para saúde, equipamentos médicos ou procedimentos diagnósticos ou terapêuticos executados no Hospital. Caso o usuário encontre dificuldade para o preenchimento do instrumento de avaliação, o NATS realizará suporte.

§ 2° - As solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias serão tratadas segundo o fluxo operacional da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde

§ 3°- O tempo decorrente entre o recebimento da solicitação pela comissão e o encaminhamento do PTC ao demandante será de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, a depender da complexidade da avaliação da tecnologia demandada.

Art.12 - A sequência das reuniões da comissão será a seguinte:

I - Verificação da presença do Coordenador e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo membro do NATS delegado para tal;

II - Verificação de presença e existência de "*quórum*";

III - Votação e assinatura da ata da reunião anterior;

a) Demandante:
   - Acessa via internet o formulário dispostos no site da SES/GO e do Instituto CEM
   - Preenche o formulário e encaminha para o NATS
b) NATS:
   - Recebe a solicitação e repassa a Comissão de ATS
   - Comissão de ATS avalia a demanda e destina ao Grupo de Trabalho-GT
c) GT:
   - Realiza revisão bibliográfica/busca de evidências científicas
   - Emite Parecer Técnico-Cientifico (PTC) e repassa ao Núcleo Executivo- Comissão.
d) Núcleo Executivo – Comissão:
   - Recebe o PTC
   - Valida o PTC

- Encaminha o PTC para o demandante

IV - Leitura e despacho do expediente;

V - Ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres;

VI - Organização da pauta da próxima reunião;

VII - Distribuição de expedientes aos relatores;

VIII - Comunicação breve e franqueamento da palavra.

Parágrafo Único - Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o NATS, po voto de maioria dos presentes, poderá alterar a sequência estabelecida neste artigo.

Art. 13 - O relator emitirá parecer por escrito, contendo o histórico, o resumo da matéria e as condições de ordem prática ou doutrinária que entender cabíveis a sua conclusão ou voto. Parágrafo único - O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Coordenador, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outros profissionais ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias a solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de profissionais às reuniões para prestar esclarecimentos.

Art. 14 - A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo único - A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias. Artigo 15 - Após a leitura do parecer, o Coordenador ou o membro por ele delegado deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1° - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto a matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2° - O prazo de vistas será de até uma semana antes da realização da próxima reunião ordinária; § 3° - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente examinada e deliberada no prazo máximo de até duas reuniões.

Art. 16 - Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Art. 17 - A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Art. 18 -A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e o Secretário, Coordenador ou o membro por ele delegado lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes, quando de sua aprovação.

CAPÍTULO IV

COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 19 - Compete ao NATS:

I - Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;

II - Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à tecnologia em saúde;

III - Promover, juntamente com os Grupos de Trabalho, a formação, treinamento e aprimoramento de profissionais em avaliação de tecnologias no âmbito hospitalar;

IV - Estabelecer normas para avaliação, uso e adequação de tecnologias em saúde;

V – Proceder a avaliação econômica das incorporações ou mudanças a serem aprovadas nas situações em que o demandante fornecer o procedimento/protocolo citando todos os materiais, equipamentos, recursos necessários para o uso da nova tecnologia solicitada.

Parágrafo único - Ficam as alterações normativas relativas à incorporação ou exclusão de novas tecnologias em saúde condicionadas à aprovação do NATS.

Art. 20 - Ao Coordenador incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do NATS, especificamente:

I - Representar o NATS em suas relações internas e externas;

II - Instalar o Núcleo e presidir suas reuniões;

III - Promover a convocação das reuniões;

IV - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V - Indicar, dentre os membros do NATS, os relatores dos expedientes;

VI - Indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de parecere necessários a consecução da finalidade do Grupo de Trabalho;

VII - Estimular e apoiar a promoção de eventos educativos e produção cientifica relacionados à avaliação de tecnologias em saúde;

VIII - Elaborar parecer "ad referendum" deste Núcleo, nos casos de manifesta urgência.

Parágrafo único - Cabe ao membro do NATS designado, substituir o Coordenador em seus impedimentos.

Art. 21 - Aos membros incumbe:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

II - Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres o manifestando-se a respeito de matérias em discussões;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Apresentar proposições sobre as questões atinentes ao Núcleo;

V - Desempenhar as atribuições que lhes forem designadas pelo Coordenador

Art. 22 - Ao Secretário do NATS incumbe:

I - Assistir as reuniões;

II - Encaminhar o expediente do NATS;

III - Preparar o expediente do NATS;

IV - Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos de que devam ser examinados nas reuniões dos Grupos de Trabalho;

V - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII - Elaborar relatório das atividades da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

VIII - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão e dos Grupos de Trabalho;

IX - Providenciar, por determinação do Coordenador, a convocação das sessões extraordinárias; X - Distribuir aos Membros do NATS a pauta das reuniões.

Art. 23 - Compete aos Grupos de trabalho:

I - Observar as diretrizes traçadas pelo NATS no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde na sua área específica de atuação;

II – Implementar, na respectiva área, o programa de avaliação, desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde adotado pelo NATS;

III - Articular-se com o NATS, no sentido da utilização de recursos técnicos, materiais e humanos com vistas ao eficiente controle no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

IV - Avaliar periódica e sistematicamente as informações oriundas de áreas especificas relativas à avaliação de tecnologias em sua área de atuação e emitir relatórios para o NATS;

V - Definir, em cooperação com o NATS, normas para manutenção e adequação dos registros de informações no desenvolvimento, aprimoramento e monitoramento de tecnologias em saúde;

VI - Promover, juntamente com o NATS, a capacitação de profissionais em avaliação de tecnologias em saúde no âmbito hospitalar.

CAPITULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 24 - Os casos omissos e as devidas dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Coordenador do NATS e em grau de recurso pelo diretor da unidade. Artigo 25 - O presente Regimento poderá ser alterado, mediante proposta do NATS, através de voto da maioria, submetido à aprovação do Núcleo Gestor

GOIÂNIA, de 2023

7.26.8.4 Cronograma

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	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

Implantação d a Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avaliar solicitações de avaliação para incorporação de novas tecnologias serão tratadas segundo o		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	fluxo operacional da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde												
	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às tecnologias em saúde, sobretudo, medicamentos, equipamentos médicos, órteses e próteses, procedimentos e técnicas médicas e cirúrgicas suscetíveis de serem utilizadas para prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Zelar pelo cumprimento das normas regionais, nacionais e internacionais relativas à tecnologia em saúde;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promover, juntamente com os Grupos de Trabalho, a formação, treinamento e aprimoramento de												

	profissionais em avaliação de tecnologias no âmbito hospitalar;												
	Estabelecer normas para avaliação, uso e adequação de tecnologias em saúde;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Proceder a avaliação econômica das incorporações ou mudanças a serem aprovadas nas situações em que o demandante fornecer o procedimento/protocolo citando todos os materiais, equipamentos, recursos necessários para o uso da nova tecnologia solicitada.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x

	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.26.9 Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas

7.26.9.1 Finalidade

Apoiar os processos de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

7.26.9.2 Membros

O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

7.26.9.3 Proposta de Regimento Interno

CAPITULO I

DA NATUREZA

Art. 1 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas - CPDP, instância consultiva e de deliberação colegiada, de caráter permanente e autônomo, vinculado administrativamente à Divisão de Gestão de Pessoas, tem por finalidade apoiar os processos

de desenvolvimento dos colaboradores e terá seu funcionamento regulamentado por este Regimento Interno em consonância com a Lei Federal.

CAPITULO II

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 2 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas possui as seguintes atribuições:

I – apreciar e emitir parecer dos recursos impetrados nos processos de avaliação de desempenho, de progressão funcional e de pós-graduação;

II – acompanhar, trimestralmente, os planos de desenvolvimento individual dos colaboradores até a próxima avaliação de desempenho;

III - auxiliar a área de gestão de pessoas, na elaboração do plano de desenvolvimento de competências;

IV – analisar e emitir parecer sobre as solicitações de capacitação, exceto pós-graduação, que envolvam;

a) afastamento parcial do colaborador por período igual ou maior do que 1 (um) mês;

b) afastamento integral do colaborador por período igual ou maior do que 15 (quinze) dias consecutivos;

c) investimentos relativos à capacitação, incluindo inscrição, diárias e passagens;

d) participação de colaborador, cujos valores acumulados no ano, de inscrição, em eventos de capacitação for superior ao vencimento percebido;

e) participação do colaborador em eventos de capacitação, exceto pós-graduação, cuja carga horária acumulada no ano seja superior a:

1. sessenta horas para os contratados com jornada de trabalho de 20 (vinte) horas semanais;

2. setenta e duas horas para os contratados com jornada de trabalho de 24 (vinte e quatro) horas semanais;

3. noventa horas para os contratados com jornada de trabalho de 30 (trinta) horas semanais;

4. cento e oito horas para os contratados com jornada de trabalho de 36 (trinta e seis) horas semanais;

5. cento e vinte horas para os contratados com jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais.

V – analisar as propostas e selecionar os candidatos inscritos no processo seletivo de pós-graduação;

VI – estabelecer limite máximo de número de congressos, seminários e afins que o colaborador poderá participar, no ano, observando o orçamento anual de capacitação e os princípios da supremacia do interesse público e da continuidade do serviço público;

VII – analisar os casos específicos indicados nas normas operacionais referentes à capacitação funcional, à pós-graduação e à gestão do desempenho por competências;

VIII – analisar e emitir parecer sobre dúvidas e/ou questionamentos apresentados pela área de gestão de pessoas referentes aos processos de desenvolvimento de pessoas;

IX – participar das reuniões extraordinárias, quando convocado pelo coordenador do Comitê;

X – encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento de Pessoas relatório das atividades realizadas;

XI – encaminhar a Divisão de Gestão de Pessoas (DGP)/Desenvolvimento de Pessoas (DP) o cronograma de atividades, calendário semestral/anual de todas as reuniões;

XII – elaborar, aprovar e modificar o seu regimento interno, em consonância com as legislações pertinentes;

XIII – comunicar, imediatamente, a DGP/DP a saída de algum membro do comitê, para que seja providenciado a sua substituição e a confecção de nova Portaria de nomeação; XIV – dar publicidade a todos os seus atos e publicar no site no Hospital e/ou do Instituto CEM e/ou SES/GO caso o do hospital ainda não esteja em funcionamento, todas as suas resoluções que foram matéria de deliberações e os respectivos pareceres emitidos.

CAPITULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3 O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas da unidade será composto por 07 (sete) membros efetivos e respectivos suplentes, nomeados em portaria específica da Diretoria Técnica da Unidade, sendo:

I - Um representante da Diretoria Técnica e seu respectivo suplente;

II - Um representante de cada coordenação/gerencia e seus respectivos suplentes;

III - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível superior e seu respectivo suplente;

IV - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível técnico e seu respectivo suplente;

V - Um representante dos empregados/servidores dos cargos de nível médio e seu respectivo suplente.

§1 - O representante da Gerência/coordenação Administrativa será da área de gestão de pessoas;

§2 - Os titulares e suplentes representantes dos empregados, ocupantes de cargos de nível médio, técnico e superior, serão eleitos por meio de processo eleitoral, em votação secreta, da qual participem, exclusivamente, os empregados interessados;

§3 - O processo eleitoral de escolha dos representantes dos empregados será de responsabilidade da área de gestão de pessoas da unidade.

Art. 4 Os membros do Comitê terão mandato de 1 (um) ano e poderão ser reconduzidos uma única vez por igual período.

Art. 5 A coordenação e o suporte técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Comitê serão realizados pela área de gestão de pessoas, representante da Gerência/coordenação Administrativa.

Parágrafo único – O Comitê Permanente de Desenvolvimento de Pessoas terá um coordenador e um secretário, este último escolhido entre os titulares.

CAPITULO IV

DA COORDENAÇÃO E DOS MEMBROS

Art. 6 Compete ao Coordenador do Comitê:

I - cumprir e fazer cumprir as decisões do Comitê;

II – convocar e coordenar as reuniões do Comitê;

III - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

IV - baixar atos decorrentes de deliberações do Comitê;

V - Representar o CPDP em suas relações internas e externas.

Parágrafo único – O Coordenador do Comitê, de acordo com a necessidade, poderá convidar empregados da unidade, cuja presença seja julgada imprescindível pelos membros efetivos do Comitê, que detenham informações relevantes ou cujos assuntos constem da pauta de discussão e sejam pertinentes à sua área de atuação.

Art. 7 No caso de vacância do Coordenador, o suplente assumirá a coordenação.

Art. 8 Compete ao secretário do Comitê:

I – Assistir as reuniões;

II- Preparar e encaminhar o expediente;

III – Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões do Comitê;

IV- Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V – Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de protocolo, de registro de atas e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI – Elaborar relatório anual das atividades do Comitê;

VII- Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

VIII- Providenciar, por determinação da coordenação, a convocação das sessões extraordinárias.

Parágrafo único – Na ausência do secretário, no início da reunião, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

Art. 9 Compete aos membros do Comitê:

I - Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela coordenação;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Desempenhar atribuições que lhes forem atribuídas pela coordenação;

V- Apresentar proposições sobre questões atinentes ao Comitê.

CAPITULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 10 O Comitê reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente, conforme cronograma pré-estabelecido.

§ 1 - O calendário anual de reuniões ordinárias será aprovado pelo Comitê, até o mês de dezembro do exercício anterior.

§ 2 - Excepcionalmente, o cronograma de 2022, será aprovado na segunda reunião ordinária de instalação do Comitê.

Art. 11 O Comitê reunir-se-á, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação de seu Coordenador, com antecedência mínima de quarenta e oito horas.

Art. 12 Serão convocados para as reuniões os membros titulares e suplentes, todavia, este último participará somente na ausência do seu respectivo titular.

§ 1 - O membro convocado deverá confirmar a sua participação ou justificar a ausência nas reuniões ao Coordenador(a), com antecedência de pelo menos 2 (dois) dias úteis da data da reunião.

§ 2 - Por motivo de força maior, quando o prazo referido no § 1 não puder ser cumprido, o membro deverá encaminhar justificativa por e-mail à Coordenação, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas após o término da reunião ordinária.

Art. 13 Nas ausências do(a) Coordenador(a), as reuniões serão coordenadas por seu suplente.

Art. 14 A pauta da reunião, elaborada pela Coordenação do Comitê, será comunicada/enviada por e-mail previamente a todos os membros Titulares e Suplentes, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis para as reuniões ordinárias e de 2 (dois) dias para as reuniões extraordinárias.

§ 1 Por solicitação do Coordenador do Comitê ou de qualquer membro e, mediante aprovação da maioria absoluta, poderá ser incluída na pauta da reunião ordinária, matéria relevante que necessite de decisão urgente do Comitê.

Art. 15 As reuniões do Comitê obedecerão aos seguintes procedimentos:

I - verificação de "*quorum*" para o início das atividades da reunião, com a presença de no mínimo quatro membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade;

II - qualificação e habilitação dos membros para votar;

III - aprovação da ata da reunião anterior;

IV - aprovação da pauta da reunião;

V - informes da Coordenação do Comitê;

VI - apresentação, discussão e votação de matérias constantes em pauta;

VII- encerramento.

Parágrafo único – É facultado à coordenação e aos membros do Comitê solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 16 Em todas as reuniões será lavrada ata, pelo secretário, com exposição dos trabalhos, conclusões e deliberações.

CAPITULO VI

DAS DELIBERAÇÕES

Art. 17º A reunião instalar-se-á e deliberará com o "*quorum*" estabelecido no Inciso I do Art.13.

Art. 18º A deliberação das matérias sujeitas à votação obedecerá a seguinte ordem:

I - o Coordenador apresentará a matéria;

II - terminada a exposição, a matéria será colocada em discussão;

III - encerrada a discussão, realizar-se-á a votação.

Art. 19º Terão direito a voto os membros titulares e os suplentes no exercício da titularidade.

Art. 20º As votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada membro.

Art. 21º As decisões do Comitê serão aprovadas por maioria absoluta dos membros titulares ou suplentes no exercício da titularidade.

Art. 2º2 Os recursos interpostos ao resultado preliminar das progressões horizontal e vertical deverão ser apreciados e respondidos de forma conclusiva pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, não cabendo novo recurso da decisão apresentada.

Art. 23º Os recursos interpostos ao resultado do processo de gestão do desempenho por competências deverão ser apreciados e respondidos pelo Comitê, em até 5 (cinco) dias úteis, que poderá deferi-lo total, parcial ou indeferi-lo.

Parágrafo único - O Coordenador do Comitê distribuirá os recursos entre os titulares, e suplentes na ausência do seu respectivo titular, por e-mail através de planilha contendo: motivo do recurso, relator e se possível o próprio recurso, enviado a todos.

CAPITULO VII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 24º. Os membros não receberão qualquer remuneração por sua participação no Comitê e seus serviços prestados serão considerados, para todos os efeitos, como participação de atividade institucional e considerada como hora trabalhada.

Art. 25º - Será dispensado o membro titular ou suplente no exercício da titularidade que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a cinco alternadas no período de um ano.

§1 Quando um membro eleito sair do Comitê e não havendo mais suplentes homologados, o Sindicato indicará um membro substituto para compor a equipe.

§2 Quando um membro indicado pela gestão da unidade sair do Comitê, deverá indicar um novo substituto.

Art. 26º – Para todas as informações referentes ao Comitê deve ser observado o sigil quando pertinente.

Art. 27º - Todo ato da comissão deverá ser acompanhado da prestação de compromisso solene, perante a legislação vigente, de acatamento e observância das regras estabelecidas pelo gestão da unidade e pela SES/GO de todos os valores morais que se apliquem à Administração Pública.

Art. 28º - Os casos omissos e as dúvidas que surgirem na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Comitê.

Art. 29º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros do núcleo, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art.30º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Diretor Geral.

Art. 31º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

7.26.9.4 Cronograma

CRONOGRAMA												
ATIVIDADE	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

Implantação d a Comissão	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Reuniões de Planejamento Anual	X											
Organização	Reuniões Ordinárias		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolvimento de Atribuições		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Elaboração de Relatórios		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratégias de Desenvolvimento	Elaborar e propor normas, analisar e emitir pareceres		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	apreciar e emitir parecer dos recursos impetrados nos processos de avaliação de desempenho, de progressão funcional e de pós-graduação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	acompanhar, trimestralmente, os planos de desenvolvimento individual dos colaboradores até a próxima avaliação de desempenho;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	auxiliar a área de gestão de pessoas, na elaboração do plano de desenvolvimento de competências;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	analisar e emitir parecer sobre as		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	solicitações de capacitação, exceto pós-graduação,											
	analisar e emitir parecer sobre dúvidas e/ou questionamentos apresentados pela área de gestão de pessoas referentes aos processos de desenvolvimento de pessoas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	participar das reuniões extraordinárias, quando convocado pelo coordenador do Comitê;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	encaminhar à Divisão de Gestão de Pessoas/Desenvolvimento de Pessoas relatório das atividades realizadas;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	encaminhar a Divisão de Gestão de Pessoas (DGP)/Desenvolvimento de Pessoas (DP) o cronograma de atividades, calendário semestral/anual de todas as reuniões;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	elaborar, aprovar e modificar o seu regimento interno, em consonância com as legislações pertinentes;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Informação e Comunicação	Documentar todos os resultados do controle e da avaliação visando a garantia de sua qualidade;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Informar periodicamente a comunidade acadêmica e a sociedade sobre o desenvolvimento e resultado da avaliação institucional.			x			x			x			x
	Apresentação de relatórios a alta direção		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.27 Desenvolvimento da unidade

7.27.1 Projeto de Educação Permanente individualizada para o estabelecimento de saúde

7.27.1.1 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PLANO ANUAL DE CAPACITAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital Estadual de Urgência de Goiás Dr. Valdemiro Cruz – HUGO, caracteriza-se como instrumento base para desenvolvimento dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados. Trata-se de uma forma de atender aos propósitos estratégicos, possibilitando a manutenção das competências científicas, técnicas e atitudinais necessárias para que todos desenvolvam, implementem e executem suas atividades com segurança e qualidade.

2. SIGLAS

DEPE – Departamento De Educação Permanente;HUGO – Hospital Estadual de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz; PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; PAREPS – Política Estadual de Educação Permanente em Saúde; SUS – Sistema Único de Saúde;

PAC – Plano Anual de Capacitação;

OC – Órgão Certificador;

EAD – Educação a Distância;

POP – Procedimento Operacional Padrão.

3. JUSTIFICATIVA

As crescentes demandas da sociedade frente ao poder público têm exigido servidores cada vez mais qualificados e maior articulação política entre poder público e usuários. Neste contexto, as ações que integram o Plano Anual de Capacitação buscam identificar e analisar as dificuldades enfrentadas por este público para o propor, desenvolver e monitorar novos conhecimentos, práticas e posturas na gestão pública, justificando a estruturação e implementação do Plano Anual de Capacitação, para a promoção de aprendizagem institucional e individual, possibilitando a provisão de serviços públicos de excelência com base na cientificidade das ações e gerando a satisfação da sociedade no atendimento de suas necessidades de saúde.

4. OBJETIVO

4.1 OBJETIVO GERAL

Estabelecer diretrizes para as ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados no HUGO, estimulando os profissionais para que sejam multiplicadores do conhecimento em busca da troca de experiência e aquisição

de conhecimento, com vistas à excelência e cientificidade do atendimento e satisfação dos cidadãos usuários do SUS

4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Aprimorar e consolidar as competências necessárias para atuação dos profissionais da área da saúde no processo de formulação e implementação das políticas públicas de saúde voltadas a urgência e emergência;

II. Promover ações de capacitação direcionadas ao desenvolvimento profissional e contínuo dos colaboradores estatutários, celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados;

III. Provocar os profissionais a serem multiplicadores de conhecimento em busca da troca de experiência e da melhoria da qualidade de vida no trabalho.

IV. Integrar os colaboradores assistenciais com docentes e discentes dos programas de residência medica, multiprofissional e uni-profissional, assim como, de estagiários em processo de formação, e colaboradores diretos e indiretos na unidade HUGO.

5. META

Realizar todos os treinamentos obrigatórios, atendendo o que está estabelecido na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde. Realizar, no mínimo, 70% das capacitações de acordo com o Plano Anual de Capacitação como, também, atender as demandas sazonais apresentadas pela Comissão de educação permanente e da SESG/SES contribuindo para o desenvolvimento de aproximadamente de 3.200 colaboradores até dezembro de 2023.

6. PÚBLICO ALVO

O Plano Anual de Capacitação será destinado aos servidores estatutários, colaboradores celetistas e dos servidores docentes/discentes e funcionários terceirizados que fazem parte desta Unidade Hospitalar – HUGO.

7. LOCAL REALIZAÇÃO

Prioritariamente nas salas de aula da COREME/COREMU e auditório e, também, na própria estação de trabalho do colaborador no HUGO(online).

8. METODOLOGIA

As capacitações serão realizadas no formato (*online* e presencial) com local a definir de acordo com a necessidade da ação, ou seja, terá direito através de portaria da diretoria administrativa uma carga horaria diária, durante o período de inscrição ao curso e/ou evento de capacitação sobre o controle direto da coordenação do setor e acompanhamento do DEPE (departamento de educação permanente), cujo setor está encarregado de organizar, executar, certificar e monitor o desempenho após a capacitação ofertada.

Todos os indicadores de desempenho serão executados pelos coordenadores direto do setor e acompanhados pelo setor do NEPE/RH/QUALIDADE e disponibilizados via SIGUS para controle SESG/GO.

9. PROCESSO DE EDUCAÇÃO, TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO

9.1 INTRODUÇÃO

A Unidade Hospitalar do Hospital Estadual de Urgências de Goiás – HUGO têm como visão ser referência em resolubilidade terapêutica hospitalar, tornando-se um padrão de excelência em atenção hospitalar, conciliando os objetivos com o a humanização na prestação de serviço, sem perder de vista a especificidade das necessidades de seus usuários.

Embora o foco principal seja o tratamento e a assistência, a unidade investirá na conscientização dos colaboradores para o reconhecimento de pacientes e acompanhantes como clientes. Desta forma o estímulo à colaboração, trabalho em equipe e compartilhamento de conhecimento individual a fim de se transformar em conhecimento institucional, constituem um grande desafio e para isso o Departamento de Educação Permanente – DEPE, elabora um Plano

de Educação Continuada (PAC) que será apresentado ao setor de Recursos Humanos, tendo como fundamento a avaliação de experiência, de desempenho, entrevista de desligamento, orientações de conduta e advertência, que evidenciam deficiências técnicas e comportamentais dos profissionais.

A busca incessante pelo alcance dos resultados pressupõe que as pessoas trabalhem de forma harmoniosa, felizes, motivadas e, sempre compreendendo que o crescimento da instituição é alcançado naturalmente com o crescimento de suas competências individuais.

9.2 OBJETIVO GERAL

Educar, formar e desenvolver os colaboradores a fim de prepará-los para o enfrentamento de novos e maiores desafios com objetivo do alcance dos resultados organizacionais.

9.3 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Promover a constante disseminação dos valores organizacionais;
II. Desenvolver uma cultura voltada à gestão de pessoas aliada à excelência dos serviços e ao foco nos resultados;
III. Garantir o número necessário de pessoas com o perfil adequado para o plano de crescimento;
IV. Estimular o desenvolvimento contínuo das equipes para a promoção da humanização no atendimento como forma de garantir a missão da organização.

A aplicação desse Programa de Qualificação não assegura, por si só, a qualificação do colaborador, fornecedor e ainda a inexistência de falhas. A aceitação dos resultados de avaliações, credenciamentos, seleções, e eventual certificação de terceira parte, são responsabilidades inerentes às empresas compradoras e contratantes.

9.4 TREINAMENTOS TÉCNICOS

São aqueles voltados para capacitação dos colaboradores tendo como objetivo desenvolver habilidades específicas, técnicas e gerais. São desenvolvidos treinamentos de atendimento, higiene pessoal, segurança e medicina do trabalhador,

informática, primeiros socorros, paradas cardiorrespiratórias, administração de medicamentos, esterilização, curativos, etc.

9.5 TREINAMENTOS COMPORTAMENTAIS

Visam atender às necessidades de atualização e desenvolvimento das competências essenciais, identificadas e alinhadas a partir do direcionamento estratégico da organização. São desenvolvidos treinamentos de relacionamento interpessoal, trabalho em equipe, motivação, marketing pessoal, ética, liderança, etiqueta corporativa.

9.6 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO GERENCIAL

Visa atender às necessidades de desenvolvimento das competências para o melhor desempenho das atividades gerenciais.

10. POLÍTICA DE QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

10.1 OBJETIVO GERAL

Definir e divulgar os critérios necessários para qualificação dos fornecedores no fluxo de aquisição de materiais e contratação de serviços.

10.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

I. Avaliar se um fornecedor possui capacidade para atender aos requisitos do Sistema de Gestão, por meio de visitas de qualificação com auditoria *"in loco"*, por parte da unidade;

II. Estimar, por meio da aceitação de um Certificado de Conformidade expedido por um Organismo Certificador Credenciado, se um fornecedor tem a capacidade de atendimento aos requisitos do Sistema de Gestão da Qualidade;

III. Monitor a prestação do serviço no que tange a qualidade com economicidade e sempre voltada a humanização prestada ao usuario do SUS dentro da unidade hospitalar HUGO.

10.3 ABRANGÊNCIA

Fornecedores de Matérias-Primas, Insumos, Produtos Acabados, Embalagens e Rótulos e Serviços Gerais.

Neste sentido o Plano Anual de Capacitação – PAC do Hospital de Urgências de Goiás

– HUGO vem como estratégia para requalificação dos profissionais e trabalhadores de saúde da Unidade Hospitalar.

10.4 AVALIAÇÃO EXPERIÊNCIA

Através de instrumento de avaliação validados pelos setores com base em indicadores de qualidade, que serão aplicados no início de sua atividade ocupacional e durante todo o processo de capacitação ofertado pelo DEPE.

10.5 ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO

Como um processo permanente de monitoramento e oferta de capacitação pelo PAC, espera-se que o colaborador (direto e indireto) possa ter a oportunidade de prestar um assistência com eficiência e presteza, embasa no princípio da humanização. Caso contrário servirá com base para o seu desligamento uma vez que, não desempenhou assistência mínima desejada para o serviço a que se prestou executar em contrato firmado com a unidade HUGO.

10.6 ORIENTAÇÃO DE CONDUTA

Sempre que a coordenação direta observar alguma necessidade de melhoria na qualidade da assistência do colaborador, embasada pela análise de indicadores pré- definidos e validados pela setor da qualidade do HUGO, o colaborador será designado para que possa ser qualificado e, assim, possa receber informação teórica/pratica para melhoria da sua assistência.

10.7 ADVERTÊNCIA

O setor de RH disponibilizara ferramentas validadas para discorrer sobre esse tema ao coordenador direto aplicar sempre que o colaborador mesmo após receber qualificação pelo DEPE não apresente comprometimento de executar e, também, seja o multiplicador deste conhecimento no âmbito de sua assistência.

10.8 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Segundo o Procedimento Operacional do setor de Recursos Humanos do HUGO a avaliação de desempenho é realizada semestralmente (6 meses) e anualmente nos contratos. Além disso é levado em consideração a "análise individualizada de cada colaborador com o objetivo de identificar as potencialidades e pontos a serem desenvolvidos, que devem ser aprimorados e superados através de treinamento, desenvolvimentos e *feedback*".

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

Durante o período de experiência do novo funcionário, procura-se encaminhar ao responsável do setor de trabalho a avaliação com finalidade de verificar e acompanhar o desempenho do colaborador.

11. BENEFÍCIOS

A implantação, desenvolvimento e efetuação do Plano Anual de Educação Permanente no Hospital de Urgências de Goiás – HUGO contribuirá para o aprimoramento e a atualização dos profissionais da Unidade Hospitalar melhorando a qualidade dos serviços ofertados a sociedade, favorecendo no alcance do mais alto nível de assistência da rede SUS.

12. PRODUTO(S) E PRINCIPAIS REQUISITOS:

O processo de qualificação seja da forma de trabalho, direta e indireta (terceirizada), seguirá o modelo pedagógico presencial e EaD obedecendo à

lista básica (ANEXO I) também será implantando qualificação em conjunto com as programações anuais ofertadas pelos Programas de Residência Médica e Programa de Residência Multiprofissional, além de outras demandas levantadas pela Comissão do Núcleo de Educação Permanente.

13.PARTES INTERESSADAS (STAKEHOLDERS)

O Plano Anual de Capacitação poderá afetar clientes internos e externos:

I. **Stakeholders Internos:** Gestores; Colaboradores; Pacientes; Familiares de Pacientes. São afetados de forma direta e positiva quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidos com responsabilidade, dedicação e inserido nas atividades diárias. No entanto, será negativa quando contrapor as atividades de treinamento e capacitação.

II. **Stakeholders Externos**: Fornecedores; Mídia. Afeta de forma direta quando os treinamentos e capacitações são desenvolvidas nas atividades cotidianas. De forma indireta e negativa a divulgação de informações errôneas.

14. RESTRIÇÕES

O Plano Anual de Capacitação poderá sofrer alterações nas datas, cancelamentos ou mudanças de local em virtude de eventuais demandas emergências. Além problemas técnicos na transmissão de aulas ao vivo ou EaD em função de problemas de conexão ou interrupção do fornecimento de energia.

15. RISCOS

Falha/risco	Ação corretiva
Não ter disponível as salas de aula e auditório para apresentação do	Adaptar o dia e o horário dos novos treinamentos e capacitações.

artigo.	
Treinamentos cancelados.	Remarcação e divulgação das novas datas.
Colaborador não liberado para treinamento pelo superior.	Divulgação dos treinamentos EaD.
Treinador não pode realizar treinamento nas datas disponíveis.	Ajustes das datas de horários. Remanejamento dos treinamentos.
Dificuldade na divulgação dos treinamentos presenciais e EaD.	Entregar lista de cronograma aos coordenadores, gerentes e supervisores das áreas assistenciais e administrativas.

16. RESPONSABILIDADE

Será tripartite, incorporando primeiramente o RH no que tange a melhoria e intensificação dela no processo seletivo; o setor da qualidade em monitorar os indicadores pré-definidos e validados e ao DEPE na oferta, execução e Certificação das ações compostas no PAC.

17. MARCOS E LINHA DO TEMPO

O Plano Anual de Capacitação do Hospital de Urgências de Goiás – HUGO iniciará dia 02 de janeiro de 2023 com data de encerramento dia 29 de dezembro 2023. Os treinamentos e capacitações EaD poderão ser acessados e realizados a qualquer momento pelo site a ser criado após a aceitação do

Plano de Anual de Educação Permanente pelos gestores da Unidade Hospitalar. Os presenciais serão realizados na terça, quinta e sábado. O cronograma das atividades pode sofrer ajustes conforme solicitação e disponibilidade do DEPE.

18. ORÇAMENTO

Para a implantação do Plano de Anual de Educação Permanente será necessário:

MATERIAL	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL*
Computador de Mesa Completo (Monitor, CPU, Estabilizador, Mouse, Teclado, Fone de Ouvido, Webcam)	02	R$ 1.970,00	R$ 3.940,00
Impressora Multifuncional	01	R$ 1.889,00	R$ 1.889,00
Mesas de Escritório	02	R$ 300,00	R$ 600,00
Cadeiras de Escritório Giratória	02	R$ 339,00	R$ 678,00
Cadeiras Escritório Fixa	02	R$ 130,00	R$ 260,00
Quadro Branco (Lousa)	01	R$ 104,00	R$ 104,00
Armário Organizador	01	R$ 349,00	R$ 349,00
Material de Papelaria (Canetas; papel A4, papel			

glossy A4 fotográfico; papel couchê A4; papel foto adesivo; envelope; pasta para arquivo dentre outros)	---	R$ 400,00	R$ 400,00
TOTAL			R$ 8.220,00

*Os valores podem sofrer variações conforme pesquisa de mercado realizada pelo setor de compras.

19. ANÁLISE DE RETORNO DO INVESTIMENTO

O Plano Anual de Educação Permanente considera a necessidade de formação e desenvolvimento dos colaboradores e fornecedores da Unidade Hospitalar, deste modo os cálculos financeiros não são possíveis de serem projetados. Os treinamentos e capacitações serão avaliados no final de cada evento através de formulário *google forms* gerando indicadores de satisfação e contribuindo para melhorias significativas no andamento das atividades.

20. PLANO DE AÇÃO MÉTODO 5W2H:

O que	Por quê	Onde	Quando	Quem	Como	Quanto
Plano Anual de Educação Permanente	Formar colaboradores /alunos/docentes/fornecedores da Unidade Hospitalar	Salas de aulas; auditório e plataformados cursos EaD	01/01 a 31/12/2023	DEPE	profissional indicado pelo setor de Recursos Humanos , coordenadores e gerentes devem estar presentes na data, horário e local Indicada no Momento da inscrição	$ 8.220,00

20. CONTROLE DO DOCUMENTO

Assim como a proposição esse será tripartite (RH/ QUALIDADE/DEPE) sempre disponibilizando o relatório mensal a SESG/SES para o devido controle das ações pactuadas.

21. REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.** Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: O que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde; 1º Edição Revisada, 2018. Acesso em 20/05/23. Disponívelem:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educaca o_permanente_saude_fortalecimento.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf.

BRASIL. **Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Ministério da Saúde. Acesso: 20/11/2022 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html.

MANUAL DE HUMANIZAÇÃO. **Política de Humanização da Assistência à Saúde**. Acesso em: 10/11/2022 Disponível em: http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/PO -

Procedimento Operacional. Recursos Humanos – Treinamento e Desenvolvimento – Hospital de Urgências de Goiás – HUGO.

REGIMENTO INTERNO. Departamento de Educação Permanente. Hospital Estadual de Urgências de Goiás – HUGO. Goiânia, 2023.

ANEXO I

1. Noções Básicas de Controle de Infecções em Serviços de Saúde

Conteúdo Programático:

I. História do Controle das Infecções Hospitalares;

II. Legislação Vigente;

III. Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

IV. Principais Agentes das Infecções Hospitalares;

V. Cadeia Epidemiológica de Transmissão das Infecções Hospitalares;

VI. Tipos de Isolamentos e Precauções;

VII. Principais Infecções Hospitalares;

VIII. Medidas de Prevenção das Principais Infecções Hospitalares;

IX. Emergência de Microrganismos Resistentes a Antimicrobianos Comumente Utilizados;

X. Programa de Uso Racional de Antimicrobianos;

XI. Critérios NNISS de Diagnóstico das Infecções Hospitalares;

XII.	Sistema Nacional de Notificação das Infecções Hospitalares;
XIII.	Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos;

2. Noções Básicas em Saúde Coletiva

Conteúdo Programático:

I. Aspectos históricos da promoção da saúde;

II. Vigilância da saúde e Vigilância epidemiológica;

III. Vigilância de doenças transmissíveis;

IV. Prevenção e controle de Hanseníase e Tuberculose;

V. Programas de Atenção Básica e Imunização;

VI. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;

VII. Doenças Crônicas;

VIII. Saúde da mulher, criança e adolescente;

IX. Saúde do Idoso e Saúde Bucal.

3. Noções Básicas de Administração

Conteúdo Programático:

I. O relacionamento interpessoal;

II. Financeiro / Cobrança / Custos;

III. Conhecimentos técnicos;

IV. Atitudes Corretas no Trabalho;

V. Preâmbulo;

VI. Dos deveres e Proibições;

VII. Direitos;

VIII. Honorários Profissionais;

IX. Dos Deveres Especiais em Relação aos Colegas dos deveres especiais em relação às classes de infrações disciplinares das disposições finais;

X. Abordagem da localização da Gestão de Pessoas na estrutura organizacional da empresa;

XI. Conceitos de Gestão de Pessoas;

XII. Agregando Pessoas;

XIII. Aplicando Pessoas;

XIV. Contratação do Trabalhador;

XV. Folha de Pagamento;

XVI. Remuneração e Cálculos Trabalhistas;

XVII. Rescisão de Contrato de Trabalho.

4. Auxiliar de Almoxarifado

Conteúdo Programático:

I. Estoque e Transporte de Materiais;

II. Noções básicas de almoxarifado, estoque, transporte de materiais;

III. Manual de Organização de Almoxarifados;

IV. Descentralização do Almoxarifado e Utilização do Sistema Kanban;

V. Controle de Almoxarifado;

VI. Funções do Auxiliar de Almoxarifado;

VII. Noções de Estoque e Logística;

VIII. Competências Exigidas no Mercado;

IX. Estratégias e Gestão de Logística;

5. Noções Básicas em Vigilância Epidemiológica

Conteúdo Programático:

I. Bases Históricas;

II. Bases Conceituais;

III. Investigação Epidemiológica de Casos e Epidemias;

IV. Doenças;

V. Acidentes por Animais Peçonhentos;

VI. Ecossistema;

VII. Conceito de Vigilância Epidemiológica;

VIII. História da Vigilância Epidemiológica;

IX. Epidemiologia;

X. Mensuração das Doenças;

XI. Incidência e Prevalência;

XII.	Coeficiente de Ataque;
XIII.	Coeficiente de Mortalidade;
XIV.	Elementos de Vigilância;
XV.	Mecanismos para Obtenção de Dados;
XVI.	Controle de uma Epidemia;
XVII.	Medidas de Tendência Central.

6. Portaria e Controle de Acesso

Conteúdo Programático:

I.	Controle de Acesso;
II.	Segurança e Proteção Preventiva em Portaria;
III.	Atendimento;
IV.	Porteiro Residente;
V.	Sistemas de Comunicação;
VI.	Relacionamento Interpessoal;
VII.	Noções de Direito Penal;
VIII.	Prevenção/ Combate a incêndios.

7. Básico em Atendimento e Recepcionista Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. Ética em Serviços de Saúde;

II. Qualidade em Serviços de Saúde;

III. Sigilo Profissional;

IV. Terminologias em Serviços de Saúde;

V. O uso da Tabela AMB e CID – Classificação Internacional de Doenças;

VI. Recepções Hospitalares;

VII. Relações Humanas na vida e no trabalho;

VIII. Administração de Conflitos;

IX. Humanização na Saúde;

X. A Cortesia no Atendimento;

XI. O Trabalho em Equipe;

XII. Linguagem Corporal;

XIII. Etiqueta Profissional;

8. Noções Básicas de Ética Para Profissionais de Radiologia

Conteúdo Programático:

I. Ética e Moral;

II. A Ética no Cotidiano;

III. Atendimento Ético a Pacientes;

IV. Código de Ética dos Profissionais das Técnicas Radiológicas;

V. Ética em Saúde.

9. Segurança e Gerenciamento de Crises

Conteúdo Programático:

I. Crise e Gerenciamento: Conceitos Fundamentais;

II. Características da Segurança e Gerenciamento de Crises;

III. Doutrinas do Gerenciamento;

IV. Critérios de Ação;

V. Classificação dos Graus de Risco;

VI. Níveis de Resposta;

VII. Cuidados Necessários;

VIII. Noções sobre Crises em Geral;

IX. Como Agir e Gerenciar uma Crise;

X. Noções Sobre Segurança Pública.

10. Básico de Recepcionista

Conteúdo Programático:

I. Introdução;

II. Perfil Ideal da Recepcionista;

III. Marketing Pessoal;

IV. Etiqueta Social;

V. Ética Profissional;

VI. Comunicação;

VII. Relacionamento Intrapessoal e Interpessoal;

VIII. Atendimento ao Cliente;

IX. Qualidade de Atendimento ao Público;

X. Atendimento Telefônico.

11. Gestão e Fiscalização de Contratos	
Conteúdo Programático:	
I.	Recomendação de Sindicância;
II.	Recomendação de rescisão de contrato;
III.	Modelo de Comunicação com o preposto;
IV.	Modelo de Comunicação com setores da Administração;
V.	Modelo de Comunicação com terceiros;
VI.	Modelos de Registros;
VII.	Visita às instalações da empresa;
VIII.	Serviço irregular;
IX.	Providências da empresa;
X.	Solicitação de material;
XI.	Gestão e Fiscalização de contratos públicos;
XII.	Qualidade na Licitação;
XIII.	Controle do recebimento do objeto.

12. Princípios Básicos de Biossegurança
Conteúdo Programático: **I.** Recomendações Gerais; **II.** Apoio à Biossegurança; **III.** Objetivos do Documento; **IV.** Descrição das Responsabilidades; **V.** Vestimenta e Equipamentos; **VI.** Vestimenta Obrigatória para os Funcionários da Área Técnica;
VII. Equipamentos de Proteção Individual; **VIII.** Equipamentos de Proteção Coletiva.

13. Noções Básicas de Limpeza Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. Introdução: Limpeza Hospitalar;

II. Tipos de limpeza na área hospitalar;

III. Processos e procedimentos de limpeza;

IV. Equipamentos e ferramenta de limpeza;

V. Máquinas;

VI. Produtos;

VII. Biossegurança;

VIII. Higienização das mãos;

IX. Higiene pessoal;

X. Aparência;

XI. Desenvolver uma boa limpeza;

XII. Segurança.

14.Noções Básicas de Auxiliar de Laboratório

Conteúdo Programático:

I. Espectrofotometria;

II. Colorimetria;

III. Trasmitância;

IV. Regras Básicas de Segurança;

V. Permanência no Laboratório;

VI. Manuseamento de Produtos Químicos;

VII. Procedimentos em Caso de Acidente;

VIII. Classes de Fogos e Agentes Extintores;

IX. Histórico da Cultura de Células;

X. Tipos de culturas;

XI. Células Primárias, Células Estabelecidas e Células Transformadas.

15. Noções Básicas em Auxiliar de Hemodinâmica na Radiologia

Conteúdo Programático:

I. O Papel da Hemodinâmica na Radiologia;

II. História da Hemodinâmica;

III. Avaliação Hemodinâmica Macro e Micro-circulatória no Choque Séptico;

IV. Radiologia Intervencionista – Desobstrução das Artérias;

V. Cateterismo Cardíaco;

VI. Termos Comumente Utilizados na Hemodinâmica;

VII. Reutilização de Produtos Médicos hospitalares;

16. Gestão de Qualidade

Conteúdo Programático:

I. Mudança de Paradigmas no Século XXI;

II. Controle e Prevenção de Desvios de Qualidade;

III. Ciclo PDCA;

IV. Ferramentas de Gestão de Qualidade;

V.	Técnicas para Identificação de Pontos Fracos;
VI.	Projeção Futura de Negócios;
VII.	Ações para Aumentar a Competitividade;
VIII.	Melhoria da Qualidade de Produtos e Serviços;
IX.	Sustentabilidade dos pequenos empreendimentos.

17. Gestão de Recursos Humanos

Conteúdo Programático:

I.	Estratégias Organizacionais e Competências Humanas;
II.	Mapeamento de talentos;
III.	Recrutamento e seleção;
IV.	Admissão do empregado;
V.	Jornada de trabalho e Férias;
VI.	Encargos e Previdência Social;
VII.	Ética;
VIII.	Mercado de trabalho e competências;
IX.	Ferramentas de recursos humanos.

18. Procedimentos Iniciais de Biossegurança no Combate ao COVID 19

Conteúdo Programático:

I. Novo Coronavírus – Covid-19;

II. Registro e Coleta dos exames;

III. Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;

IV. Precauções padrão;

V. Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;

VI. Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;

VII. Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19.

19. Noções Básicas de Coleta de Sangue e Hemoterapia

Conteúdo Programático:

I. Processo de Coleta de Sangue;

II. Técnicas de Coleta;

III. Materiais Utilizados;

IV. Higienização em Postos de Coleta;

V. Hemoterapia e Coleta de Sangue;

VI. Tipos Sanguíneos;

VII. Captação e Triagem de Doadores de Sangue;

VIII. Coleta de Sangue e Coletas Especiais;

IX. Processamento, Transporte e Estocagem;

X. Produtos Criopreservados;

XI. Biologia Molecular e Transfusão.

20. Noções Básicas de Descarte de Resíduos em Farmácia Hospitalar

Conteúdo Programático:

I. Descarte de medicamentos;

II. Riscos à Saúde: exposição de crianças, adultos e população Vulnerável;

III. Agressão ao meio Ambiente – contaminação da água, do solo e de animais;

IV. Política Nacional de Resíduos Sólidos – Lei 12305 de 2/8/2010/10;

V. Resíduos Advindos de Área de Isolamento;

VI. Resíduos alimentares de Área de Isolamento;

VII. Resíduos de Laboratório de Análises Clínicas;

VIII. Resíduos de laboratórios de Atendimento Ambiental.

IX. Resíduos de Sanitários de Unidade de Internação;

X. Descarte Correto de Medicamentos Vencidos;

XI. Descarte de Medicamentos em Estado Sólido.

21. Recomendações Básicas Sobre Atendimento Hospitalar em Tempos de COVID 19

Conteúdo Programático:

I. Equipamentos de Proteção Individual no contexto da COVID 19;

II. Precauções padrão;

III. Precauções baseadas no mecanismo de transmissão da COVID-19;

IV. Materiais necessários para a limpeza e desinfecção de superfícies;

V. Modos de preparar o corpo em casos suspeitos ou confirmação de COVID-19;

VI. Origem e História;

VII. Conselho Federal e Conselho Regional de Enfermagem.

22. Noções Básicas de cuidados a Ferias
Conteúdo Programático: **I.** Procedimentos Básicos em Enfermagem; **II.** Anatomia e Fisiologia da Pele; **III.** Processo de Reparação Tissular; **IV.** Manual de Curativos; **V.** Tratamento e Cicatrização de Ferimentos; **VI.** Fase Inflamatória; **VII.** Estado Imunológico;
VIII. Classificação das Feridas; **IX.** Fisiologia da Cicatrização; **X.** Princípios Básicos para Realização de Curativos; **XI.** Fases do Processo de Cicatrização; **XII.** Fatores que Afetam a Cicatrização; **XIII.** Técnica de Curativo.
23. Neurointensivismo

Conteúdo Programático:

I. VE isquêmico;

II. AVE hemorrágico;

III. Síndrome hipertensão intracraniana / TCE;

IV. HSA aneurismático;

V. Analgesia, sedação e delirium na UTI;

VI. Diagnóstico de morte encefálica;

VII. Status epiléptico / EMENEC;

VIII. Avaliação TC crânio / princípios básicos

24. Procedimentos Administrativos CEP

Conteúdo Programático:

Este módulo apresenta os procedimentos e documentos necessários para registro inicial, renovação de um registro existente e alteração de dados de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Trata da importância dos relatórios obrigatórios, sua estrutura e itens necessários para sua elaboração. Além disso, demonstra como funciona o processo de indicação dos CEPs pela Conep e as formas de contato.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/credenciamento-cep-2021

25. Documentos Obrigatórios em Protocolos de Pesquisas

Conteúdo Programático:

Todos os protocolos de pesquisa que envolvem seres humanos devem ser submetidos ao Sistema CEP/Conep. A submissão é realizada via Plataforma Brasil, e envolve uma série de documentos que são necessários para que o processo de submissão seja concluído e o protocolo seja apreciado pelo Sistema. Este módulo apresentará os documentos obrigatórios que constituem um protocolo de pesquisa, e outros documentos quando aplicáveis. Irá demonstrar suas formas de elaboração.

Carga Horaria: 2 horas

Link: https://edx.hospitalmoinhos.org.br/course/documentos-obrigatorios-em-protocolos-de-pesquisa-2021

26. Modulo I - **Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Internação Adulto**

Conteúdo Programático:

I. Acolhimento e recepção de residentes; Entrega de folders e rotinas dos andares; Treinamento do sistema; Orientação sobre a rotina hospitalar e do enfermeiro.

II. **SAE** - O conjunto de **propedêutica e processos terapêuticos**, com enfoque no atendimento ao paciente em internação na clínica médica, cirúrgica e cardiológica, pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA.

III. **SAE** – Sistematização da Assistência de Enfermagem e o acesso ao Sistema MV/ SBAR -LIMEIRA,Tânia Roberta et al. Instrumento de passagem de plantão da equipe de enfermagem, SBAR,Situation-Background- Assessment-Recommendation: validação e aplicação. **Rev Bras Enferm.** 2022;75(6)/ https://www.scielo.br/j/reben/a/rK7G6VycSgQjmGQV77VfHPK/?format=pdf&lang=pt

IV. **Segurança do paciente**: São todos os estudos e práticas para diminuição

ou eliminação de riscos na assistência em saúde que podem causar danos ao paciente.

V. **PCIH- O Programa de Controle de Infecções Hospitalares**: medidas de prevenção de infecção.

VI. **Terapia intravenosa** e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos

VII. **Terapia intravenosa** e tipos de cateteres sondas, drenos e tubos

VIII. **Cuidados com feridas em traumas**: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.

IX. Avaliação bimestral;

X. **Cuidados com feridas em traumas**: ferimento por arma branca e fogo; trauma crânio encefálico, tórax, abdômen e MMSSII.

XI. **Cuidados em feridas** agudas, crônicas e coberturas

XII. **Cuidados em feridas:** agudas, crônicas e coberturas

XIII. **HACR:** Humanização, Acolhimento e Classificação de Risco em Urgência e Emergência e Atendimento ao Trauma. / Avaliação e tratamento do doente.

XIV. Monitorização hemodinâmica;

XV. Cinemática do trauma;

XVI. Avaliação da cena;

XVII. Avaliação bimestral;

27. Modulo II - **Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Queimados**

Conteúdo Programático:

I. Assistência de enfermagem nas patologias neurológica (trm e tce) + aneurisma e avc;

II. Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;

III. Assistência de enfermagem nas patologias cardiovasculares;

IV. Avaliação bimestral;

V. Conceito, epidemiologia, fisiopatologia, classificação, cálculo da superfície corporal queimada;

VI. Curativo dos pacientes queimados; oficina de enfaixamento; cuidados com o paciente grande queimado.

VII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **atendimento ao politraumatizado;**

VIII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **atendimento ao**

politraumatizado;

IX. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **traumatismo crânio encefálico;**

X. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como**: trauma torácico;**

XI. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma de face;**

XII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma abdominal;**

XIII. Assistência de enfermagem nas urgências e emergências traumáticas que envolve o acometimento no paciente adulto como: **trauma músculo-esquelético;**

XIV. Avaliação bimestral.

28. Modulo III – Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Unidade de Terapia Intensiva
I. Conjunto de propedêutica e processos terapêuticos, sob enfoque do atendimento do paciente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pautado na perspectiva da sistematização de enfermagem, dentro dos conceitos metodológicos das normas e padronizações de procedimentos, planos de cuidados e protocolos, abrangendo a Taxonomia de diagnósticos da NANDA. II. Escalas de avaliação neurológica e escores de avaliação de mortalidade; III. Drogas vasoativas e alta vigilância; IV. Punção e cuidados com pressão arterial invasiva; V. Sedação os cuidados de enfermagem; VI. Ventilação mecânica invasiva; VII. Ventilação mecânica invasiva; VIII. Eletrocardiograma; IX. AVALIAÇÃO BIMESTRAL; X. Assistência cardiovascular de emergência; Anatomia e eletrofisiologia cardíaca; XI. Ritmos de Parada Cardiorrespiratória; XII. Taquicardias, Bradicardia; XIII. Síndrome Coronariana aguda;
XIV. Acidente Vascular Cerebral. XV. Emergência ao paciente de IAM (protocolo); XVI. Avaliação bimestral.

29. Modulo IV - **Abordagem de Enfermagem no Pronto Socorro e em Neonatologia e Pediatria.**

I. A cadeia de sobrevivência e serviços médicos de emergência para atendimento em pediatria. A notificação e a injuria, a violência infantil;

II. Avaliação do paciente pediátrico e neonatal /Exame físico ao recém-nascido e pacientes pediátricos;

III. RCP/ TOT em pediatria e neonato

IV. Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória,

V. Desconforto respiratório por obstrução de vias aérea e outras causas de insuficiência respiratória;

VI. Emergências cardiovasculares;

VII. Traumas e queimaduras; manejo do tce em pediatria;

VIII. Traumas e queimaduras;

IX. Emergências toxicológicas;

X. Avaliação bimestral;

XI. Crise convulsiva;

XII. Anafilaxia manejo clínico;

XIII. Estudo da terapia intravenosa (cateteres);

XIV. Tubos, sondas e drenos utilizados na pediatria; acesso venoso;

XV. Principais modos de ventilação invasiva na pediatria

XVI. Morte encefálica em pacientes pediátricos e como lidar com luto;

XVII. Avaliação bimestral.

30. Módulo I - **Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Clínica Médica e Cirúrgica**
I. Apresentação dos Serviços do Setor farmacêutico; **II.** O ciclo da assistência farmacêutica; **III.** Mecanismo da dor; **IV.** Anti-inflamatórios Não Esteroides (AINEs);
V. Uso clínico dos glicocorticóide; **VI.** Síndrome de Cushing; **VII.** Anti-histamínicos; **VIII.** Opióides; **IX.** 1ª Prova Bimestral; **X.** Avaliação da Proteína C reativa; **XI.** Uso Clínico dos Bloqueadores Neuromusculares; **XII.** Uso Clínico dos Anestésicos Gerais Intravenosos; **XIII.** Anestésicos Inalatórios; **XIV.** Análise de exames laboratoriais; **XV.** Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica; **XVI.** Abordagem clínica das dislipidemias; **XVII.** Farmacovigilância no contexto hospitalar; **XVIII.** 2ª Prova Bimestral
31. Módulo II – **Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Traumatologia e Ortopedia**

I. Hemostasia e Anticoagulantes; **II.** Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes; **III.** Avaliação do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado (TTPA); **IV.** Varfarina: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas; **V.** Heparinas: farmacodinâmica, farmacocinética e interações medicamentosas; **VI.** Manejo de Paciente com Hemorragia **VII.** Antiplaquetários **VIII.** Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado **IX.** Anemia; **X.** Abordagem Clínica da Hipocalemia **XI.** Hipovitaminose **XII.** Avaliação Final.
32. Módulo III - **Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais**

I. Modelo de Prática clínica farmacêutica;

II. Microrganismos Causadores de infecções;

III. Microrganismos Causadores de infecções 2

IV. Uso clínico das Penicilinas

V. Sedação e Analgesia Durante a Ventilação Mecânica;

VI. Uso clínico das Cefalosporinas e Uso Clínico;

VII. Uso clínico dos Carbapenêmicos e monobactâmicos;

VIII. Uso clínico dos Glicopeptídeos e Aminoglicosídeos

IX. Uso clínico dos Macrolídeos, Linezolida e licosamidas;

X. Uso clínico dos Tigeciclina, Rifamicinas;

XI. Uso clínico dos Antiprotozoários;

XII. Uso clínico dos Antifúngicos;

XIII. Uso clínico dos Antivirais;

XIV. Uso clínico das Fluoroquinolonas;

XV. Avaliação Final

33. Módulo IV - **Abordagem Farmacêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva**

I. Uso Clínico dos hormônios tireoidianos;

II. Profilaxia de LAMG e Uso clínico dos Antisecretores;

III. Uso clínico dos Antieméticos e pro-cinéticos;

IV. Uso clínico dos Antiflatulantes;

V. Uso clínico dos Laxativos;

VI. Uso clínico dos Antidiarreicos sintomáticos, antiespasmódicos e correlatos;

VII. Qualificação de artigo;

VIII. Uso de fibras e probióticos em pacientes críticos;

IX. Prova;

X. Uso clínico dos Medicamentos utilizados no choque vascular e Uso clínico dos Antiarrítmicos;

XI. Drogas vasoativas e o uso de TNE;

XII. Uso clínico dos Bloqueadores adrenérgicos centrais Bloqueadores dos canais de cálcio e Uso clínico dos diuréticos;

XIII. Uso Clínico dos Anticonvulsivantes;

XIV. Manejo do delirium;

XV. Ansiolíticos;

XVI. Neurolépticos;

XVII. Avaliação Final.

34. MÓDULO I – **Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências Clínicas: Médica, Cirúrgica, Especialidades.**

I. Avaliação Fisioterapêutica no paciente adulto

II. Análise de exames laboratoriais (Gasometria)

III. Oxigenoterapia;

IV. Mecanismos fisiopatológicos da toxicidade do oxigênio

V. Aspiração TraquealAnálise de exames laboratoriais (Hemograma e Leucograma)

VI. Suporte Básico de Vida

VII. Radiografia de tórax

VIII. Análise de exames laboratoriais (marcadores inflamatórios e de

hemostasia)

IX. Avaliação Fisioterapêutica no paciente séptico

X. Disfagia e síndromes aspirativas

XI. Visão da fisioterapia na sarcopenia e caquexia;

XII. Pneumonias

XIII. Técnicas de remoção de secreção e expansão pulmonar

XIV. Acidente Vascular

XV. EncefálicoTCE/TRM – Escala Asia

XVI. Avaliação Bimestral

XVII. Mobilização Precoce

XVIII. Trombose Venosa Profunda e Anticoagulantes

XIX. Diabetes Mellitus e discussão na prática clínica

35. MÓDULO II – **Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Situações Especiais, Traumatologia e Ortopedia. – Ortopedia, Geriatria e Queimados**

I. Etiologia e Epidemiologia do Trauma;

II. Caracterização e classificação do trauma – Diagnóstico cinético funcionalFarmacologia aplicada à reabilitação de pacientes com doenças crônico degenerativas

III. Hipotensão Postural e Intolerância Ortostática no ambiente hospitalar

IV. Reabilitação intrahospitalar nas DPOC

V. Abordagem fisioterapêutica no trauma de membros inferiores

VI. Avaliação da força e da resistência muscular no ambiente hospitalar

VII. Fraturas e fixadores de membros inferiores. Abordagem

fisioterapêutica

VIII. Avaliação no Idoso

IX. Fraturas e fixadores de tórax e pelve. Abordagem fisioterapêutica

X. Particularidades no atendimento do paciente Idoso com doenças neurológicas

XI. Fragilidade, Equilíbrio e quedas: Prevenção, avaliação e tratamento

XII. Morte e Cuidados paliativos no ambiente hospitalar

XIII. Nutrição e exercício no paciente idoso

XIV. Doenças vasculares arteriais e venosas. Doença arterial obstrutiva periférica

XV. Avaliação Bimestral

XVI. Classificação e fisiopatologia das queimaduras; Procedimento cirúrgico e processo de cicatrização no paciente queimado

XVII. Formação de Cicatriz hipertrófica e queloide e suas complicações; Tratamento das cicatrizes. Prescrição e uso de malha compressiva. Massagem cicatricial.

36. MÓDULO III – **Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva e Pronto Atendimento.**

I. Anatomo-fisiologia do sistema cardiorrespiratório;

II. Fisiologia respiratória

III. Interação coração-pulmão na ventilação mecânica

IV. Discussão sobre o capítulo de Fisioterapia (III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica – 2007);

V. Como iniciar a ventilação mecânica: princípios práticos e teóricos;

VI. Avaliação do paciente crítico;

VII. Monitorização hemodinâmica do estado de choque, Drogas vasoativas;

VIII. Insuficiência Respiratória – Classificação;

IX. Sedação e Analgesia Durante Ventilação Mecânica

X. Assincronias e Novos Modos em VM;

XI. Ventilação Mecânica na Asma e no DPOC;

XII. Ventilação Mecânica na Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) e Associada a VM (PAV);

XIII. Ventilação Mecânica na Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) ou Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA): Diagnóstico, Recomendações e Cuidados;

XIV. Bioenergética / Introdução à gasometria arterial;

XV. Ventilação na Posição PRONA e Circulação Extracorpórea;

XVI. Avaliação Bimestral;

XVII. Ventilação Mecânica no Paciente com Sepse;

XVIII. Desmame da Ventilação Mecânica

37. MÓDULO IV – **Abordagem Fisioterapêutica nas Urgências e Emergências em Unidade de Terapia Intensiva em Situações Especiais**

I. Anátomo-fisiologia aplicada à neonatologia e pediatria;

II. Doença das membranas hialinas;

III. CPAP e Surfactante; Uso de Ventilação Mecânica Não Invasiva em Pediatria e Neonatologia;

IV. Oxigenioterapia aplicada à Pediatria e Neonatologia;

V. Semiologia neonatal e pediátrica;

VI. Princípios da ventilação mecânica em neonatologia e pediatria

VII. Recursos de monitorização cardiorrespiratória; Recursos e técnicas respiratórias em Neonatologia e Pediatria

VIII. Desmame da ventilação mecânica em Neonatologia e Pediatria

IX. Ventilação mecânica em pacientes neurocríticos

X. Ventilação mecânica em situações especiais (tópicos avançados)

XI. Manobras de titulação de PEEP e recrutamento alveolar

XII. Síndrome pós cuidados intensivos (PICS);

XIII.	Assistência Fisioterapêutica em Urgência e Emergência (Pronto Socorro)
XIV.	Manejo da dor em pacientes críticos
XV.	Alterações Morfológicas/Respiratórias no paciente queimado;
XVI.	Avaliação Bimestral;
XVII.	Ventilação Mecânica no paciente queimado;
XVIII.	Mobilização precoce na UTI no paciente queimado

21. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Meire Incarnação **Gerente de Ensino e Pesquisa**	13/06/2023	
Revisão:	Laís Mayara Garcia **Enfermeira NQSP**	13/06/2023	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Coordenadora NQSP**	13/06/2023	
Aprovação:	Luis Henrique Ribeiro Gabriel **Diretor Geral**	13/06/2023	

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

7.27.2.1 Procedimento Operacional Padrão - Pop Engenharia Clínica

ÁREA: ENGÉNHARIA CLÍNICA

TAREFA: MANUTENÇÃO PREVENTIVA.

LOCAL DE EXECUÇÃO: ENGENHARIA CLÍNICA, SETORES DO HOSPITAL (CLIENTES), CENTRAL DE EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS.

EXECUTANTE: TÉCNICO EM EQUIPAMENTO BIOMÉDICO; ENGENHEIRO CLÍNICO E FORNECEDOR EXTERNO.

RESULTADOS ESPERADOS:

- POSSUIR EQUIPAMENTOS CONFIÁVEIS

MATERIAL NECESSÁRIO:

- CALENDÁRIO ANUAL DE PREVENTIVAS, CALIBRAÇÃO e ÍNSPEÇÃO;
- SOFTWARE DE ENGENHARIA CLÍNICA;
- FERRAMENTAS PARA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS;
- EPI DE ACORDO COM A SITUAÇÃO ESPECÍFICA.

ATIVIDADES:

1. A EQUIPE INTERNA CHECA NO SISTEMA AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS DO PLANO QUE ESTÃO PROGRAMADAS PARA O MÊS. AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS INTERNAS SÃO EXECUTADAS PELOS TÉCNICOS INTERNOS. AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS EXTERNAS SÃO EXECUTADAS POR TERCEIRIZADOS . O PLANO VARIA COM AS ESPECIFICIDADES DE CADA EQUIPAMENTO, OBEDECENDO CRONOGRAMA DEFINIDO CONFORME AS DIRETRIZES DO FABRICANTE;
2. A EQUIPE INTERNA IMPRIME Ó CHECK LIST PARA A REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO EQUIPAMENTO, EM CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA INTERNA;
3. O TÉCNICO VAI AO SETOR, E INFORMA AO RESPONSÁVEL A NECESSIDADE DA DISPONIBILIDADE DO EQUIPAMENTO PARA REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA, CONFORME CRONOGRAMA DEFINIDO PREVIAMENTE NO PLANO DE

   MANUTENÇÃO QUE O SETOR RECEBE NO INÍCIO DO ANO;

4. O TÉCNICO REALIZA A MANUTENÇÃO PREVENTIVA, DE ACORDO COM O CHECK LIST DE CADA EQUIPAMENTO. O PROCEDIMENTO PODE ACONTECER NO LOCAL OU NA OFICINA, DEPENDENDO DO PROCEDIMENTO DE MANUTENÇÃO *À* SER REALIZADO;
5. O TÉCNICO REGISTRA AS INFORMAÇÕES NO CHECK LIST DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA., DEPOIS REGISTRA AS INFORMAÇÕES NO SISTEMA E DÁ BAIXA. (FECHA) A ORDEM DE SERVIÇO PROGRAMADA, QUE FOI ABERTA AUTOMATICAMENTE.
6. NO CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA, O PLANO É ACORDADO COM O FORNECEDOR EXTERNO ANUALMENTE. A REALIZAÇÃO É FEITA NOS DIAS PROGRAMADOS. OS TÉCNICOS TERCEIRIZADOS SERÃO ACOMPANHADOS PELA EQUIPE INTERNA DA ENGENHARIA PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS. DEPOIS DE EXECUTADA, A EMPRESA ENTREGA O CHECK LIST OU CERTIFICADO DE CALIBRAÇÃO DA REALIZAÇÃO DA MANUTENÇÃO PREVENTIVA E OS DADOS SÃO PASSADOS PELA EQUIPE INTERNA DA ENGENHARIA PARA O SISTEMA DE ENGENHARIA CLÍNICA;
7. A EQUIPE INTERNA DEVOLVE O EQUIPAMENTO PARA UTILIZAÇÃO NO SETOR (MANUTENÇÃO INTERNA) OU ACOMPANHA A EMPRESA TERCEIRIZADA NA DEVOLUÇÃO DO EQUIPAMENTO EM CASO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA EXTERNA.
CUIDADOS ESPECIAIS:
• AS MANUTENÇÕES PREVENTIVAS TÊM QUE SEGUIR O CRONOGRAMA PROPOSTO NO PLANO DE MANUTENÇÃO.
AÇÕES EM CASO DE NÃO-CONFORMIDADE:
• COMUNICAR AO ENGENHEIRO DA ENGENHARIA CLÍNICA DA UNIDADE; • CASO NÃO HAJA CONTRATO DE PREVENTIVA OU CALIBRAÇÃO OU IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO PELOS TÉCNICOS, É NECESSÁRIO SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO PELO SISTEMA.
• DIRETORIA APROVAÇÃO DATA
• APROVAÇÃO SCIH REVISOR DE ÁREA DATA •

7.27.2.2 Cronograma de Execução dos Planos de Manutenção – Engenharia Clínica - MENSAL

CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO (HUGO-CME)

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
HUGO-0933 NS: 2042.13.7940 PAT: 20570 CE:HUG-CME-0039	ALTA	AUTOCLAVE HORIZONTAL HI VAC II - B0110-716P (BAUMER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0934 NS: 2042.12.7920 PAT: 20566 CE:HUG-CME-0040	ALTA	AUTOCLAVE HORIZONTAL HI VAC II - B0110-716P (BAUMER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-1688 NS: 2040.13.6990	MÉDIA	OSMOSE REVERSA H0100-060 (BAUMER)	PREVENTIVA SEMANAL					X						X								X							X					
HUGO-1689 NS: 2040.13.7000	MÉDIA	OSMOSE REVERSA H0100-060 (BAUMER)	PREVENTIVA SEMANAL			X							X							X								X					X
HUGO-1690 NS: 2040.13.6980	MÉDIA	OSMOSE REVERSA H0100-060 (BAUMER)	PREVENTIVA SEMANAL			X							X							X								X					X

| | | |

| | | |

| | | |

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
CE:HUG-RPA-0011																																		
HUGO-0080 NS: 600231827 3 PAT: 11720 CE:HUG -RPA-0011	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0085 NS: 600279 5960 CE:HUG -RPA-0013	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0085 NS: 600279 5960 CE:HUG -RPA-0013	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0085 NS: 600279 5960 CE:HUG -RPA-0013	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO INFINITY DELTA XL (DRAGER)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0993 NS: LTM211 21568	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																	X														

| | | |

| | | |

| Patrimônio | | | nção | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
HUGO-0943 NS: 1V5OT035 PAT: 00028 CE:HUG-DH1-0007	MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 4008 B (FRESENIUS)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0945 NS: 505291 PAT: 14603	MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 710500C (B.BRAUN)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0946 NS: 505111 PAT: 14605	MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 710500C (B.BRAUN)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0947	MÉDIA	APARELHO DE HEMODIALISE 710500C (B.BRAU	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																	X														

| | | |

| | | |

| | | |

ônio			ção																														
HUGO-0203 NS: CF-261119 30 PAT: 14725 CE:HUG -EME-0025	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRI CA - 08 - AGOST O																X														
HUGO-0204 NS: CF-261119 66 PAT: 14744 CE:HUG -EME-0026	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	PREVEN TIVA - 08 - AGOST O																X														
HUGO-0204 NS: CF-261119 66 PAT: 14744 CE:HUG -EME-0026	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRI CA - 08 - AGOST O																X														
HUGO-0217 NS: CF-261119 27 CE:HUG -EME-0019	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRI CA - 08 - AGOST O																X														
HUGO-0217 NS: CF-261119 27 CE:HUG -EME-0019	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	PREVEN TIVA - 08 - AGOST O																X														
HUGO-0828 NS: CF-	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW	TESTE SEG. ELÉTRI CA - 08																X														

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

HUGO-1029 NS: LTM2112200 PAT: HUGO20951	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																X																				
HUGO-1031 NS: LTM21121157 PAT: 20954 CE:D10	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																X																				
HUGO-1032 NS: LTM21121608 PAT: HUGO20947	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																X																				
HUGO-1033 NS: LTM21120702 PAT: 20959 CE:D10	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																X																				
HUGO-1034 NS: LTM21121087 PAT: HUGO20950	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO M12 (LIFEMED)	CALIBRAÇÃO - 08 - AGOSTO																X																				

INTERNAÇÃO BUCO/NEURO/TRAUMA (HUGO-INTERNABUCO)

TAG / Nº de Série /	Criticidade	Equipamento	Plano de	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15

| Patrimônio | | | Manutenção | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

| | | |

UTI 2 (HUGO-UTI2)

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15
HUGO-0700 NS: CF-26111951 PAT: 14737 CE:HUG-UT2-0042	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														
HUGO-0807 NS: CF-26111955 PAT: 14645 CE:HUG-UT4-0008	MÉDIA	MONITOR MULTIPARAMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																	X														

UTI 3 (HUGO-UTI3)

TAG / Nº de Série / Patri	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15

mônio																																			
HUGO-0128 NS: CF-2611 1993 PAT: 1548 2	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	PREVENTIVA - 08 - AGOSTO																X																
HUGO-0128 NS: CF-2611 1993 PAT: 1548 2	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																X																
HUGO-0760 NS: CF-26111 942 PAT: 14731 CE:HUG-UT3-0005	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																X																
HUGO-0769 NS: CF-2611 2018 PAT: 1548 8	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																X																
HUGO-0791 NS: CF-26111 874 CE:HUG-UT3-	MÉDIA	MONITOR MULTIPAR AMETRICO BENEVIEW T8 (MINDRAY)	TESTE SEG. ELÉTRICA - 08 - AGOSTO																X																

| | | |

| | | |

| | | |

2. OBJETIVO

- Orientar o processo da tratativa/classificação da criticidade de um setor na ordem de serviço para os colaboradores da manutenção predial. Mensurar as ordens de serviço ocorridos e permitir a classificação sistemática destes.

3. SIGLAS

- EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde;
- POP – Procedimento Operacional Padrão;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual;
- EPC – Equipamento de Proteção Coletiva;
- SESMT – Serviços Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- SCIrAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionadas a Assistência e Saúde;
- NQSP – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- HUGO – Hospital de Urgências de Goiás;

4. PROCEDIMENTOS

4.1 PRINCIPAIS ATIVIDADES

4.1.1 DEFINIÇÕES

A ordem de serviço é uma prática fundamental em qualquer instituição que busca a segurança do paciente e qualidade do serviço. A ordem de serviço é um documento essencial que auxilia no pontapé inicial de qualquer prestação de serviço autorizando e direcionando um grupo de profissionais a desempenhar determinada tarefa, e serve como uma forma de formalizar e documentar um trabalho a ser realizado.

A ordem de serviço pode ser classificada como: preventiva, corretiva, informativa, inspeção/ronda, instalação e obras.

4.1.2 CLASSIFICAÇÃO DO SETOR

As áreas dos serviços de saúde são classificadas em relação ao risco de transmissão de infecções com base nas atividades realizadas em cada local. Essa classificação auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de

infecções, além de facilitar a elaboração de procedimento para realização das atividades setorial.

Cabe salientar que o reconhecimento das áreas que constituem o ambiente de serviços de saúde contribui na definição dos processos a serem adotados, considerando-se o risco de exposição a micro-organismos em cada uma destas áreas.

Esta classificação apresenta 3 cenários, são elas:

1. Área de alta criticidade: São as que oferecem maior risco de transmissão de infecções, ou seja, áreas onde se realizam procedimentos invasivos e/ou que possuem pacientes de risco ou com sistema imunológico comprometido, como UTI, clinicas, salas de cirurgias, pronto socorro, central de materiais e esterilização, áreas de descontaminação e preparo de materiais, cozinha, lavanderia e etc.
2. Área de media criticidade: São áreas ocupadas por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas, isto é, aquelas ocupadas por pacientes que não exijam cuidados intensivos ou de isolamento, como sala de pacientes, central de triagem, ambulatório e etc.
3. Área de baixa criticidade: São todas aquelas áreas não ocupadas por pacientes e onde não realizam procedimentos clínicos, como as áreas administrativas e de circulação.

A1 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO SETOR		
ALTA	MÉDIA	BAIXA
4	2	1

4.1.3 CLASSIFICAÇÃO DO CUSTO OPERACIONAL

O custo operacional e levado em consideração o tempo de execução de cada atividade pertinente a ordem de serviço referente, onde conseguimos mensurar a mão de obra. É necessário verificar o historico de manutenção corretiva do equipamento na hora de classifica-lo.

A2 - CUSTO DA OPERAÇÃO		
ALTO	MÉDIO	BAIXA
3	2	1
acima de 120 min	60 - 120 min	1 - 60 min

4.1.4 RISCO DA OPERAÇÃO

Para qualquer atividade é necessario a utilização dos E.P.I. conforme especificados nos POPs de execução de serviço, porém existem fatores externos que precisam ser levados em considerações na hora da execução do serviço como: perigo de contaminação, queda, choque, paciente sem lucidez e etc.

A3 - RISCO DA OPERAÇÃO		
SEM RISCO	CIRCULAÇÃO	CONTAMINANTE
1	2	3

4.1.5 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO RISCO

- Identificar o tipo de classificação do setor conforme a Tabela A1;

A1 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO SETOR		
ALTA	MÉDIA	BAIXA
4	2	1

- Identificar o tipo de classificação do custo da operação conforme a Tabela A2;

A2 - CUSTO DA OPERAÇÃO		
ALTO	MÉDIO	BAIXA
3	2	1
acima de 120 min	60 - 120 min	1 - 60 min

- Identificar o tipo de classificação do risco da operação conforme a Tabela A3;

A3 - RISCO DA OPERAÇÃO		
SEM RISCO	CIRCULAÇÃO	CONTAMINANTE
1	2	3

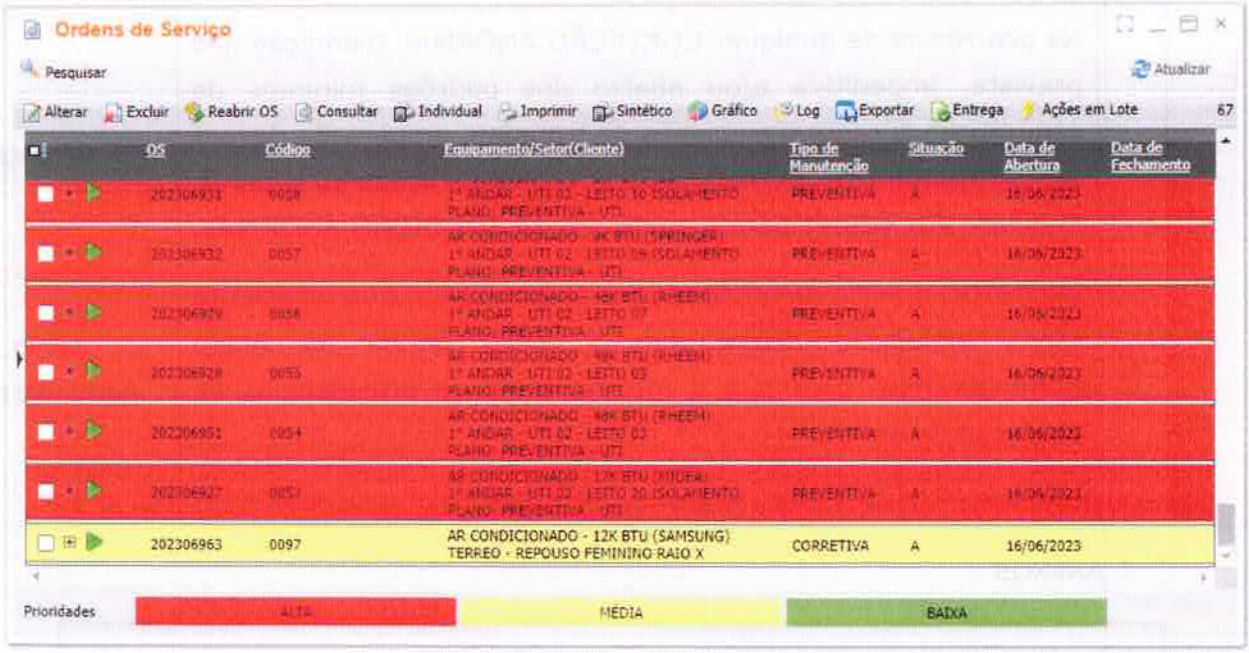
- Classificar a criticidade do equipamento conforme a Tabela;

A4 - CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO RISCO	
CLASSIFICAÇÃO	AVALIAÇÃO
1 - 4	Baixo
5 - 6	Médio

4.1.6 METODOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO

- Ao realizar o cadastro de um equipamento no Sistema Effort, é necessario selecionar a prioridade de atendimento do mesmo. Que é classificado em prioridade baixa, média e alta;

- Assim que todos os equipamentos estiverem cadastrados com suas devidas classificações, ao chegar uma nova ordem de serviço no painel de recebimento do sistema, o mesmo será identificado atraves de cores (ilustração na tabela A4;



4.1.7 DESCRIÇÃO DAS TAREFAS

- Solicitar ao coordenador responsável do setor que ele valide a classificação de risco;
- Realizar o cadastro do equipamento utilizando a classificação adequada no Sistema Effort;

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Ao iniciar a atividade em ambientes como: UTI's, Centro Cirúrgico, Emergência e locais de alto risco de contaminação. SEMPRE UTILIZAR ROUPA UNISSEX;
- Antes de iniciar qualquer serviço é necessário avisar ao Apoio Administrativo sobre a atividade, para que o mesmo autorize e comunique a diretoria e setor sobre a atividade;

6. INTERCORRÊNCIAS NA ATIVIDADE

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Na ocorrência de qualquer CONDIÇÃO ANORMAL (condição não prevista, impeditiva e/ou abaixo dos padrões minimos de segurança) durante a execução do trabalho, a operação deverá ser paralisada IMEDIATAMENTE e o fato comunicado ao superior imediato e o SESMT para a avaliação da CONDIÇÃO ANORMAL.	Manutenção
3	PROIBIDO o inicio da atividade em ambiente em que o paciente tenha exposição diária sem o aviso previo ao Apoio Administrativo, para que o mesmo tome as providencias de liberação do setor.	Apoio Administrativo

7. ANEXOS

ANÁLISE DE CRITICIDADE				
				SOMATÓRIA
CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO RISCO				
	APROVAÇÃO		ASSINATURA	

8. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Igor Pádua dos Anjos Coordenador Manutenção	22/06/2023

	Predial	
Revisão:	Addler Fernando Barbosa Rodrigues Encarregado de Manutenção e Apoio	22/06/2023
	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

7.27.2.4 Cronograma de Execução dos Planos de Manutenção

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0342 PAT: HID03		HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 03	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - ARSENAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0071 PAT: 11411	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0019 PAT: 18856	MEDIA	BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - REPOUSO ANESTESISTA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0073 PAT: 20126	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - RPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - RPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0072 PAT: 11402	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0049 PAT: 18853	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0074 PAT: 10767	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

0075 PAT: 11294		AR CONDICIONADO 36K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0076 PAT: 11409	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 04

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0077 PAT: 11275	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 05

TAG / Nº de Série /	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenç	Jul 2	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Patrimônio			ão	3	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0079 PAT: 910	ALTA	AR CONDICIONADO 30K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 06

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0078 PAT: 9006	ALTA	AR CONDICIONADO 30K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 07

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0080 PAT: 20255	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 08

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 08

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0081 PAT: 11283	ALTA	AR CONDICIONADO 24K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 09

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0082 PAT: 10768	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SALA 10

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0083 PAT: 9010	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (ELECTROLUX	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		)													

1° ANDAR - CENTRO CIRURGICO - SECRETARIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0069 PAT: 17926	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0070 PAT: 15986	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA CENTRO CIRURGICO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - FARMACIA SATELITE 2

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0068 PAT: ST SAT2	MEDIA	AR CONDICIONADO 57K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0018 PAT: 19309		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0351 PAT: HID09		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		09													

1° ANDAR - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0261		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-66 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0262		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-67 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0263		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-68 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0264		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-69 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0265		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-70 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0266		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-71 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série	Criticida	Equipamen	Plano de	J	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju

/ Patrimônio	de	to	Manutenção	ul 23	o 23	t 23	t 23	v 23	z 23	n 24	v 24	r 24	r 24	i 24	n 24
0017 PAT: 1005		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 01 - ISOLAMENTO 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0067 PAT: 14885	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (ADIMIRAL)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - ISOLAMENTO 2

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0118 PAT: 14792		AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 01

TAG / Nº de Série /	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenç	Jul 2	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Patrimônio			ão	3	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0112 PAT: 14796	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0113 PAT: 14791	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 06

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0114 PAT: 14799	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 08

TAG / Nº de Série / Patrimôn	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 2	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

io				3											
0115 PAT: 14790	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 09 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0116 PAT: 19920		AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - LEITO 10 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0117 PAT: 19921		AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 01 - REPOUSO ENFERMAGEM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 01 - REPOUSO ENFERMAGEM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0119 PAT: 18262		AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0016 PAT: 18938		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

1° ANDAR - UTI 02 - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0343 PAT: HID010		HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 10	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0258		QUADROS ELETRICOS QD 1° ANDAR-63	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		(QD)													
0260		QUADROS ELETRICOS QD 1º ANDAR-65 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 01 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0052 PAT: 9144	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0054 PAT: 18929	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 05

TAG / Nº de Série / Patrimôn	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 2	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

io				3											
0055 PAT: 18926	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 07

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0056 PAT: 18928	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 09 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0057 PAT: 18918	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 10 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 10 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0058 PAT: 9143	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 11 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0059 PAT: 18930	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 12 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0060 PAT: 19917	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 14

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0061 PAT: 18927	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 16

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 16

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0062 PAT: 18924	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 18

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

0063 PAT: 18925	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (RHEEM)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - LEITO 20 ISOLAMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0053 PAT: 9145	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - SALA DA GERENCIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0064 PAT: 19020	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

1° ANDAR - UTI 02 - SALA DE EQUIPAMENTOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

1° ANDAR - UTI 02 - SALA DE EQUIPAMENTOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0259		QUADROS ELETRICOS QD 1º ANDAR-64 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2 ANDAR - COORDENAÇÃO CLINICA MEDICA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0048 PAT: 16577	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2 ANDAR - COPA DA NUTRIÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0267		QUADROS ELETRICOS QD 2º ANDAR-72 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0268		QUADROS ELETRICOS QD 2º ANDAR-73 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2° ANDAR - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0020 PAT: 19097		BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

2° ANDAR - ENFERMARIA 201

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0047 PAT: 16573	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2° ANDAR - ENFERMARIA 219

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0045 PAT: 16574	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

			4° ANDAR												

2° ANDAR - REPOUSO DE ENFERMAGEM/CLINICA MEDICA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0046 PAT: 16578	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2° ANDAR - REPOUSO DOS MEDICOS/ENFERMEIROS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0043 PAT: 16571	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0044 PAT: 16572	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

3° ANDAR - CHEFIA

TAG / Nº de Série / Patrimôn	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenç	Jul 2	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

io			ão	3	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0065 PAT: 17865	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3° ANDAR - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0021 PAT: 17868		BEBEDOURO FR600 (FR600)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

3° ANDAR - POSTO 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0272		QUADROS ELETRICOS QD 3º ANDAR-77 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

3° ANDAR - POSTO 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0273		QUADROS	PREVENTIV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		ELETRICOS QD 3º ANDAR-78 (QD)	A QUADROS ELETRICOS												

4° ANDAR - CHEFIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

4° ANDAR - CHEFIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0041 PAT: AR0438	BAIXA	AR CONDICIONADO 30K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4° ANDAR - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0022 PAT: STBEBE01		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

4° ANDAR - POSTO 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0279		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-84 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4° ANDAR - POSTO 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0280		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-85 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4° ANDAR - REPOUSO MEDICO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

4° ANDAR - REPOUSO MEDICO

TAG / Nº de Série /	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenç	Jul 2	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Patrimônio			ão	3	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0042 PAT: 14848	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AREAS COMUNS - 2° ANDAR - CORREDOR ENFERMARIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0310 PAT: 16589		BEBEDOURO FR600 (FR600)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0341 PAT: HID06	ALTA	HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 06	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0340 PAT: HID007		HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 07	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0269		QUADROS ELETRICOS QD 2° ANDAR-74 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0270		QUADROS ELETRICOS QD 2° ANDAR-75 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AREAS COMUNS - 3° ANDAR - CORREDOR ENFERMARIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0309 PAT: 20591		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0339 PAT: HID04	ALTA	HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 04	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0338 PAT: HID05		HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 05	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0271		QUADROS ELETRICOS QD 3º ANDAR-76 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

AREAS COMUNS - 4º ANDAR - CORREDOR ENFERMARIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0308 PAT: STBEB02		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0336 PAT: HID01	ALTA	HIDRANTE HIDRANTE DE PARED	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		E 01													
0337 PAT: HID02	ALTA	HIDRANTE HIDRANTE DE PARED E 02	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0274		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-79 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0275		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-80 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0276		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-81 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0277		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-82 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0278		QUADROS ELETRICOS QD 4º ANDAR-83 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AREAS COMUNS - RESERVATORIO INFERIOR

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0297		RESERVATORIO RESERVATORIO INFERIOR - 216.000L	PREVENTIVA SEMESTRAL_RESERVAT ORIO	X						X					

AREAS COMUNS - RESERVATORIO SUPERIOR

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

AREAS COMUNS - RESERVATORIO SUPERIOR

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0298		RESERVATORIO RESERVATORIO SUPERIOR 01 - 61.000L	PREVENTIVA SEMESTRAL_RESERVAT ORIO SUPERIOR	X						X					
0299		RESERVATORIO RESERVATORIO SUPERIOR 02 - 61.000L	PREVENTIVA SEMESTRAL_RESERVAT ORIO SUPERIOR	X						X					

AREAS COMUNS - SUBSOLO - CORREDOR

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0196		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 01 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0201		QUADROS ELETRICOS	PREVENTIVA QUADROS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		QD SUB- 06 (QD)	ELETRICOS												
0202		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 07 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0207		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 12 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0208		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 13 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0209		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 14 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0210		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 15 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0214		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 19 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0215		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 20 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0218		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 23 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

AREAS COMUNS - SUBSOLO - CORREDOR

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

0225		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 30 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0226		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 31 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0227		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 32 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0229		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 34 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

AREAS COMUNS - TERREO - CORREDOR DO RETORNO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0009 PAT: 20129		BEBEDOURO KNOX BEBEDOUROS (NOX BEBEDOUROS)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0230		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -35 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0231		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -36 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0233		QUADROS	PREVENTIVA QUADROS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		ELETRICOS QD TERREO -38 (QD)	ELETRICOS												
0234		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -39 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0241		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -46 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0244		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -49 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0245		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -50 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0248		QUADROS ELETRICOS QD TERREO -53 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

AREAS COMUNS - TERREO - CORREDOR DO RETORNO

TAG / Nº de Série /	Criticidad	Equipamento	Plano de Manutençã	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Patrimônio	e		o	23	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0249		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-54 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0252		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-57 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

CASA DE MAQUINAS - BARRILETE

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0287	ALTA	MOTOR COMBATE A INCENDIO MOTOR COMBATE A INCENDIO	PREVENTIVA MOTOR COMBATE A INCENDIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

HUGO - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0137 PAT: ST	ALTA	GERADOR G330 500KVA (DCCO)	PREVENTIVA GERADOR DCCO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0137 PAT: ST	ALTA	GERADOR G330 500KVA	PREVENTIVA SEMESTRAL_GERADOR						X						X

		(DCCO)												
0182	ALTA	PLANO DE CONTINGENCIA RONDA NOTURNA - DIARIA (PLANO DE CONTINGENCIA)	CONTINGENCIA NOTURNA - RONDA DIARIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0295	ALTA	SISTEMA SPDA (PARA RAIO) TIPO FRANKLIN (SPDA)	PREVENTIVA SPDA_HUGO			X			X			X		X
0285	ALTA	TELHADOS RONDA PREVENTIVA TELHADOS (TELHADOS)	RONDA PREVENTIVA TELHADOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0203		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 08 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - COORDENAÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0185	ALTA	AR CONDICIONA	PREVENTIVA -	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PAT: 20541		DO 9K BTU (ELECTROLUX)	SUBSOLO (AREA CRITICA)												

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - COPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0190 PAT: 20542	BAIXA	AR CONDICIONADO 9K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - ESTOQUE

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0186 PAT: 20539	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - LABORATORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - LABORATORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0188 PAT: 20543		AR CONDICIONADO 18K BTUS (BRITANIA)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0189 PAT: 20538		AR CONDICIONADO 18K BTUS (BRITANIA)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - AGENCIA TRANSFUSIONAL - REPOUSO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0187 PAT: 20540	BAIXA	AR CONDICIONADO 9K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - ALMOXARIFADO PATRIMONIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0154 PAT: 11304	MEDIA	AR CONDICIONADO 57K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - AUDITORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0183 PAT: 20132	MEDIA	AR CONDICIONADO 22K BTU (COMFEE)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0184 PAT: 20131	MEDIA	AR CONDICIONADO 22K BTU (COMFEE)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - BIBLIOTECA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0179 PAT: 15801	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CAF 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0160	MEDIA	AR	PREVENTIVA -	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PAT: 16057		CONDICIONADO 12K BTU (LG)	SUBSOLO (AREA CRITICA)												
0320 PAT: 19841		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0200		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 05 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CAF 01 - MEZANINO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0035 PAT: 16069		AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0034 PAT: 14801	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CME - AREA LIMPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0192 PAT: 20983	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - CME - AREA LIMPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0193 PAT: 20982	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0199		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 04 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CME - ARSENAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0195 PAT: 9094	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CME - EXPURGO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0194	ALTA	AR	PREVENTIV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PAT: 20980		CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	A - SUBSOLO (AREA CRITICA)												

SUBSOLO - CME - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0001 PAT: 14806	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0300 PAT: STBEB06	MEDIA	BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0197		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 02 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - CME - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0198		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 03 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CME - SALA DO RESPIRATÓRIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0191 PAT: STCME	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (PHILCO)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - CONTEINER MANUTENÇÃO PREDIAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0025 PAT: 17866		BEBEDOURO FR600 (FR600)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

SUBSOLO - COREME

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0357 PAT: 20938		AR CONDICIONADO 9K BTU (TEMPSTAR)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0316 PAT: 20250		BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0213		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 18 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - COREME - COMITE DE ETICA E PESQUISA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0181 PAT: 9121		AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COREME - COREMU

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0180 PAT: 20937		AR CONDICIONADO 18K BTU (TEMPSTAR)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COREME - SALA DE AULA 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0167 PAT: 2549507	MEDIA	AR CONDICIONADO 36K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COREME - SALA DE AULA 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0166 PAT: 16073	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COREME - SALA DE AULA 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - COREME - SALA DE AULA 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0168 PAT: STCOREME	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (TEMPSTAR)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COREME - SALA DE AULA 04

TAG / Nº de Série	Criticida	Equipamento	Plano de	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju

/ Patrimônio	de		Manutenção	l 23	o 23	t 23	t 23	v 23	z 23	n 24	v 24	r 24	r 24	i 24	n 24
0169 PAT: STCOREME 2	MEDIA	AR CONDICIONADO 48K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COZINHA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0296	MEDIA	CLIMATIZADOR CLIMATIZADOR EVAPORATIVO UNI-52 GOLD (CELDEK)	PREVENTIVA CLIMATIZADOR COZINHA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0211		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 16 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0212		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 17 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COZINHA - REFEITORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0031 PAT:	ALTA	AR CONDICIONADO 60K BTU	PREVENTIVA - SUBSOLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

19738		(ELGIN)	(AREA CRITICA)												
0032 PAT: 19736	ALTA	AR CONDICIONADO 60K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - COZINHA - REFEITORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0033 PAT: 19737	ALTA	AR CONDICIONADO 60K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0350 PAT: HID08		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 08	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - COZINHA - SALA DA NUTRIÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0161 PAT: 9148		AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - DEP - DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0040 PAT: 20939		AR CONDICIONADO 12K BTU (TEMPSTAR)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - ENGENHARIA CLINICA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0153 PAT: HUG-ENG-0317		AR CONDICIONADO 18K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - FARMACIA CENTRAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0156 PAT: 16067	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

0157 PAT: 16068	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - FARMACIA CENTRAL - COPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0318 PAT: 20588		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

SUBSOLO - FONOAUDIOLOGIA / FISIOTERAPIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0095 PAT: 16735		AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - GERENCIA FARMACIA CENTRAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0155 PAT:	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

16072		(LG)	CRITICA)												

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - LABORATORIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0003 PAT: 9089		AR CONDICIONADO 12K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0004 PAT: 01 ST		AR CONDICIONADO 12K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0036 PAT: 9088		AR CONDICIONADO 12K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0037 PAT: 9122		AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0204		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 09 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - LAVANDERIA

TAG / Nº de Série / Patrimôni	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 2	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

o				3											
0219		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 24 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0220		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 25 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0221		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 26 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0222		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 27 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0223		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 28 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0224		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 29 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0319 PAT: 329		BEBEDOURO NEW EVIDENCE (NEW EVIDENCE)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0349 PAT:		HIDRANTE HIDRA	PREVENTIVA HIDRAN		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

HID016		NTE DE PARED E 16	TES												

SUBSOLO - NUTRIÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0158 PAT: 664821		AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0159 PAT: 16074	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0315 PAT: 13211		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

SUBSOLO - PREDIO ADM - COMPRAS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0175 PAT: 15982	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - COMUNICAÇÃO

TAG / Nº de Série /	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenç	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

Patrimônio			ão	23	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0165 PAT: 15804	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - PREDIO ADM - CONTROLADORIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0174 PAT: 9125		AR CONDICIONADO 30K BTU (KOMECO)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - DDRH

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0324 PAT: 19129		AR CONDICIONADO 12K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - DEPARTAMENTO PESSOAL

TAG / Nº de Série / Patrimôn	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 2	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

io				3											
0002 PAT: 15806		AR CONDICIONADO 58K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - DIRETORIA ADM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0326 PAT: 9073		AR CONDICIONADO 12K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0327 PAT: 9070		AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0026 PAT: 020096		BEBEDOURO KNOX BEBEDOUROS (NOX BEBEDOUROS)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - PREDIO ADM - DIRETORIA GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0178 PAT:	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU	PREVENTIVA - SUBSOLO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

15984		(LG)	(ADM)												

SUBSOLO - PREDIO ADM - DIRETORIA TECNICA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0177 PAT: 9074	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0321 PAT: 20589	MEDIA	BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

SUBSOLO - PREDIO ADM - GOVERNANCA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0173 PAT: 20298	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (PHILCO)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - PREDIO ADM - NQSP

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0172 PAT: 9076		AR CONDICIONADO 12K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - RECURSOS HUMANOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0164 PAT: 11193	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - SALA DE REUNIÕES

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0176 PAT: 15983	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - PREDIO ADM - T.I

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0170 PAT: 14755	ALTA	AR CONDICIONADO 30K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0216		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 21 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0217		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 22 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - PREDIO ADM - T.I - PABX

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0030 PAT: 14754	ALTA	AR CONDICIONADO 30K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0171 PAT: 18266	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - SUBSOLO (ADM)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - SALA DO NECROTERIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0162 PAT: 19622	ALTA	AR CONDICIONADO 24K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0228		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 33 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - SALA DO NECROTERIO - MORGUE

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0163 PAT: STMORGUE		AR CONDICIONADO 60K BTU (DANFOSS)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - SUBESTAÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0281	ALTA	SUBESTAÇÃO 750 KVA TRAFO 01 (SUBESTAÇÃO)	PREVENTIVA SUBESTAÇÃO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0281	ALTA	SUBESTAÇÃO 750 KVA TRAFO 01	PREVENTIVA SEMESTRAL_SUBES						X						X

		(SUBESTAÇÃO)	TAÇÃO												

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - SUBESTAÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0354	ALTA	SUBESTAÇÃO 750 KVA TRAFO 02 (SUBESTAÇÃO)	PREVENTIVA SEMESTRAL_SUBESTAÇÃO						X						X

SUBSOLO - UNIDADE DE DIETAS ENTERAIS (UDE)

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0282 PAT: 19805		AR CONDICIONADO 9K BTU (PHILCO)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0286 PAT: FILTRO 01	ALTA	FILTRO DE AGUA UDE FILTRO DE AGUA	PREVENTIVA FILTRO DE AGUA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

SUBSOLO - USINA DE OXIGENIO

TAG / Nº de Série / Patrimôni	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutençã	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

o			o	23	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0205		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 10 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0206		QUADROS ELETRICOS QD SUB- 11 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0306	ALTA	USINA DE GASES USINA DE AR COMPRIMIDO (SEPARAR)	INSPEÇÃO DIAS UTEIS USINA DE GASES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0302	ALTA	USINA DE GASES USINA DE OXIGENIO - 01 (SEPARAR)	INSPEÇÃO DIAS UTEIS USINA DE GASES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0303	ALTA	USINA DE GASES USINA DE OXIGENIO - 02 (SEPARAR)	INSPEÇÃO DIAS UTEIS USINA DE GASES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0304	ALTA	USINA DE GASES USINA DE OXIGENIO BACKUP - 03 (SEPARAR)	INSPEÇÃO DIAS UTEIS USINA DE GASES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

SUBSOLO - USINA DE OXIGENIO

TAG / Nº de Série /	Criticidad	Equipament	Plano de	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju

Patrimônio	e	o	Manutenção	l 23	o 23	t 23	t 23	v 23	z 23	n 24	v 24	r 24	r 24	i 24	n 24
0305	ALTA	USINA DE GASES USINA DE VACUO (SEPARAR)	INSPEÇÃO DIAS UTEIS USINA DE GASES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CHEFIA ENFERMAGEM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0028 PAT: 14853	MEDIA	AR CONDICIONADO 22K BTU (ADIMIRAL)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0014 PAT: STBEB03		BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - CONSULTORIO 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0127 NS: 2022044 PAT: 19131	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CONSULTORIO 04

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0126 NS: 1204 PAT: 9100	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - CONSULTORIO 05

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0125 NS: 2014499 PAT: 14158	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (GREE)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CONSULTORIO 07

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0334		AR CONDICIONADO 24K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CONSULTORIO 08

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0123 PAT: 1196	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CONSULTORIO ODONTOLOGIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0122 PAT: 17050	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - CORREDOR DO RETORNO - AGENDAMENTO RETORNO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0346 PAT: HID015		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 15	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - CORREDOR DO RETORNO - SALA DO APOIO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0103 NS: 9031 PAT: 19079	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0024 PAT: 19842		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - CORREDOR DO RETORNO - SCIRAS/SCIH

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0066 PAT: 9038	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA 1°,2°, 3° E 4° ANDAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0301 PAT: 19703	MEDIA	BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - EMERGENCIA - BOX 3

TAG / Nº de Série / Patrimô	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

nio														
0139 PAT: 14793/9040	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - EMERGENCIA - BOX 5

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0138 PAT: 18855	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - BOX VERMELHO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0144 PAT: 15450	ALTA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0344 PAT: HID013		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 13	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	
0145 PAT: 9059	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X
0148 PAT: 9046/2017955	MEDIA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X
0010 PAT: 19120		BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X	
0345 PAT: HID10		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 10	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X
0250		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-55 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X
0251		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-56 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - EMERGENCIA - COPA DA EMERGENCIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0011 PAT: 10046		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - EMERGENCIA - ESTABILIZAÇÃO 05

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0140 PAT: STEMERG		AR CONDICIONADO 57K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - ONDA VERMELHA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0136 PAT: 1154	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - REPOUSO ENFERMAGEM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0142 PAT: 14756	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - REPOUSO MEDICO

TAG / Nº	Criticidad	Equipament	Plano de	Ju	Ag	Se	Ou	No	De	Ja	Fe	Ma	Ab	Ma	Ju

de Série / Patrimônio	e	o	Manutenção	l 23	o 23	t 23	t 23	v 23	z 23	n 24	v 24	r 24	r 24	i 24	n 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - EMERGENCIA - REPOUSO MEDICO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0143 PAT: 14758/2018080	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - EMERGENCIA - SALA DE CONVIVENCIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 2
0141 PAT: 15451	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0247		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-52 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - ENFERMARIA MASCULINA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0317 PAT: 20590		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0347 PAT: HID12	ALTA	HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 12	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0242		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-47 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - FARMACIA SATELITE

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0149 PAT: 16576	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - FATURAMENTO/SAME

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

0085 NS: 2013578 PAT: 11401	MEDIA	AR CONDICIONADO 57K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0086 NS: 2013774 PAT: 9064	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0232		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-37 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - FATURAMENTO/SAME - COPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0006 PAT: 19699		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - GERENCIA MEDICA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0029 NS: 17050 PAT: 14852	MEDIA	AR CONDICIONADO 22K BTU (ADIMIRAL)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

0008 PAT: 15588		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - IMOBILIZAÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0130 PAT: 16575	MEDIA	AR CONDICIONADO 18K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0313 PAT: 19310		BEBEDOURO LATINA (LATINA)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - NHE - NÚCLEO HOSPITALAR DE EPIDEMIOLOGIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0005 PAT: 11867		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - NUCLEO INTERNO DE REGULARIZAÇÃO (NIR)

TAG / Nº de Série	Criticidade	Equipamento	Plano de	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun

/ Patrimônio	de		Manutenção	23	23	23	23	23	23	24	24	24	24	24	24
0146 NS: 2022043 PAT: 19130	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (PHILCO)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0013 PAT: 17867		BEBEDOURO FR600 (FR600)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - POLICIA CIVIL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0323 PAT: 9118		AR CONDICIONADO 12K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - RECEPÇÃO SOCIAL - GUARDA PERTENCES

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0105 PAT: 15112	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - RECEPÇÃO SOCIAL - GUICHÊ DE ATENDIMENTO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0106 NS: 1384 PAT: ST RECP SOCIAL	MEDIA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0107 PAT: 15985		AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0015 PAT: 20130		BEBEDOURO KNOX BEBEDOUROS (NOX BEBEDOUROS)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0239		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-44 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - RECEPÇÃO SOCIAL - OUVIDORIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0108 PAT: 1383		AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0314		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA	X			X			X			X		

PAT: 8254			BEBEDOUROS												

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - RECEPÇÃO SOCIAL - SALA CIHDOTT

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0111 PAT: 19806	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (PHILCO)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0109 PAT: ST CIHDOTT	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0110 PAT: 19919	MEDIA	AR CONDICIONADO 9K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0023 PAT: STBEB04		BEBEDOURO COLORMAQ (COLORMAQ)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		
0240		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-45 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - REPOUSO FEMININO RAIO X

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

0097 PAT: ST REPOUSO FEM RAIO X	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - REPOUSO MASCULINO RAIO X

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0050 PAT: 14757	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - REPOUSO MEDICO MASCULINO PS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - REPOUSO MEDICO MASCULINO PS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0147 PAT: 403	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SALA DA EXAMES 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0084 PAT: 16580	ALTA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0322 PAT: 9312	MEDIA	BEBEDOURO FR600 (FR600)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - SALA DE CURATIVOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0128 NS: 2014486 PAT: 9120	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (LG)	PREVENTIVA EMERGENCIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0129 PAT: 18267	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU	PREVENTIVA EMERGE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		(CONSUL)	NCIA												

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - SALA DOS CONDUTORES

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0312 PAT: 1169		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - SALA DO SESMT

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0150 PAT: 1157		AR CONDICIONADO 18K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SALA ENDOSCOPIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0087 PAT:	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU	PREVENTIVA - TERREO (LADO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

17049		(HITACHI)	RAIO X)												
0088 PAT: 19735	ALTA	AR CONDICIONADO 9K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SALA ULTRASSOM

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0284 PAT: 5728	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (MIDEA)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - SALA VACINAS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0124 PAT: 16581	MEDIA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SERVIÇO SOCIAL

TAG / Nº de Série / Patrimô	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

nio															
0151 PAT: 9099	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RETORNO)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0311 PAT: 18921		BEBEDOURO IBBL (IBBL)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - SETOR RAIO X

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0238		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-43 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - COPA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0307 PAT: STBEB05		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - SETOR RAIO X - RECEPÇÃO

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0098 PAT: 18675	MEDIA	AR CONDICIONADO 30K BTU (ELECTROLUX)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0051 NS: 2017528 PAT: 9025	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - SUBSOLO (AREA CRITICA)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0348 PAT: HID011		HIDRANTE HIDRANTE DE PAREDE 11	PREVENTIVA HIDRANTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0253		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-58 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 02

TAG / Nº de Série / Patrimôn	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 2	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

io				**3**										
0096 PAT: ST SALA2 RAIOX	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0254		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-59 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0102 NS: 009772 PAT: ST SALA 3 RAIOX		AR CONDICIONADO 30 K BTU (ELGIN)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0255		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-60 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 04

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0256		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-61 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA 05

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0101 NS: 2017371 PAT: 20017	ALTA	AR CONDICIONADO 18K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0257		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-62 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - SETOR RAIO X - SALA DA CHEFIA

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0100 PAT:	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU	PREVENTIVA - TERREO (LADO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

08422		(SPRINGER)	RAIO X)												

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - SETOR RAIO X - SALA DE IMAGENS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0099 PAT: AR441	ALTA	AR CONDICIONADO 36K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - TOMOGRAFIA SALA 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0104 PAT: 8556	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (FUJITSU)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0091 PAT: 8421	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (SPRINGER)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0092 PAT: AR428		AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0235		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-40 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - TOMOGRAFIA SALA 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0090 PAT: 11558	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (FUJITSU)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0094 PAT: 14122	ALTA	AR CONDICIONADO 12K BTU (GREE)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0089 PAT: ST SALA LAUDOS	MEDIA	AR CONDICIONADO 12K BTU (SAMSUNG)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0093 PAT: AR430		AR CONDICIONADO 48K BTU (HITACHI)	PREVENTIVA - TERREO (LADO RAIO X)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - TOMOGRAFIA SALA 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0236		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-41 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0237		QUADROS	PREVENTIVA QUADROS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

		ELETRICOS QD TERREO-42 (QD)	ELETRICOS												

TERREO - UTI 3 - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0012 PAT: 15687		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - UTI 3 -GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0246		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-51 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 3 - LEITO 04

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0133 NS: 903	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

5 PAT : 14798/2019051		(CARRIER)													

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - UTI 3 - LEITO 10

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0134 NS: 9034 PAT : 14805/2018891	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 3 - LEITO 14

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0135 PAT: 9033	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 3 - LEITO ISOLAMENTO 01

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0131 PAT: 9068	ALTA	AR CONDICIONADO 24K BTU (LG)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 3 - LEITO ISOLAMENTO 02

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0132 PAT: 15807	ALTA	AR CONDICIONADO 48K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PERÍODO DE 16/07/2023 ATÉ 16/07/2024

Tipo de Manutenção: PREVENTIVA

TERREO - UTI 4 - COPA DOS FUNCIONARIOS

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0007 PAT: 15813		BEBEDOURO SOFT (SOFT)	PREVENTIVA BEBEDOUROS	X			X			X			X		

TERREO - UTI 4 - GERAL

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0243		QUADROS ELETRICOS QD TERREO-48 (QD)	PREVENTIVA QUADROS ELETRICOS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 4 - LEITO 03

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0120 NS: 9032 PAT: 14788	ALTA	AR CONDICIONADO 58K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

TERREO - UTI 4 - LEITO 05

TAG / Nº de Série / Patrimônio	Criticidade	Equipamento	Plano de Manutenção	Jul 23	Ago 23	Set 23	Out 23	Nov 23	Dez 23	Jan 24	Fev 24	Mar 24	Abr 24	Mai 24	Jun 24
0121 PAT: 14797	ALTA	AR CONDICIONADO 58K BTU (CARRIER)	PREVENTIVA - UTI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

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

ANEXO I – PARCERIAS COM INSTITUIÇÕES DE ENSINO

7.27.4 Projeto de hospital ensino para a unidade

INTRODUÇÃO

Ao definir a saúde como um direito social e eleger a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil colocou-se, desde 1988, em consonância com as tendências existentes nos países mais avançados, e a grande ampliação na cobertura do sistema público de saúde foi um ganho incontestável dos últimos 22 anos.

Entre as questões que se colocam como desafios para a continuidade do desenvolvimento do SUS, podemos destacar a formação de profissionais de saúde aptos a enfrentarem os problemas de saúde prioritários da população brasileira; a pesquisa, o desenvolvimento de novas técnicas, procedimentos e terapias, bem como a incorporação de tecnologias desenvolvidas alhures, para atender adequadamente a estes problemas; e, finalmente, a garantia do acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde, imprescindíveis para concretizar a integralidade da assistência.

Em todos esses temas, a contribuição dos Hospitais de Ensino (HEs) é condição fundamental para que se consiga efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros.

O desenvolvimento da assistência realizada pelos HEs, bem como de suas atividades didáticas e de pesquisa, por vezes estruturou-se de forma isolada dos demais serviços assistenciais, razão pela qual é muito importante discutir e aperfeiçoar sua integração com a rede SUS.

Nossa Proposta no sentido de aprimorar a participação do HE no SUS, em benefício à assistência médica de toda a população usuária do sistema, sem excluir a importância

destes serviços, na formação de recursos humanos e na produção de conhecimentos, tecnologia e pesquisa em saúde.

A NECESSIDADE DE INTEGRAÇÃO DOS HES NA ASSISTÊNCIA DO SUS

O SUS está organizado de forma a prestar a assistência à saúde da população por meio de uma rede descentralizada de serviços de saúde.

Esta organização leva em conta que as doenças mais comuns da população exigem, em grande parte dos casos, medidas terapêuticas que podem ser desenvolvidas de forma ma eficaz e menos custosa por serviços de atenção básica ou primária em saúde, como as Unidades Básicas de Saúde ou as Unidades de Saúde da Família, atualmente sob gestão municipal.

Além disso, as doenças crônicas e degenerativas, que se tornam cada vez mais importantes, são mais bem atendidas nestas unidades de saúde, pois exigem cuidados prolongados e orientação constante aos pacientes, sendo adequado que tais atendimentos se desenvolvam próximo ao domicílio dos pacientes.

Por outro lado, os atendimentos especializados, que necessitam de orientação diagnóstica ou terapêutica, devem ser encaminhados para serviços de saúde mais complexos, de caráter secundário ou terciário, que servem de referência especializada regional e estadual para a rede de atenção básica de saúde municipal.

Os HE exercem seu principal papel na oferta de procedimentos de alta complexidade e de referência para o SUS em São Paulo.

Segundo levantamento do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) da Secretaria de Estado da Saúde para o ano de 2008, enquanto o conjunto dos hospitais do SUS/SP realizou em média 6,3% de internações de alta complexidade no total de suas internações, os HE realizaram cerca de três vezes mais, ou seja, 18% de internações de alta complexidade.

Da mesma forma, enquanto o conjunto das unidades ambulatoriais do SUS/SP realizaram em média 31% de atendimentos de alta complexidade no total dos atendimentos ambulatoriais, os HE realizaram cerca de 51% de atendimentos de alta complexidade em relação ao total. Este percentual maior de atividades voltadas à medicina de terceiro nível

tem evidentemente um custo mais elevado do que aquele de unidades de saúde mais voltadas ao atendimento primário e secundário de saúde. Assim, é evidente que os HE necessitam de uma forma de financiamento diferenciada em relação aos demais hospitais do sistema.

Embora sejam unidades de maior complexidade que a média dos demais serviços do SUS/SP, constata-se que os HE ainda realizam uma grande proporção de atendimentos de média e baixa complexidade, tanto internação como ambulatorial, casos que poderiam ser encaminhados para outros serviços do sistema. A realização de procedimentos de baixa complexidade nos HE apresenta vários inconvenientes, entre os quais: utiliza-se um serviço de alta capacidade instalada, com pessoal especializado e, portanto, com atendimentos em média mais custosos para procedimentos simples que seriam mais bem realizados em unidades básicas de saúde; os pacientes, na busca do atendimento continuado no HE para problemas básicos de saúde, são forçados a deslocamentos frequentes para fora de seu município, pois os HE são habitualmente localizados em municípios maiores, polos de sua região; finalmente, os atendimentos de baixa complexidade realizados no HE bloqueiam as agendas para os procedimentos de maior complexidade, provocando o surgimento de filas de espera e demanda reprimida, que prejudicam os pacientes, pois atrasam seu atendimento.

Além disso, para diversos procedimentos médicos de alta complexidade, como as cirurgias cardíacas, a qualidade do procedimento é diretamente relacionada com sua prática e frequência, isto é, é preciso que as equipes realizem um número de procedimentos anuais para garantirem os melhores resultados, como já está descrito na literatura científica de saúde.

As transições demográficas, epidemiológicas e tecnológicas também contribuem para mudanças nos perfis das doenças, que exigem novas práticas e cuidados com os pacientes como, por exemplo, para idosos, para os que necessitam de internações prolongadas, tratamentos paliativos, como no câncer e outros semelhantes. Atualmente, estes casos ocupam leitos e atendimentos dos HE, sem benefícios reais aos pacientes e com prejuízo de outros atendimentos que poderiam ser realizados por estas unidades. Estas condições exigem formas inovadoras de acompanhamento, como o atendimento domiciliar ou a ocupação de unidades de saúde menos complexas do SUS, que muitas vezes permanecem com leitos ociosos.

Estes são alguns dos motivos que tornam fundamental a regulação dos atendimentos realizados pelos HE, privilegiando os atendimentos especializados e referenciais, as cirurgias mais complexas, entre outros, que podem ser disponibilizadas para uma ou mais regiões do Estado e, em alguns casos, e dependendo da raridade do procedimento, até mesmo para o país.

Certamente, o sucesso das medidas para estabelecer referências e contrarreferências entre os HE e os demais serviços do SUS depende do

O ENSINO E A PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA TERCIÁRIA DOS HE NO SUS

É reconhecido o papel dos HE do SUS na formação e capacitação de pessoal para a área pública ou privada de saúde.

Por exemplo, no Brasil, existem cerca de 29,2 mil médicos residentes, dos quais 34% são do Estado de São Paulo (9,9 mil médicos residentes). Deste total, 6,3 mil médicos residentes são de vagas oferecidas pelos 37 HE do Estado (ou 66% do total).

Nunca é demais destacar a importância e o desafio que é a questão da formação e alocação dos médicos e outros profissionais para que se integrem ao SUS, atendendo às necessidades de saúde da população.

A formação do médico, sem deixar de lado os avanços tecnológicos, deve estimular e valorizar sua participação no atendimento e na resolução dos problemas mais comuns da área da saúde. Este fato tem favorecido a discussão acadêmica sobre as possíveis mudanças curriculares para que os médicos possam se integrar adequadamente ao SUS, tal como ocorreu em outros países com sistemas universais de saúde, como a Inglaterra e o Canadá, que valorizam o médico generalista.

Entretanto, uma vez que se propõe o atendimento dos casos referenciados pelo HE, assim como a realização de procedimentos de alta complexidade, por vezes é colocada a questão de como garantir o necessário campo para que seus alunos possam ter a formação generalista de forma adequada.

Como já referido no item anterior, não existe nenhuma incompatibilidade entre a assistência de alta complexidade nos HE e o ensino das práticas de atenção básica em saúde, desde que sejam estabelecidas parcerias entre os HE e outros serviços de saúde do sistema

(extramuros), de caráter geral (de internação ou ambulatoriais), que possam atender às necessidades acadêmicas sem qualquer tipo de prejuízo assistencial.

De fato, existem inúmeros exemplos de iniciativas de integração entre o ensino e a assistência na área da saúde. Dentre elas, destacam-se os Centros de Saúde-Escola, unidades de atenção primária em saúde, que recebem alunos e residentes para formação neste tipo de atenção, por meio de parceria entre as faculdades de medicina e as Secretarias de Saúde, desde a década de 1970.

Na década de 1980, foram incentivados no país, pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), e desenvolvidos em diversos estados, programas de integração docente-assistencial, envolvendo as faculdades e os serviços de saúde pública, por vezes com abrangência de distritos de saúde, bem como propostas de aproximação entre o ensino e a atenção em saúde local por meio de internatos em saúde coletiva ou rurais, assim como de residências médicas em saúde comunitária.

A SES tem estimulado seus hospitais universitários a estabelecerem parcerias para gestão de hospitais gerais e outros serviços (inclusive AME) que podem auxiliar neste sentido. As experiências conseguem atender ao duplo objetivo de integrar e garantir o ensino de qualidade com as necessidades assistenciais do SUS.

OBJETIVOS DO PROGRAMA DE CERTIFICAÇÃO DE HE

I - garantir, de forma progressiva e planejada, a melhoria da qualidade da atenção à saúde, do ensino, da pesquisa e da gestão oferecidos pelos HE;

II - garantir a qualidade da formação de novos profissionais de saúde e da educação permanente em saúde para os profissionais já atuantes, priorizando as áreas estratégicas do SUS;

III - estimular a inserção da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na gestão de tecnologias em saúde, de acordo com as necessidades do SUS;

IV - garantir a inserção dos HE na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com participação efetiva nas políticas prioritárias do SUS;

V - estimular a participação dos HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS;

VI - integrar os HE nos programas e projetos que visam à ampliação da oferta de profissionais médicos no SUS; e

VII - apoiar as demandas de mudanças do perfil da formação médica ao nível de graduação e residência médica, conforme previsto no Programa Mais Médicos.

DO PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

DOS REQUISITOS GERAIS E ESPECÍFICOS PARA CERTIFICAÇÃO

Requisitos gerais:

I - ser campo de prática para atividades curriculares na área da saúde, para programas c residência médica e em outras áreas profissionais da saúde;

II - dispor de convênio ou contrato formal de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e a IES, caso o hospital não pertença à mesma instituição que desenvolve as atividades, com implantação de mecanismos atuantes na gestão das atividades de pesquisa e ensino;

III - possuir oferta de programas de residência médica, ou em outras áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), excetuando-se os casos previstos no §1º do art. 8;

IV - possuir, no mínimo, 80 (oitenta) leitos operacionais, no caso de hospitais gerais;

V - possuir, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais, no caso de hospital especializado ou maternidade;

VI - prestar ações e serviços de saúde ao SUS, colocando a oferta sob regulação do gestor do SUS; e

VII - possuir instrumento contratual formal vigente com o gestor do SUS.

Requisitos específicos:

I - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões assessoras obrigatórias pertinentes a todos os estabelecimentos hospitalares, que são:

- Comissão de Ética Médica e de Enfermagem;
- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;
- Comissão de Óbitos;
- Comissão de Revisão de Prontuários;

- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional;
- Comissão de Farmácia e Terapêutica; e
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão de Transplantes e Captação de Órgãos;
- Comitê Transfusional;
- Comissão de Residências em Saúde;
- Comissão de Mortalidade Materna e de Mortalidade Neonatal;
- Comissão de Biossegurança; e
- Comissão de Ética no Uso de Animais;

II - participar dos programas e políticas prioritárias do SUS, incluindo as Redes Temáticas de Atenção à Saúde, de acordo com seu perfil assistencial;

III - constituir-se como um ponto de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da RAS loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea;

IV - disponibilizar para a regulação do SUS os serviços contratualizados, de acordo com as pactuações loco-regionais;

V - garantir o direito do usuário ao acompanhante e à visita aberta, dispondo de condições técnicas, humanas e de ambiência;

VI - adotar programa de acolhimento com protocolo de classificação de risco quando dispuser de serviço de urgência e emergência ou maternidade;

VII - garantir os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e equipamentos de acordo com o porte e perfil assistencial do hospital, com no mínimo:

a) patologia clínica, dentro ou fora do ambiente hospitalar, com coleta no hospital;

b) radiologia simples no ambiente hospitalar;

c) acesso a eletrocardiografia;

d) acesso a ultrassonografia;

e) acesso a endoscopia digestiva;

f) equipamentos e insumos para suporte avançado de vida e transporte seguro;

g) Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tipo II ou tipo III, conforme disposto na Portaria nº 3.432/GM/MS, de 12 de agosto de 1998, ou acesso garantido à UTI, conforme pactuação loco-regional;

h) assistência farmacêutica, assistência nutricional, processamento e esterilização de roupas e materiais, transporte sanitário, higiene e limpeza, e demais serviços assistenciais e de apoio, próprios ou terceirizados, conforme normas vigentes; e

i) equipe multiprofissional compatível com o porte e perfil assistencial do hospital, segundo o regramento vigente;

IX - manter o prontuário único dos pacientes padronizados e com registros completos;

X - atualizar de forma regular e sistemática os sistemas de alimentação obrigatória do SUS; e

XI - garantir a implementação das seguintes ações de segurança do paciente:

a) ter implementado Núcleo de Segurança do Paciente;

b) ter elaborado um Plano de Segurança do Paciente;

c) manter ativa a Notificação de Eventos Adversos (Notivisa);

d) ter, no mínimo, implementados os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos; e

e) desenvolver um plano de implantação dos demais protocolos, de acordo com o perfil assistencial da instituição, a ser implementado no prazo máximo de 02 (dois) anos.

CERTIFICAÇÃO DE HE 1 PARA HUGO

Os requisitos gerais e específicos de para serem certificados como HE, deverá ser definida, de acordo com suas características, a sua tipologia, que pode ser:

I - Hospital de Ensino Tipo I (HE-I); ou

II - Hospital de Ensino Tipo II (HE-II).

Para ser certificado como HE-I, o hospital deverá:

I - abrigar, quando demandado por instituição de ensino do Município ou Região de saúde, em caráter permanente e contínuo, as atividades curriculares da totalidade dos alunos em internato médico curricular obrigatório por área de atuação ou, no mínimo, 20 (vinte) alunos respeitando carga horária de até 35% (trinta e cinco por cento) do total de horas do curso, conforme definido nas diretrizes curriculares do curso de medicina;

II - ser cenário de prática para atividades hospitalares da residência de medicina geral de família e comunidade, em caso da existência de programa de residência no Município ou na Região de saúde;

III - ofertar, em caráter permanente e contínuo, pelo menos 2 (dois) programas de residência médica, próprios ou conveniados, em áreas prioritárias para o SUS, com número mínimo de vagas anuais no percentual de 8% (oito por cento) de seu número total de leitos operacionais; e

IV - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando-se o mínimo de:

a) 1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um) preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes; e

b) 1 (um) preceptor para cada 12 (doze) alunos de internato, de acordo com a legislação vigente.

Quando o hospital não possuir programas de residência médica e, comprovadamente, servir de campo de prática para o projeto de expansão dos cursos de medicina, este terá até 2 (dois) anos a contar da data da visita de certificação para implantá-los, sob pena de cancelamento da certificação.

Quando se tratar de hospital especializado ou maternidade, este deverá ofertar cursos de residência de acordo com sua área de atuação.

DA SOLICITAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO DE HE

Para solicitar a certificação como HE, o HUGO deverá encaminhar ofício à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAHU/SAS/MS) contendo os seguintes dados:

I - nome do estabelecimento hospitalar;

II - número do registro do estabelecimento hospitalar SCNES;

III - nome do responsável pela solicitação da certificação;

IV - nome e número do CPF do responsável pela HE; e

V - e-mail, telefones e contatos do responsável pela solicitação da certificação.

- Após o recebimento do ofício de que trata o art. 11, a CGHOSP/DAHU/SAS/MS encaminhará ao estabelecimento hospitalar solicitante o endereço eletrônico ("link") do Sistema FORMSUS, para preenchimento do formulário e declarações anexas que serão assinadas pelo dirigente do estabelecimento hospitalar.
- O formulário de que trata o "caput" será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação, que verificará o cumprimento dos requisitos gerais e específicos fixados pelos arts. 5º e 6º.
- Após a verificação de que trata o § 1º, no caso de adequação, será agendada visita ao estabelecimento hospitalar solicitante para verificação "in loco" do atendimento aos requisitos gerais e específicos, fixados pelo arts. 5º e 6º, e das exigências para definição da tipologia do HE como HE-I ou HE-II, e requisitos adicionais.
- Os documentos comprobatórios originais de cumprimento dos critérios exigidos deverão ser apresentados por ocasião da visita dos certificadores na forma do § 2º, e poderão ser requisitados para verificação a qualquer momento pelos Ministérios da Saúde e da Educação.
- A visita de avaliação ao estabelecimento hospitalar de que trata o § 2º será realizada pelo Grupo Técnico de Certificadores dos Ministérios da Saúde e da Educação, gerando relatório de visita, que posteriormente será analisado pela Comissão

Interministerial de Certificação de Hospitais de Ensino, a qual deverá emitir parecer conclusivo.

- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer favorável à certificação como HE, será editado ato específico dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação certificando o estabelecimento de saúde como Hospital de Ensino.
- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda ao estabelecimento hospitalar parecer indicando um Termo de Ajuste, o estabelecimento hospitalar deverá, dentro do prazo estabelecido, atender às pendências listadas.
- O Termo de Ajuste somente poderá ser indicado em processos de renovação da certificação e quando houver pendências passíveis de solução até o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias após emissão do parecer.
- A documentação comprobatória ao cumprimento das pendências de que trata o § 6º deverá ser enviada à CGHOSP/DAHU/SAS/MS, para análise e encaminhamentos.
- O não atendimento ao Termo de Ajuste no prazo definido pela Comissão implicará no cancelamento imediato e automático da certificação da instituição.
- Caso a Comissão Interministerial de Certificação conceda parecer desfavorável à certificação como HE, o estabelecimento hospitalar, caso comprove que as pendências que motivaram o parecer desfavorável foram sanadas, poderá solicitar novamente sua certificação como HE, dando início a um novo processo.

DA DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA

A documentação relacionada ao cumprimento dos requisitos gerais, específicos, e relacionada à definição da tipologia do HE, deverá estar disponível para verificação no estabelecimento hospitalar, por ocasião da visita do Grupo Técnico ou, a qualquer tempo, por solicitação da Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

O cumprimento dos requisitos gerais de que será analisado pela Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino através do SCNES e de outros meios que considerar pertinente.

O estabelecimento hospitalar deverá informar os dados de identificação da(s) Instituição(ões) de IES a que esteja vinculado à Comissão Interministerial de Certificação dos Hospitais de Ensino.

Os requisitos serão comprovados através da seguinte documentação:

I - cursos de graduação, pós-graduação, residências médicas e residências em áreas profissionais da saúde:

a) relação nominal de alunos e grade curricular do internato em medicina e outros cursos, especificando locais, duração e serviços onde cada estágio se realiza, emitidos pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

b) relação dos alunos matriculados no(s) curso(s) de pósgraduação "stricto sensu", com seu(s) respectivo(s) conceito(s) na CAPES, e descrição das atividades que são desenvolvidas no hospital, emitida pelo coordenador do programa de pós-graduação;

c) lista nominal dos residentes, médicos ou em área profissional da saúde, matriculados por ano, nos respectivos programas especificando locais, duração e serviços das atividades, emitida pelo Coordenador de Residência Médica ou em Área Profissional da Saúde local;

II - docentes e preceptores:

a) relação dos docentes e preceptores de residência médica, por programa, com titulação e vínculo institucional emitida pela Comissão de Residência Médica (COREME), com a respectiva carga horária de dedicação ao ensino e ou preceptoria da residência; e

b) descrição do acompanhamento docente nas atividades na unidade hospitalar para estudantes de graduação em medicina e das outras áreas da saúde, de pós-graduação, com relação dos nomes, titulação e carga horária, emitida pela(s) coordenação(ões) do(s) curso(s);

III - Comissões Assessoras:

a) atas das reuniões das respectivas Comissões Assessoras nos últimos 12 (doze) meses; e

b) relatório gerencial das comissões, com metas e indicadores acompanhados nos últimos doze meses;

IV - papel no sistema de saúde, políticas prioritárias e regulação do acesso:

a) documento que defina o papel do hospital no sistema loco-regional de saúde, forma de contratualização, formas de regulação do acesso, mecanismos de referência e contra-referencia com os demais pontos de atenção da RAS; emitida pelo gestor local do SUS;

b) descrição da participação do hospital nas políticas prioritárias do Ministério da Saúde e da rede loco-regional de saúde, incluindo a forma de participação nas redes temáticas de atenção à saúde, estando ou não inserida em plano de ação regional/PAR específico, emitida pelo gestor local do SUS;

c) comprovação de atividades de cooperação técnica de ensino e pesquisa com o SUS, emitidos pelo gestor local do SUS; e

d) cópia do contrato/convênio e seus aditivos com metas pactuadas com o gestor local regional para o estabelecimento hospitalar e Plano Operativo Anual;

V - serviço de urgência e emergência: documento que comprove a implantação de Acolhimento com Classificação de Risco informando o protocolo utilizado, quando contar com Serviço de Urgência e Emergência ou Maternidade, emitido pelo Diretor do hospital;

VI - garantia aos direitos do usuário: documento emitido pelo estabelecimento hospitalar informando:

a) regras praticadas para as visitas;

b) regras praticadas para acompanhantes para crianças, idosos e gestantes; e

c) aos usuários, os horários praticados para a visita aos pacientes, as normas utilizadas para a permanência de acompanhantes e a política adotada para o atendimento aos casos obstétricos; e VII - segurança do paciente:

a) documento ou ato normativo que institui o Núcleo de Segurança do Paciente nos termos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Nº 36, de 25 de julho de 2013; e

b) Plano de Segurança do Paciente implementado ou em processo de implementação.

Os critérios adicionais de que trata art. 10 serão comprovados através da seguinte documentação:

I - critério adicional I:

a) cópia do convênio/contrato de cooperação entre o estabelecimento hospitalar e as IES para desenvolvimento das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de ensino e pesquisa;

b) descrição dos mecanismos organizacionais para gestão das atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa e ensino no estabelecimento hospitalar;

c) projeto institucional para o desenvolvimento de atividades de avaliação de tecnologias em saúde e de pesquisa no estabelecimento hospitalar e na IES;

d) relação de grupos de pesquisa, pesquisadores e linhas de pesquisa desenvolvidas no estabelecimento hospitalar nos últimos dois anos; e

e) relação de projetos financiados por agências de fomento públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, relação de avaliação de tecnologias em saúde, das pesquisas concluídas e das publicações dos últimos dois anos;

II - critério adicional II:

a) descrição da estrutura física utilizada para ensino na unidade hospitalar, salas de aula com sua capacidade e equipamentos disponíveis, emitido pela direção do hospital;

b) descrição das instalações da biblioteca da unidade hospitalar e/ou IES conveniada e dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, emitido pela direção do hospital ou da IES; e

c) descrição dos portais virtuais acessíveis pelos residentes e alunos, no âmbito da unidade hospitalar, emitido pela direção do hospital;

III - critério adicional III: documento emitido pela COREME comprovando a adoção de critérios estabelecidos pelo PROVAB nos exames de ingresso aos programas de residência oferecidos pelo estabelecimento hospitalar;

IV - critério adicional IV: descrição dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS praticados no hospital com:

a) acolhimento e rede: informar o protocolo utilizado e tempos de espera para atendimento de acordo com o protocolo;

b) clínica ampliada: descrição do projeto de organização de módulos de cuidado e/ou unidades de produção do hospital com constituição de equipes multiprofissionais, projeto de implementação de Prontuário Integrado (único) executado ou em execução;

c) cogestão: descrição da composição, periodicidade de reuniões e pautas do colegiado geral ou de unidades;

d) ambiência: projeto cogerido de ambiência executado ou em execução;

e) valorização do trabalho e do trabalhador: programas de prevenção de riscos no processo de trabalho executado ou em execução; e

f) defesa dos direitos dos usuários: serviço de Ouvidoria implementado;

V - critério adicional V:

a) mapa dos riscos assistenciais descritos e gerenciados nos diferentes processos de trabalho do estabelecimento hospitalar; e

b) relatório sobre os programas para a garantia da Segurança Assistencial com indicadores e ações de melhorias desenvolvidas, contemplando minimamente, entre outras que se apliquem ao funcionamento da unidade hospitalar em questão:

1. as iniciativas institucionais relacionadas à identificação correta dos pacientes;
2. administração e guarda segura dos medicamentos;
3. segurança dos procedimentos cirúrgicos;
4. prevenção de quedas;
5. prevenção de úlceras por pressão;
6. registros adequados e seguros nos prontuários dos pacientes;
7. higienização das mãos;
8. prevenção de infecções; e
9. gerenciamento dos resíduos de saúde;

VI - critério adicional VI:

a) rotinas operacionais, fluxos e resultados das ações em vigilância epidemiológica e controle de infecções no estabelecimento hospitalar, conforme legislação vigente;

b) rotinas operacionais das áreas de hemovigilância, tecnovigilância e farmacovigilância, padronização de medicamentos e avaliação de tecnologias em saúde (ATS) ou relatório da gerência de risco do hospital; e

c) rotinas operacionais das áreas de vigilância em saúde do trabalhador;

VII - critério adicional VII: relação dos programas institucionais de desenvolvimento de recursos humanos e de educação permanente, descrevendo o setor responsável no estabelecimento hospitalar ou na IES com relatório de ações anteriores com proposta para o exercício vigente, incluindo a relação nominal dos participantes;

VIII - critério adicional VIII: Relatório emitido pela direção com análise crítica dos resultados dos indicadores de gestão adotados no hospital e relatório gerencial sobre o comportamento dos programas institucionais direcionados para a qualidade hospitalar; e

IX - critério adicional IX: regimento interno com descrição do organograma do hospital, lista de constituintes de seus colegiados gestores e atas das cinco últimas reuniões. Parágrafo único. Caso julgue necessário e pertinente, a Comissão Interministerial de Certificação solicitará outros documentos necessários à comprovação dos requisitos gerais, específicos dos critérios para a classificação segundo a tipologia do HE e dos critérios adicionais.

CHECKLIST PARA IMPLANTAÇÃO DA CERTIFICAÇÃO NO HUGO PROPOSTA PELA GESTÃO DO ICEM:

1. Levantar todos os documentos necessários para busca da certificação
2. Produzir as documentos possíveis ao atendimento
3. Validar todo os documentos produzidos e dispor para o setor de qualidade divulgar;
4. Programar treinamento da equipe envolvida a execução das atividade apelo departamento do DEPE;
5. Certificar a equipe treinada pelo DEPE;
6. Monitorar a execução dos documentos e fluxos com indicadores de qualidade validados pela "comissão de educação" que será implantada pela nova gestão composta por membros do RH, setor de qualidade e DEPE;
7. Com equipe treinada, documentos validados e indicadores alcançados em no mínimo 80% será solicitado pela gestora ICEM a certificação pela equipe do MEC;
8. Para a visita será garantido pela gestora todos os mecanismos necessários;
9. Em fase de existirem alguns ajustes e ou adequações apontados pelo órgão certificador, garantiremos a execução dos mesmos dentro dos prazos estabelecidos.

O ICEM tem o compromisso de valorizar e fomentar o ensino, pesquisa e extensão na unidade HUGO para isso, garantirá com incrementos de estrutura tecnológica, RH e estrutura física para dar condições da certificação de HE

8 QUALIDADE SUBJETIVA

8.1 ACOLHIMENTO

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários.

Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Paradigma

Constatar os problemas de saúde e tomá-los como desafio, não é suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito e patrimônio público da sociedade".

É preciso restabelecer no cotidiano o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a consequente constituição de vínculos entre os profissionais e população. empenhando se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa. e: afirmação: de uma vida digna de ser vivida seja adotada como lema.

Tradicionalmente a noção de acolhimento no campo da sido identificada ora com uma dimensão espacial, recepção administrativa e ambiente confortável; ora com uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos,

Ambas as noções têm sua importância, entretanto: quando tomadas. isoladamente os processos de trabalho em saúde se restringem ação e descomprometida com os processos de responsabilização de produção de vínculo. Neste funcionamento o objetivo principal é o repasse do problema tendo Como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades.

Desdobra se daí a questão do acesso comumente trabalhado a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco e agravo, o funcionamento de agendas restritivas dos profissionais de saúde funcionando a moda privada de clientela cativa e num modelo médico centrado, sem ação de vínculo e responsabilidade, principalmente num HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) de referência para Doenças.

Este funcionamento demonstra a lógica perversa no qual a grande parte dos serviços de saúde vem se apoiando para o desenvolvimento do trabalho cotidiano. Lógica esta, que tem produzido falta de estímulo dos profissionais, arranjos desagregadores para suprir a falt de uma remuneração justa, a precarização da capacitação técnica pela não inserção do conjunto de profissionais ligados à assistência, a não integração de diferentes setores e projetos e a não articulação com a rede de serviços no sistema de referência e contra referência

O que vemos é que este funcionamento tem produzido sofrimento e precarização da vida não só dos usuários, mas também dos profissionais de saúde,

A reversão deste processo nos convoca a acolher o desafio de construirmos alianças éticas com a produção da vida e traçar nestas a coprodução de compromissos singulares reativando o protagonismo dos sujeitos, usuários e profissionais de saúde. Não há como constituir se como sujeito e agir como tal, fora das estratégias de constituição das subjetividades que cada contexto oferece, o Acolhimento como estratégia de interferência nos processos de trabalho.

Assim, o Acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que se constrói em meio a imperativos de necessidade, de direito e da solidariedade humana. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ações que devem ocorrer em todos os locais e momentos da Unidade.

Colocar em ação o acolhimento como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde e implica:

Numa reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional, encarregada da escuta e resolução do problema do usuário.

Em mudanças estruturais na forma de gestão da unidade ampliando: Os espaços democráticos de discussão/decisão, os espaços de escuta, as trocas e decisões coletivas.

Uma postura de escuta e compromisso de dar respostas às necessidades dê saúde. trazidas pelo usuário.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas as pessoas que procuram a unidade, deverão ser acolhidas por profissionais capacitados. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema.

Neste funcionamento o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e capilariza se em inúmeras outras ações, que partindo do complexo encontro do sujeito profissional de saúde e do sujeito demandante, possibilita analisar:

- A adequação da área física.
- As formas de organização dos serviços de saúde.
- A governabilidade das equipes locais.
- A humanização das relações em serviço.
- Os modelos de gestão vigentes na unidade de saúde.
- O ato da escuta.
- O uso ou não de saberes para melhoria da qualidade das ações de saúde e o quanto estes saberes estão a favor da vida.
- O Acolhimento como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e produção de saúde.
- O Acolhimento como dispositivo tecno assistencial é disparador de reflexões e mudanças nos modos de operar a assistência, pois interroga as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acessibilidade. Tais indagações, quando acolhidas e transformadas em invenção de novos modos de se produzir a assistência e a "si" como profissional de saúde objetivam:
- A melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde mudando a forma tradicional de entrada por filas e ordem de chegada.
- A humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários em relação a forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, uma abordagem integral a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- O aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e complementaridade das atividades exercidas por categoria, buscando o atendimento por tipos apresentados, complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

- O aumento da responsabilização dos profissionais de saúde, em seu contexto existencial e elevação dos coeficientes de vínculo e confiança entre eles.
- A operacionalização de uma clínica afiliada .
- A diminuição de riscos relacionados: ao tempo. do atendimento na intervenção em casos de maior necessidade.
- O aumento da satisfação do paciente.

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



8.1.1.1 Manual de Recepção e Orientação Social Para Pacientes e Familiares

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação como a seguir:

"Prezado(a) Paciente",

Esperamos que sua estada conosco seja breve e que tenha pronta recuperação. A finalidade deste manual é procurar orientá-lo e ao seu acompanhante sobre as rotinas da

Unidade Assistencial de Saúde, dos procedimentos habituais e dos serviços disponíveis, para seu conforto e segurança durante sua permanência conosco.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

O paciente em sua unidade saúde, após atendimento terá sua solicitação, e devidas documentações emitidas, será disponibilizado no sistema de regulação,

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) de acordo com seu fluxo de atendimento estabelecido, abre atendimento ao paciente;

A equipe entra em contato, ou via sistema on-line, o paciente agenda seu atendimento;

A equipe entra em contato confirma os dados, do paciente, confirma tipo de atendimento que será disponibilizado, informa, quando for caso do transporte gratuito de pacientes dos municípios da macrorregião atendida, bem como data horários e aspectos prévios necessários a serem seguidos pelo paciente, para atendimento de consultas, exames, tratamentos terapêuticos e/ou cirurgias de pequeno porte, quando este for o caso. A equipe informa ainda os canais, telefone, internet sistema, email, para dirimir qualquer duvida do paciente, informará como está estruturado o funcionamento do setor que o paciente terá acesso.

O paciente chega à Unidade.

O paciente ou acompanhante dirige se a recepção.

O Auxiliar Administrativo da recepção realiza o cadastro dos dados de identificação do paciente no sistema, imprime o citado documento, e entrega ao paciente/ acompanhante e solicita que o paciente se dirija ao Acolhimento.

O enfermeiro realiza o Histórico de Enfermagem e o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco) com o apoio do Técnico de Enfermagem.

Nota 01: Os pacientes com dificuldade de locomoção deverão dirigir se ao consultório de Enfermagem enquanto o acompanhante providencia o cadastro dos dados de identificação do mesmo.

A classificação de risco é feita baseada nos seguintes dados:

- Situação/Queixa/Breve histórico (relatado pelo próprio paciente, familiar ou. testemunhas)
- Uso de medicações.
- Verificação de sinais vitais.
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos
- Verificação da glicemia, eletrocardiograma se necessário.
- O enfermeiro encaminha pacientes de acordo com o grau de necessidade e tempo terapêutico.
- O médico realiza a história da doença.
- O médico registra a hipótese diagnóstica
- O médico solicita exames quando necessário.
- O médico define a conduta médica.
- O enfermeiro evolui o paciente, apraza as medicações e presta os cuidados de enfermagem necessários com o apoio do técnico ou auxiliar de enfermagem.
- O médico reavalia o paciente e atesta a sua alta conforme condições clínicas.

RESPONSABILIDADES

Auxiliar Administrativo da recepção:

- Coletar dados para cadastro elou identificação,
- Imprimir o Formulário de Atendimento.
- Orientar o paciente/ acompanhante a dirigir se ao Acolhimento.

Equipe de Enfermagem:

- Realizar o Histórico de Enfermagem.
- Realizar o Diagnóstico de Enfermagem (Classificação de Risco).
- Realizar a Evolução de Enfermagem.
- Realizar as anotações dos cuidados prestados ao paciente.
- Viabilizar exames e procedimentos.
- Orientar a alta ambulatorial.

Equipe Médica

- Levantamento da História da Doença.
- Realizar a Hipótese Diagnostica.

- Solicitar exames quando necessário.
- Definir a conduta médica.
- Reavaliar a conduta estabelecida e evolução do paciente.
- Atestar a alta ambulatorial

Serviço Social

- Esclarecer e orientar os pacientes/acompanhantes sobre seus direitos.
- Orientar os pacientes/acompanhantes sobre as normas e rotinas da instituição.
- Viabilizar a realização de exame.
- Solicitar ambulância para transporte dos pacientes.
- Apoiar e acolher os familiares.
- Segue abaixo o fluxo do pronto atendimento:

ATENDIMENTO MÉDICO E ENFERMAGEM

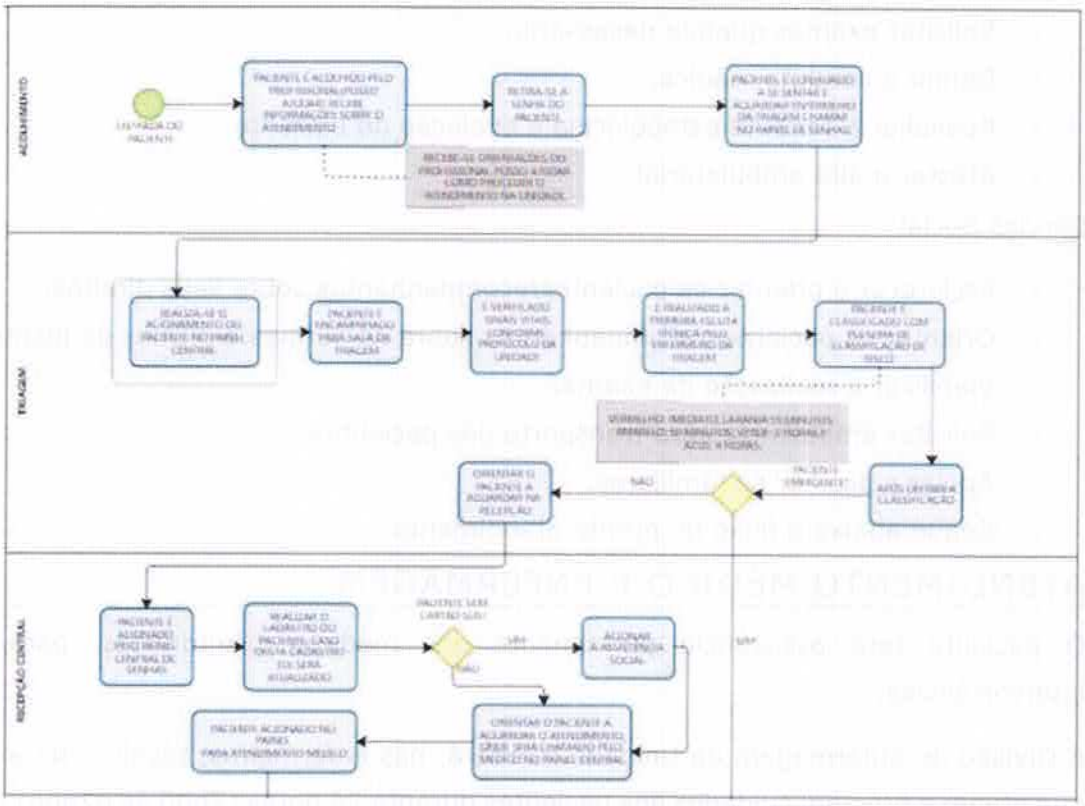
O paciente terá assistência permanente dos médicos plantonistas, para eventuais intercorrências.

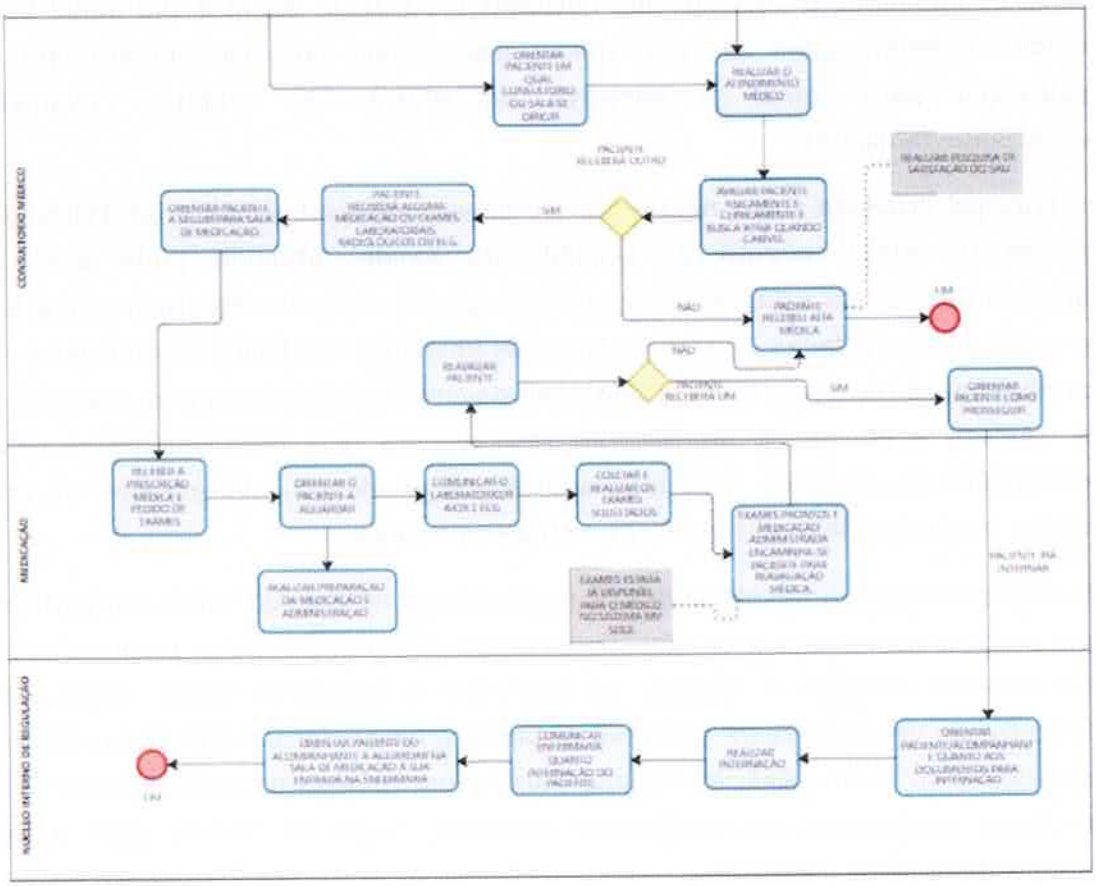
A Divisão de Enfermagem da Unidade manterá, nas enfermeiras, técnicos de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes durante 24 horas (7h00 às 07h00) de segunda a segunda - feira de forma ininterrupta.

Os cuidados de Enfermagem serão prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizada será também, responsável pela execução da prescrição médica.

É vedada a interferência de acompanhantes/visitantes na assistência e na enfermagem do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

Segue abaixo o fluxo do atendimento:


ACOLHIMENTO
TRIAGEM
RECEPÇÃO CENTRAL
NÃO
SIM



ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES

Os critérios para eleger o usuário e os familiares para apoio psicológico e assistência social serão definidos pelo médico responsável pelo caso, sendo informado ao Diretor Técnico quando houver dúvidas sobre o procedimento a ser adotado.

A definição do atendimento psicossocial ao usuário e familiares será formada por meio de iniciativa do médico responsável pelo paciente ou a partir de Sugestão orientação da enfermagem, que são os profissionais que estão intimamente envolvidos com o .paciente e familiares e podem avaliar com mais exatidão a necessidade de tal tipo de apoio psicológico.

A orientação social também será fruto da iniciativa do médico; basicamente podendo a equipe de enfermagem contribuir com sugestões para a atuação da equipe de assistência social a partir de observações das atitudes do paciente e familiares.

Caso os familiares e paciente não necessitem de apoio social e sim apoio psicológico o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionará a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, Com o:pacientevfamiiiates,

A principal proposta é que haja um profissional Assistente Social e um Psicólogo todos os turnos de funcionamento da Unidade de Saúde, atuando junto aos cidadãos e acompanhantes nas salas de espera da emergência de forma integrada com o Ambulatório e todas as modalidades de atendimento das unidades, em busca de qualidade da atenção, acolhimento e recepção. Estes profissionais deverão ter autonomia para executar, coordena e conduzir a equipe de profissionais responsáveis pela recepção destes cidadãos que demandam as unidades, para uma atenção de excelência, que garanta um atendimento digno, acolhedor, humanizado e resolutivo ao paciente.

O Serviço Social e a Psicologia de um modo geral e na área da saúde em particular, atuam em parceria com outros profissionais. Os profissionais devem estar preparados para tender os diversos conflitos e orientar os pacientes e familiares como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos pacientes.

A atuação do psicólogo abrange a assistência psicológica aos pacientes/familiares, em situações de crise e em emergência, pelo apoio e orientação e pelas psicoterapias breve inclui também a interação em outras situações e oportunidades e o desenvolvimento de uma comunicação própria com os usuários, isto favorece a prevenção, evitando o agravamento e a permanência de determinados problemas que venham a interferir na interação com os demais profissionais e refletir na adesão tratamento

Estas serão as principais atividades desenvolvidas pelo apoio psicossocial nas unidades de saúde, ambulatórios:

Promover uma abordagem de qualidade (informações precisas), humanizada e respeitosa ao se dirigir ao cidadão ou a seu acompanhante.

Abrir espaço para escuta, acolhimento, informações, orientações e encaminhamento resolutivo.

Esclarecer direitos e deveres dos cidadãos [acompanhantes.

Trabalhar junto ao cidadão/ acompanhante a importância da estratégia do Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco, no sentido de salvar vidas.

Trabalhar a importância do papel do acompanhante no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes,

Integrar todos os setores no processo de assistência humanizada aos pacientes e acompanhantes.

Melhorar a interação entre as equipes responsáveis pelo agendamento dos cidadãos, visando o conforto do paciente, durante sua permanência na Unidade de Saúde.

Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e psicológicos com fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da Unidade.

Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros.

Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade de saúde.

Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica).

Contatar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes.

Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral.

Fornecer assistência psicológica aos familiares em caso dê óbito.

Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento.

Contatar por telefone elou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas.

Orientar os familiares elou paciente sobre a importância e necessidade de doação de sangue.

Inserir usuários especiais ria rotina, após a avaliação do caso.

Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, ;riscos e agravos para o tratamento médico.

Reforçar a importância de campanhas e multidões que a unidade de saúde realizar.

Executar demais atividades afins,

Para melhor desempenho do trabalho faz se necessário: que o profissional de Serviço Social tenha como perfil:

Ser dinâmico/ proativo. Ter boa aparência.

Ser resolutivo/ser pontual.

Ser educado/ Simpático/ Receptivo

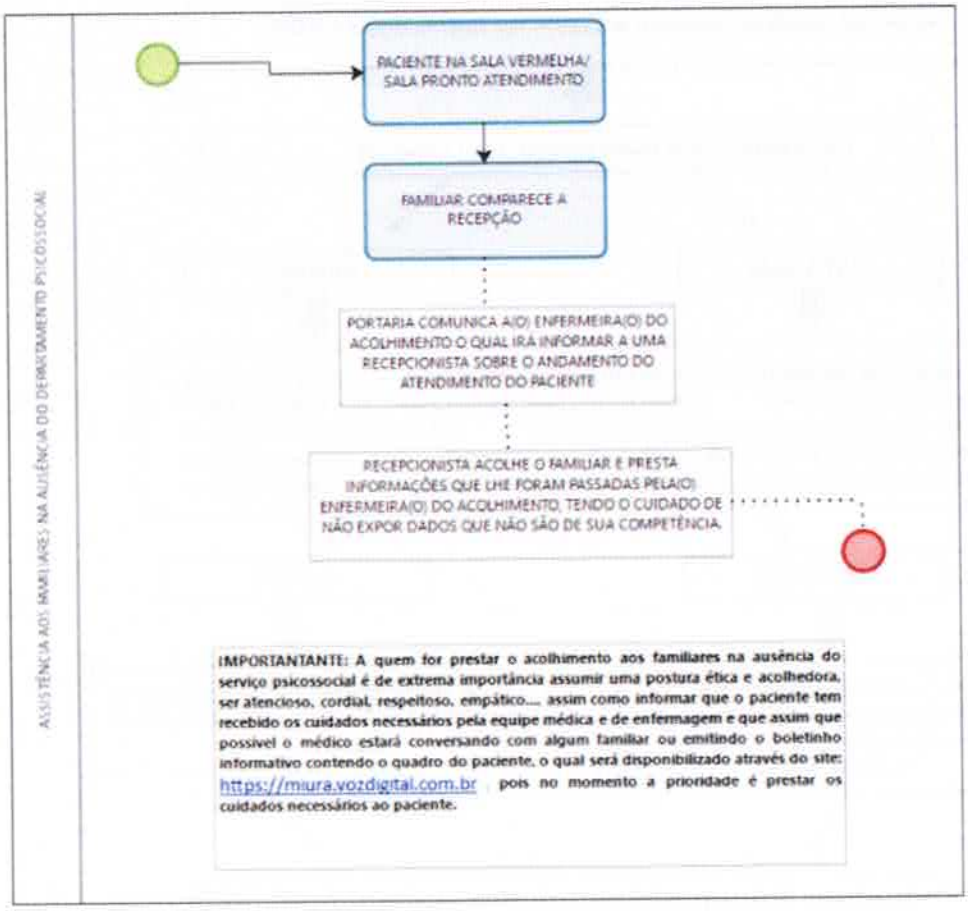
Saber fazer abordagem de forma adequada.

Ter pontualidade

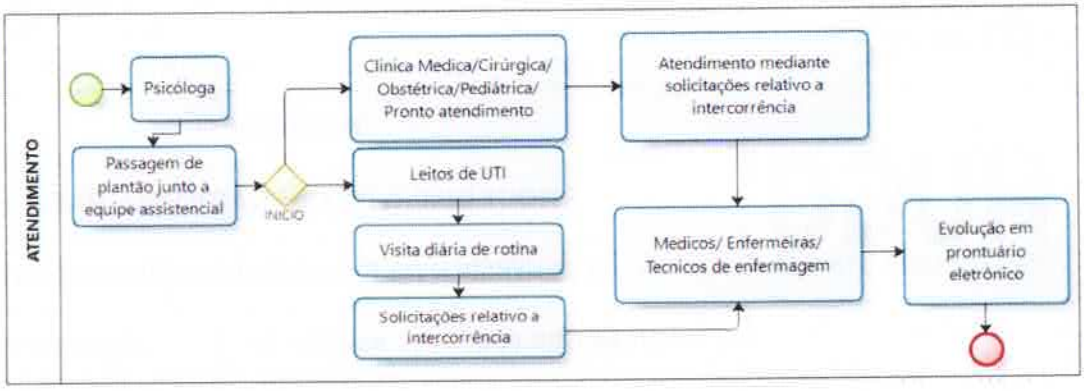
Ser articulador (articular a equipe para soluções de problemas)

• Ser acolhedor (visão humanizada).

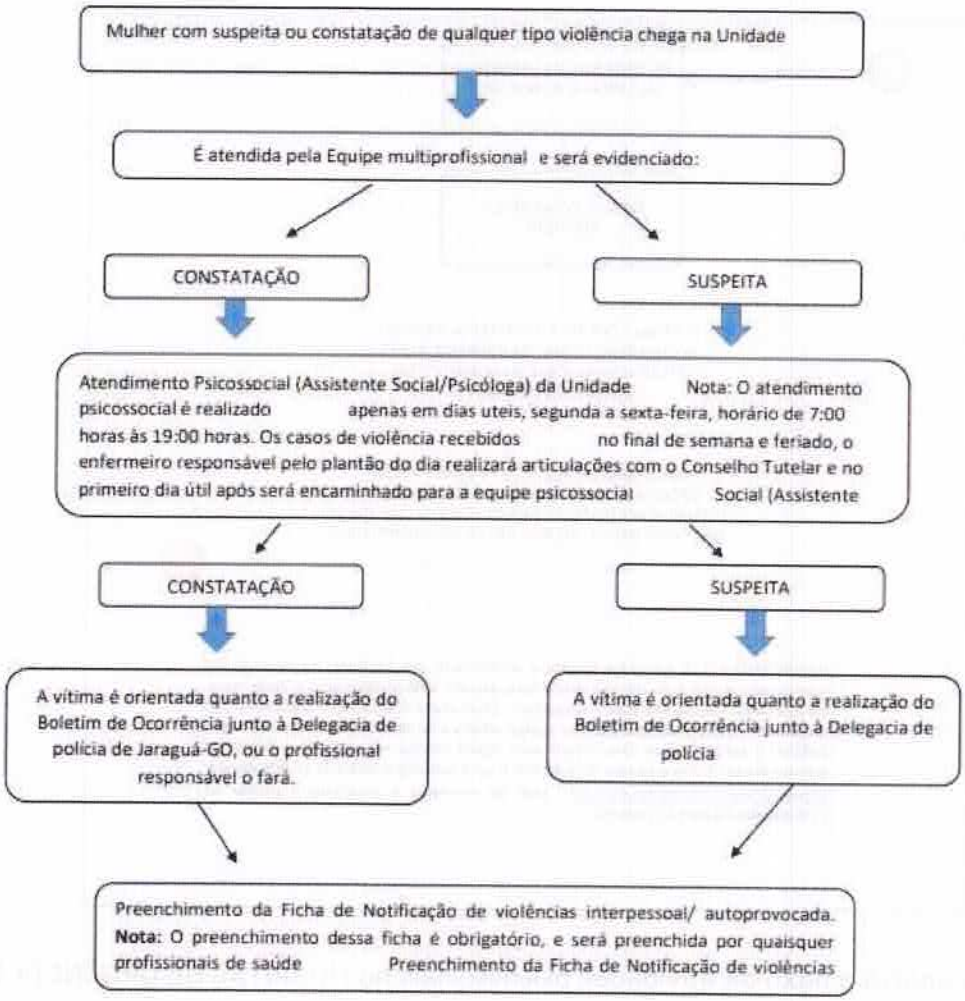
Segue abaixo o fluxo de assistencia psicossocial na ausência do departamento psissocial:



Segue abaixo o fluxo de atividades psicossociais no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :



Segue abaixo o fluxo de assistência social para violência da mulher:



PROTOCOLO RECEPÇÃO ATENDIMENTO E CADASTRO E VISITANTES

HUGO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS	RECEPÇÃO		
	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		
	ATENDIMENTO E CADASTRO DE VISITANTES		
	POP.RECEP.006	Revisão: 01	Vigência: 18/11/2024

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de atendimento de visitantes, contribuindo para os protocolos de segurança no acesso à Unidade.

2. DEFINIÇÕES

Não Aplicável.

3. SIGLAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva
MV PORTARIA
GTAE – Grupo Tático de Ações e Escolta
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

4. APLICAÇÃO

Recepção Social

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

N°	Entrega de senhas	Agente Executor
1	Receber o visitante cumprimentando-o gentilmente e com presteza, falando em tom audível e compreensível, sempre utilizando o tratamento Senhor (a).	"Posso Ajudar" Ambulatorial
2	Retirar a senha para atendimento à Visitante e orientá-lo a aguardar sempre que possível sentado, para chamada pelo painel de senhas. Visitantes à pacientes em UTI's deverão ser orientados que não necessitam de senha, e aguardar sempre que possível, sentado para chamada conforme UTI para seu atendimento e identificação.	"Posso Ajudar" Ambulatorial
N°	**Atendimento e Cadastro de Visitantes**	**Agente Executor**

1	Receber o visitante cumprimentando-o gentilmente e com presteza, falando em tom audível e compreensível e sempre utilizando o tratamento Senhor (a).	Recepcionista
2	Recolher a senha, e identificar o motivo da visita, se administrativa ou à pacientes.	Recepcionista
3	Solicitar documento pessoal de identificação, com foto. É obrigatória apresentação, verificar se já existe cadastro no nome do visitante, se negativo proceder com o mesmo, caso tenha, conferir número de documento de identificação.	Recepcionista
4	**Visitantes Administrativos (Externos, Colaboradores):** Ao identificar qual o setor a ser visitado, entrar em contato para informar sobre a solicitação de ingresso, e buscar autorização para tal liberação. Realizar o cadastro no MVPORTARIA, informando **obrigatoriamente** o nome de quem autorizou a entrada. Imprimir a pulseira de identificação de cor **CINZA**, orientando-o a anexá-la na altura do peito no lado esquerdo, e que faça uso da mesma, durante todo seu tempo de permanência na Unidade, entregando-a ao vigilante na sua saída.	**Informação**
5	**Visitantes à Pacientes Internados em Enfermarias e UTI's:** Sendo permitida a entrada de 1 visitante por dia, tendo a visita a duração de 30 minutos. As visitas à pacientes nas Enfermarias acontecem as 3ª, 5ª e Sábados nos seguintes horários: **Enfermarias 2º Andar**: 15h30min às **Enfermarias 3º Andar:** 16h00min às **Enfermarias 4º Andar:** 16h30min às	**Informação**

	As visitas à pacientes em UTI's ocorrem de 2ª a 6ª nos seguintes horários: **Visitantes à Pacientes Internados em UTI's** **UTI's 1 e 2:** Das 14h30min às 15h00min **UTI's 3 e 4**: Das 15h00min às 15h30min **Visitas Religiosas**: São permitidas de Segunda à Sexta: 17h00min. Finais de Semana: 14h00min. A identificação do visitante religioso ocorrerá mediante apresentação de documento próprio de identificação e da instituição religiosa; exceções em caso iminente de morte, a Coordenação do andar deverá ser comunicada se o mesmo não apresentar o documento da instituição religiosa. O visitante deverá aguardar a liberação da equipe médica; e/ou assistencial para ingresso. Registrar a entrada no MVPORTARIA, imprimindo a pulseira de identificação de cor CINZA e orientando a inseri-la conforme protocolo	
6	Realizar a chamada para os visitantes das UTI's 1 e 2 as 14h00min. Realizar a chamada para os visitantes das UTI's 3 e 4 às 14h30min	Recepcionista
7	Orientar e auxiliar os visitantes a dirigirem-se ordeiramente em fila aos guichês 1 e 2 com o documento de identificação em mãos.	Recepcionista "Posso Ajudar"
8	Realizar o cadastro no MVPORTARIA, imprimir a pulseira de identificação de **cor cinza,** entregá-la orientando que a insira no punho do membro superior direito, e na impossibilidade deste, no esquerdo, e	Recepcionista

	que aguarde pelo acolhimento do serviço de Psicologia, orientado que ao término da visita, entregue sua pulseira de identificação ao vigilante.	
N°	**Restrições de visitas**	**Agente Executor**
1	Identificar através de informativo emitido pelas Gerências e Coordenações, as restrições de visitas à pacientes ou áreas administrativas, acionando imediatamente a Supervisão de Recepção e Apoio Operacional, caso haja intercorrências quanto a restrição. Visitas ao paciente apenado internado em leito de carceragem, só será permitida para o seu advogado após a apresentação do documento de autorização emitido pelo GTAE, e apresentação do documento de identificação com foto **(Carteira OAB - Obrigatória a apresentação).** Informar ao agente da carceragem, sobre a visita ao paciente apenado, informando o nome do visitante. Pacientes com mandado de prisão em aberto ou sob investigação, a visita pelo agente da Polícia Civil, será permitida após a apresentação de sua identidade funcional, pois este na maioria das vezes apresenta-se descaracterizado. Já para o agente da Polícia Militar fardado e em serviço, sua liberação é livre de identificação.	Recepcionista

6. AÇÕES CORRETIVAS

Falha/risco	Ação corretiva
Queda do sistema.	Os atendimentos serão realizados conforme os planos de contingência, que se apresentam sob forma de formulários a serem preenchidos, que se encontram em pasta acessível

	para os colaboradores. Após o restabelecimento do sistema, os dados deverão ser registrados no MVPORTARIA de forma fidedigna. Para visitantes externos, à pulseira de identificação, será anexada etiqueta com os seguintes descritores: NOME COMPLETO, SETOR A SER VISITADO, DATA DE ENTRADA. Já para visitantes à pacientes internados: NOME COMPLETO, NOME DO PACIENTE, Nº DO LEITO, DATA E HORA DA ENTRADA.
Queda de energia.	Os atendimentos serão realizados conforme os planos de contingência., que se apresentam sob forma de formulários a serem preenchidos, que se encontram em pasta acessível para os colaboradores Após o restabelecimento da energia, os dados deverão ser registrados no sistema MVPORTARIA de forma fidedigna. A pulseira de identificação será preenchida de forma manual em letra de forma maiúscula contendo os seguintes descritores: NOME COMPLETO, SETOR A SER VISITADO, DATA DE ENTRADA. Já para visitantes à pacientes internados: NOME COMPLETO, NOME DO PACIENTE, Nº DO LEITO, DATA E HORA DA ENTRADA.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Não aplicável.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Anita Teodoro dos Reis **Coordenadora Recepção**	05/05/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	18/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	18/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	18/11/2022	

Revisão N°	Motivo
01	Adicionar informações

PROTOCOLO ORIENTAÇÕES AOS ACOMPANHANTES NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

1. APRESENTAÇÃO:

- Em resposta à pandemia do novo Coronavírus – COVID – 19 – em 03 de fevereiro de 2020 o governo brasileiro o Ministério da Saúde, declarou estado de Emergência de

Saúde Pública e Importância Nacional (ESPIN) e, nos termos de Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID – 19) e considerando-se:

- as Recomendações para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde durante pandemia de covid-19 (M.S., BRASIL, 2020);
- a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 - Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2);

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) institui normativa para acompanhantes e visitantes de pacientes internados nesse hospital.

As seguintes orientações têm efeito imediato como medidas de prevenção.

OBJETIVOS:

Reduzir a circulação de pessoas, durante visitas e acompanhamento de pacientes;

Evitar aglomeração de pessoas;

Garantir a segurança dos pacientes, da população e dos profissionais.

ABRANGÊNCIA E APLICAÇÃO:

Unidades de internação, emergências, exceto Unidade de Cuidados Intensivos e Semi-intensivo Neonatais. Acompanhantes de pacientes internados

ACOMPANHANTES:

É autorizada a permanência de 01 (um) acompanhante **apenas** para pacientes:

1) com 60 anos de idade ou mais (conforme o Estatuto do Idoso- Lei 10741/03 art. 16); devido ao contexto da pandemia, **desde que apresente dependência.**
2) portadores de necessidades especiais;
3) no pré-parto (indução e trabalho de parto), parto, pós-parto imediato, podendo acompanhar a puérpera até o Alojamento Conjunto, quando deverá sair do hospital.

O acompanhante deve residir no mesmo domicílio da paciente (Ofício-Circular – SEI no. 17/2020/SUPRIN/HUUFSC-EBSERH).

4) menores de 18 anos (o acompanhante deverá ser pai, mãe ou o responsável);

Em casos de pacientes que não atenderem os critérios acima definidos, mas que a equipe assistente considere necessária a presença de um acompanhante (como pacientes com extrema dependência, doença psiquiátrica grave ou sofrimento emocional agudo, risco de suicídio, iminência de óbito) poderá ser liberada a presença de acompanhante. A equipe deverá registrar em prontuário e o enfermeiro de turno deve enviar email para o Serviço d Controle de Infecção Hospitalar: scih@hospitalGOIÂNIA.org.br contendo o nome do paciente, quarto, leito, motivos da necessidade de acompanhante e o nome dos profissionais da equipe que autorizou.

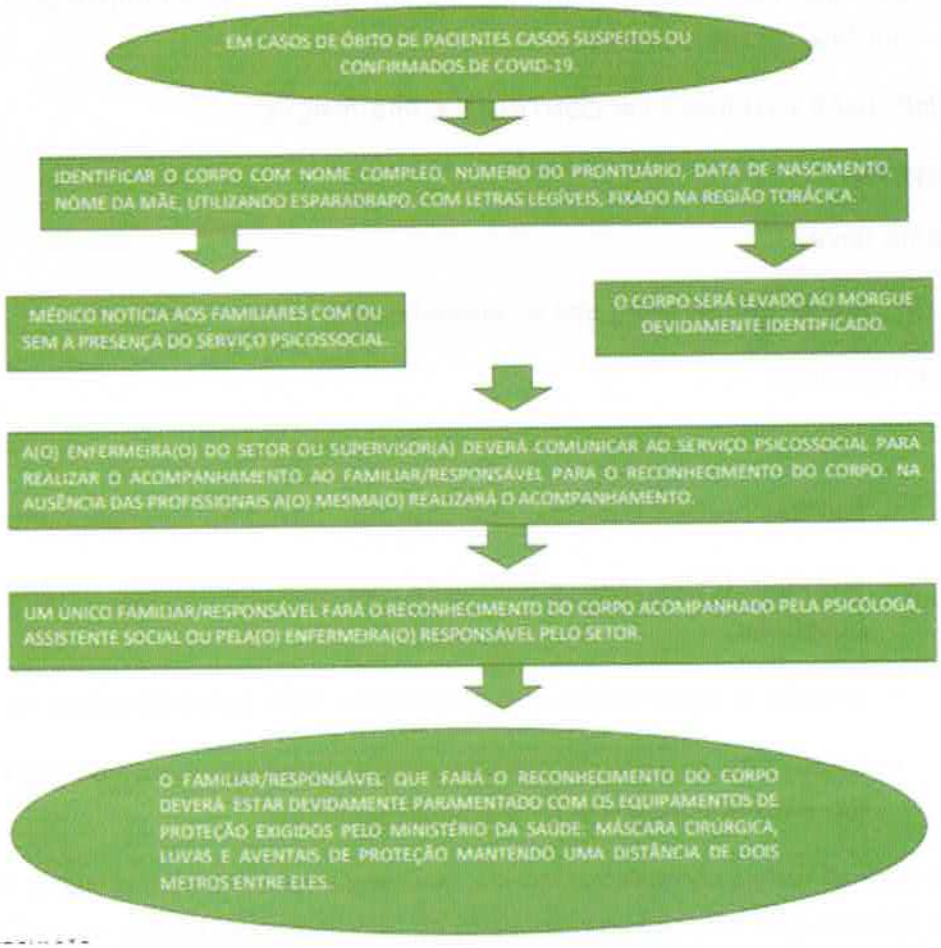
A autorização de acompanhante deve ser assinada pelo enfermeiro do turno.

A necessidade da permanência de acompanhante deve ser diariamente reavaliada.

Os profissionais de saúde devem estar alertas para identificar casos suspeitos da COVID19 entre os acompanhantes.

A troca de acompanhantes deverá ser realizada no mínimo a cada 12h;

Segue abaixo o fluxo de reconhecimento de corpo em casos suspeitos ou confirmados pela COVID-19:



As seguintes pessoas poderão ser acompanhantes:

1) Com idade entre 18 a 59 anos;

2) que não sejam portadoras de doenças crônicas consideradas de risco (ex. HAS, DM);

3) que estejam bem de saúde, sem sintomas como coriza, dor de garganta, tosse, febre, dor no corpo ou diarreia.

4) que não tenham tido contato próximo com pessoas com síndrome gripal ou infecção comprovada por SARS-CoV-2 nos últimos 14 dias.

5) que não estejam com infecção por SARS-CoV2 sintomática ou assintomática em fase de transmissão.

3. MEDIDAS INTERNAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO:

Na recepção.

O vigilante deve:

- medir temperatura dos acompanhantes;

Recepcionista deve:

- solicitar preenchimento e assinatura do termo do acompanhante;
- entregar folder com orientações aos acompanhantes durante a internação hospitalar;
- orientar a higienização com álcool gel a 70% antes de entrar no hospital;
- só permitir entrada de pessoas usando máscara. Caso não tenha trazido, deve ser entregue máscara para o acompanhante.

Pessoas com sintomas como febre, coriza, dor de garganta, tosse, mialgia, diarréia; ou que tiveram contato com pessoas com suspeita de COVID19 nos últimos 14 dias não podem ser visitantes ou acompanhantes.

Os acompanhantes deverão cumprir o Decreto Municipal Nº 21519 DE 29/04/2020, que torna OBRIGATÓRIA a utilização de máscaras **durante toda a permanência no hospital**. Acompanhantes que não aceitem usar máscara durante a internação devem ser **proibidos** de permanecer no hospital.

Na unidade de internação:

O acompanhante deve ser orientado a:

1) realizar higiene das mãos com álcool gel ou água e sabão antes e depois de tocar no paciente, leito ou áreas próximas do paciente.

2) informar imediatamente um profissional da equipe de saúde da unidade caso desenvolva sintomas.

3) permanecer junto do leito de seu familiar; não se aproximar de outros leitos e não ter contato físico com outros pacientes ou acompanhantes;

4) não circular pelas dependências do hospital; permanecer o menor tempo possível em áreas comuns, como refeitório, lanchonetes, etc.

5) manter os cuidados de higiene, unhas curtas, não usar adornos (brincos, anel, pulseira, colar, etc), manter cabelos presos;

6) evitar trazer sacolas e bolsas; se limitar ao mínimo necessário de pertences;

7) evitar aglomeração nas salas de recepção, nos corredores e nos quartos, respeitando a distância de 1 metro e meio entre as pessoas;

8) Não sair do quarto, como para receber visitas na área externa do hospitalar;

9) Higienizar o celular com produto de desinfecção disponibilizado pela instituição.

Quando houver necessidade de entrega de pertences dos pacientes internados sem acompanhantes, a mesma deve ocorrer preferencialmente no período das 11 às 16:45h. O técnico em secretariado ou um profissional da equipe de enfermagem da unidade assistencial **deve buscar os pertences na recepção de visitas**. Em hipótese alguma os pertences poderão ser deixados na recepção. O familiar deve aguardar que algum profissional da unidade possa retirar. A entrega dos pertences ao paciente será realizada diretamente pela equipe de enfermagem da unidade após higienização dos mesmos.

Qualquer dúvida, entrar em contato com enfermeiro do setor e/ou Chefe de Unidade.

Ao comparecer para consultas e exames, não trazer crianças para o âmbito hospitalar (ambulatórios, salas de recepção);

Não será permitido acompanhantes e/ou visitantes com quadro de infecção de vias aéreas superiores ou outra infecção.

6. HISTÓRICO DE REVISÕES

7. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO NOVO CORONAVÍRUS: (2019-nCoV). 1 ed. Brasil, 2020. 30 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020: Orientações para a prevenção da transmissão de covid-19 dentro dos serviços de saúde. (08/05/2020). BR,2020. 33 p

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

8.1.2.1 Introdução

O gerenciamento de risco consiste em medidas de controle e prevenção para evitar e reduzir a probabilidade de uma situação de perigo ou erro acontecer. Em instituições de saúde, uma falha pode levar a severas complicações ou até mesmo a morte do paciente. Na área da saúde, o gerenciamento de riscos tem a finalidade de implantar ações preventivas, corretivas e contingenciais para garantir eficácia e eficiência operacional e oferecer um serviço de saúde com qualidade e segurança ao paciente .

A Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 36, de- fine gestão de riscos da seguinte forma:*"(...)aplicação sistêmica* e *continua de políticas,* procedimentos, con*dutas* e recursos *na identificação, análise, avaliação, comunicação* e controle *de* riscos e *eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana , a* integri*dade profissional,* o meio *ambiente* e *a imagem* insti*tucional",* sendo esta uma definição importante a ser seguida no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).

A segurança assistencial é premissa no atendimento à saúde, fator este que faz com que o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) esteja preparado para receber o paciente, seus acompanhantes, familiares e visitantes com segurança, desde a emergência até as consultas ambulatoriais, realização de exames, procedimentos, tratamentos terapêuticos e cirurgias. É muito importante que a família saiba como proceder durante a visitação ao ambiente hospitalar a fim de evitar exposições e de correr riscos desnecessários.

Para bem atender os visitantes/acompanhantes no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), na medida das possibilidades da estrutura física disponível para a(s) recepção(ões), buscar-se-á separar espaços para receber os visitantes/acompanhantes ,onde os mesmos poderão receber as devidas orientações de

segurança para si e para os pacientes visitados. Os ambientes serão mantidos arejados ao máximo possível, de forma que possibilite circulação de ar natural e serão demarcados visualmente para evitar o contato próximo entre as pessoas, principal- mente nas salas de espera, elevadores, cadeiras e nos balcões. A rotina de higienização e limpeza dos espaços, mobiliários e equipamentos seguirá protocolos institucionais rigorosos.

Outra questão fundamental a ser considerada são as orientações do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO), o qual exercerá vigilância constante em todas as áreas a fim de controlar impedir ou minimizar a transmissão de infecção no hospital.

8.1.2.2 Prevenção de riscos

As principais ações que serão empregadas na prevenção de riscos no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , estão ligadas às questões de:

- Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuários bem como a identificação das medidas de solução;
- Análise contínua dos processos de trabalho;
- Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capa citação , divulgação e cumprimento dos mesmos;
- Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;
- Internação do paciente pelo menor período possível;
- Registro e organização rigorosos da documentação;
- Comunicação institucional acessível e resolutiva;
- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Serão elaborados, implantados e divulgados ampla- mente protocolos e fluxos que contenham as orientações que acolham e protejam os usuários internos e externos de qualquer risco no ambiente hospitalar.

De modo especial, considerando as experiências, ainda em andamento, relacionadas à pandemia COVID-19, protocolos rigorosos serão instituídos e seguidos, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares, acompanhantes e visitantes (este último, de acordo com as possibilidades orientadas pelos órgãos responsáveis pelo combate e prevenção da disseminação do SARS--*CoV*-2, no Brasil).

De forma singular e humanizada, um programa especial de visitação de irmãos será proposto para os pacientes da UTI neonatal e pediátrica, mediante a rigoroso acompanhamento pela equipe de Psicologia do Hospital. Neste caso, as visitas são agendadas e durarão cerca de15 minutos. Antes de entrar na UTI, o visitante infantil é atendido pelo serviço de psicologia e se prepara para a visita, fazendo um desenho ou um presente para o(a) irmão(ã) internado, por exemplo. Ao final, novamente terá outro momento com a equipe de Psicologia. Não há idade mínima para participação deste programa.

8.1.2.3 Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

- Cadastro de todos os visitantes (familiares
- de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários do Hospital no sistema de informação hospitalar;
- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;
- Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro (para os atendimentos agendados como consultas, exames , cirurgias e internações eletivas);
- Demarcação das áreas com circulação ou permanência restrita;
- Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante/visitante dentro do hospital, contemplando estratégia de identificação das cores para daltônicos;
- Orientação constante quantos às regras **institucionais em todos os pontos** estratégicos do hospital;
- Disponibilização de profissional "posso *ajudar?*" para esclarecer e orientar qualquer dúvida dos visitantes/acompanhantes garantindo a transparênciaquanto às medidas de proteção e segurança, detalhando as diretrizes estabelecidas para manter o mandamento maior: a preservação da vida!

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) são:

- Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;
- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem do hospital;

- Valorização e confiança nos serviços prestados;
- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações ;
- Redução de custos e economia no uso dos recursos;
- Tomada de decisão assertiva;
- Gestão proativa e preventiva; e
- Sustentabilidade institucional.

8.1.2.4 Instruções Para Visitantes E Acompanhantes De Pacientes Internados No Hospital

Para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de visitantes/ acompanhantes e garantia de serviço de qualidade, seguem algumas instruções:

- Estabelecer o número mínimo de visitantes por paciente;
- Não visitar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);
- Usar máscara de proteção fácil, obrigatoriamente. Caso o usuário, acompanhante e/ou visitante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os visitantes/acompanhantes serão orientados pela equipe do Hospital.
- Visitar a pacientes internados nos isolamentos e UTis, requer orientações específicas que serão fornecidas pelos profissionais do **HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO).** Em situações especiais que visam a segurança do paciente e do visitante/acompanhante, as visitas poderão ser restringidas;
- Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos do Hospital, afim de facilitar e garantir o seu uso;
- A aferição da temperatura será procedimento de rotina antes da entrada do visitante/acompanhante no hospital tanto no pronto socorro, quanto nas unidades ambulatorial e de internação. Protocolos nortearão as equipes quanto a conduta a ser seguida neste procedimento . Caso apresente aumento da temperatura ou algum sintoma que indique alteração doestado de saúde, este será conduzido a unidade de atendimento médico para avaliação e conduta.
- É obrigatória a identificação do visitante e acompanhante no sistema de informação hospitalar ;
- Informe-se antes de ir fazer a visita. Tenha os dados mínimos de identificação do paciente, pois, isso agilizará o procedimento de localização do paciente e evitará o risco de não o localizar no sistema de informação do Hospital.
- Use, sempre, a etiqueta fornecida na entrada do Hospital. É importante que o visitante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída das unidades de internação.

- Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.
- Flores não serão permitidas nas áreas de internação, pois, assim que começam a murchar , atraem mosquitos e outros insetos que podem incomodar o paciente. De preferência por outro presente, por exemplo, um livro.
- Ao visitar um paciente é preciso lembrar que ele está em recuperação e precisa descansar. Por isso, é importante ser breve, pois, pode evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço .
- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o visitante precisa ter para não incomodar os pacientes . Se for possível, feche a porta do quarto, pois, evita exposição e estabelece privacidade .
- Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.
- Seja positivo. Traga informações otimistas, pergunte como o paciente está, precisa de alguma coisa. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.
- É permitida a visita de apenas um representante de segmentos religiosos por vez, desde que solicitado pelo paciente e/ou seu familiar e mediante contato prévio com o serviço de Capelania Hospitalar e uso de identificação fornecida pelo Hospital;
- É recomendável e preferível que visitantes e acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas. Maiores de 60 anos devem estar acompanhados de um familiar.
- Não é permitida a entrada de rotina de menores para fins de visitação. No entanto, em situações especiais, considerando a individualidade de cada caso e os processos de humanização, a visita do(a) menor poderá ser autorizada, mediante autorização da equipe responsável pela assistência ao paciente.
- Objetos pessoais, principalmente de valor, não devem ser deixados nos aposentos do paciente. O Hospital não se responsabiliza pela guarda dos mesmos.
- As roupas do paciente usadas no momento da internação, deverão ser levadas para casa, pois, não poderão ser lavadas nas dependências do Hospital.
- Visitantes ou acompanhantes deverão evitar contato direto com o paciente . Se for necessário, deverão ser fornecidas luvas e orientar higiene das mãos sempre que tocar o paciente.
- Vestir-se adequadamente Durante a visita. Não usar short, bermuda, chapéu, camiseta cavada, roupa transparente , calçados abertos e minissaia nas dependências do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.
- Em caso de situações espec1a1s, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação de visitantes e acompanhantes no Hospital, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, as visitas serão suspensas.

- Importante : O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado ;

AO VISITAR UM PACIENTE É PROIBIDO :

- Tirar fotos nas dependências do Hospital;
- Fumar nas dependências do Hospital, conforme Lei Federal nº 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;
- Entrada de menores (exceto em casos especiais, com autorização por escrito, da equipe que assiste ao paciente);
- Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;
- Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;
- Entrada de visitantes e acompanhantes com sintomas gripais , febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde;
- Extrapolar o horário de visitas;
- Entrar com bolsas, capacetes , pacotes em todas as unidades de internação;
- Usar adornos (anéis, pulseiras, relógios, bonés, etc) em visita às UTIs;
- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências: UTI, Pronto-Socorro, Raio-X e unidades de exames para evitar interferência dos equipamentos ;
- Transitar em quartos que não seja do paciente/familiar que veio visitar ;
- Sentar no leito do paciente , nem no leito que estiver desocupado;
- Solicitar pessoal da enfermagem e demais funcionários do Hospital para serviços que não sejam da competência dos mesmos;
- Entrar nos postos de Enfermagem na copa dos funcionários , nas rouparias ou qualquer outra unidade do Hospital. Mantenha -se sempre junto ao paciente que veio visitar/ acompanhar.
- Manusear por conta própria, material e equipamento que só podem ser operados por profissionais do hospital, treinados para este serviço, tais como: monitores , controles de gotejamento de soluções e/ou medicamentos, registros de fluxo oxigênio e vácuo etc.;
- Entrar com ventiladores, circuladores de ar e/ou qualquer outro equipamento eletrônico sem a prévia autorização do enfermeiro responsável pela unidade.

Estas instruções estarão disponíveis nos canais de comunicação do Hospital juntamente com meios de contato (telefone , e-mail). Havendo situações que não foram contempladas nas instruções para o visitante/acompanhante , estas serão tratadas pontual- mente, de forma individualizada, por profissionais habilitados .

PROPOSTA DE HORÁRIOS DE VISITAS

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	HORARIO DE SEGUNDA-FERIA A DOMINGO	VISITANTES
CLÍNICA MÉDICA	14h às 15h	até 02 visitantes
CLÍNICA CIRÚRGICA	14h às 15h	até 02 visitantes
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	15h às 16h 20h às 21h 11h as 12h (boletim médico) 20h as 21h (boletim médico) 11h as 12h (sábado)	01 visitante/ horário
ENFERMARIA	13hàs 14h 20hàs21h	01 visitante/ horário
PRONTO SOCORRO	15h às 16h	01 visitante/ horário
VISITA REGILIOSA	18hàs 19h	01 visitante/ horário

8.1.3 Cartilha De Orientação Ao Paciente, Visitantes E Acompanhantes





01. DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA REALIZAR A INTERNAÇÃO

- RG e CPF ou CNH
- Certidão de casamento (Ou que comprove a união)
- Carteirinha do convênio (SUS)
- Comprovante de endereço atualizado
- Documentos pessoais do acompanhante
- Autorização de internação Hospitalar – AIH, assinada e carimbada pelo médico.



02. ACOMPANHANTES NA INTERNAÇÃO

No dia da internação, venha com UM acompanhante. O acompanhante do paciente internado em enfermaria deve ser, preferencialmente, do mesmo sexo do paciente.

É autorizada a permanência do acompanhante para os pacientes menores de 18 anos e para os pacientes acima de 60 anos de idade ou pacientes que não consigam realizar o autocuidado (avaliação feita pelo o enfermeiro/médico) se o paciente for menor de idade, deve estar acompanhado dos pais ou responsável legal.



03. TROCA DE ACOMPANHANTE

A troca de acompanhante será realizada todos os dias das **8h00min às 09h30min e das 20h00min às 22h30min.**

O acompanhante, poderá ausentar-se do hospital, porem seu retorno só será permitido das **17h00min ate as 18h00min**, onde deverá novamente realizar sua identificação junto à Recepção.

Trocas fora dessa horário, só serão permitidas com a autorização do Serviço Social e Coordenação de Enfermagem do andar.

Todos os acompanhantes tem direito as refeições de desjejum, almoço e jantar. A alimentação do acompanhante é servido no refeitório do hospital.



04. HORÁRIO DE REFEIÇÕES DOS PACIENTES E ACOMPANHANTES

DOS PACIENTES:

Café da manhã	07:00 horas
Colação	09:00 horas
Almoço	11:20 horas
Merenda	15:00 horas
Jantar	18:00 horas
Ceia	21:00 horas

DOS ACOMPANHANTES:

Café da Manhã	07:00 horas
Almoço	11:20 horas
Jantar	18:00 horas



05. VISITAS

Todos os visitantes (inclusive menores de idade) devem apresentar documento válido na Recepção Social e portar em local visível seu crachá de identificação.

VISITAS RELIGIOSAS:
Segunda a sexta: (7h
Finais de semana: (4h

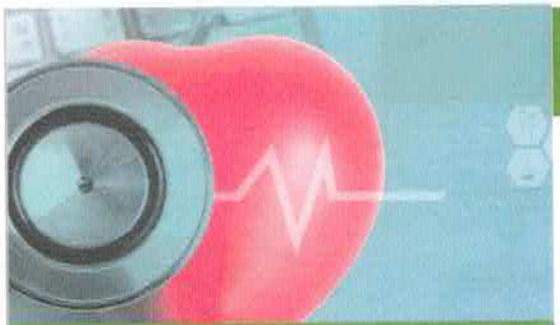
VISITAS NAS UTI'S:
Segunda a sexta (exceto feriados)
UTI 1 e 2: 14:30 as 15:00 min;
UTI 3 e 4: 15:00 as 15:30 min;
Atenção: Tolerância de 10 minutos a partir do chamado para entrada realizado pelo equipe de Psicologia.

VISITAS NAS ENFERMARIAS:
Dias: Terça, Quinta e Sábado
Enfermarias 2º andar: 13:30 as 14h;
Enfermarias 3º andar: 16h as 16:30;
Enfermarias 4º andar: 16:30 as 17h;

• Autorizado somente 1 visitante;
• Só terá direito a visita, o paciente que não estiver sendo acompanhado, em hipótese alguma a Recepção liberará o visitante caso o paciente esteja acompanhado, independente se o acompanhante tenha se ausentado da unidade, ou seja, se constar em relatório que há o acompanhamento, a visita não é autorizada.

É expressamente obrigatório a apresentação de documento de identificação com foto e uso de máscara.

Menores de 18 anos precisam de autorização prévia do serviço social ou da Gerência de Enfermagem para realizar a visita.
Visitas a pacientes em escolta policial, somente será permitido mediante apresentação de autorização exibido pelo Poder Judiciário ou Delegado de Polícia, conforme o caso.
Os visitantes devem manter o pulseira de identificação visível o tempo todo, devendo retirá-lo junto ao vigilante na saída do hospital.



BOLETIM ELETRÔNICO DO PACIENTE

As informações do Boletim Eletrônico do Paciente são atualizado (as), enfermeiros (as), assistentes sociais e psicólogos (as).
Os dados são atualizados diariamente, podendo ser acessad computador, tablet ou smartphone com o número de disponibilizado somente via WhatsApp ou quando família Recepção e constante no final deste documento.
Neste momento, o boletim este sendo aplicado para internados em UTI s.

01. CUIDADOS

- Não traga ao hospital bebida alcoólica sob qualquer pretexto.
- É expressamente proibida entrada de acompanhantes no hospital vestindo mini-blusa, minissaia, short curto, camiseta regata ou qualquer outras tipos de roupas consideradas inadequadas para o ambiente hospitalar.
- Os acompanhantes devem fazer uso de sapatos fechados nas dependências do hospital, evitar adornos (aneis, brincos, pulseiras, relogios,) e de preferencia manter os cabelos presos.

02. HIGIENE

- Lave as mãos antes e depois da visita ao paciente.
- Colabore com a higiene nas enfermarias, utilizando corretamente os cestos de lixo.
- Utilizar os banheiros de forma adequada, preservando a limpeza e a organização.
- Evite colocar bolsas, sacolas e outros objetos na cama do paciente.
- Evite sentar-se, deitar e colocar os pés no leito do paciente.
- Evite circular por outras enfermarias.
- Não é permitido consumir alimentos na enfermaria ou circular com alimentos nos corredores do hospital.
- Mantenha os ambientes e pertences protegidos junto ao leito por serem de uso individual de cada paciente.
- Não manipule cuidados, desconecte equipamentos ou extensão de soluções (soro, medicamentos) do paciente.
- Não lave e estenda roupas nos aparelhos e janelas.
- Não faça barulho, não fale em voz alta e seja discreto.

03. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para segurança do paciente identifique-se na setor de recepção sempre que for entrar no hospital;

O acompanhante receberá uma pulseira de identificação no momento da internação, sendo o seu uso obrigatório durante toda a permanência no hospital;

Durante a internação o paciente receberá uma pulseira de identificação, é de suma importância a sua utilização, pois é através dela a garantia da correta identificação do paciente;

Não trazer materiais de valor: dinheiro, relógios, celulares, anéis, outros objetos de valor monetário ou pessoal, pois não nos responsabilizaremos pelos pertences deixados nas dependências do hospital;

Traga somente itens de higiene pessoal tais como: sabonete, creme dental, escova de dente, shampoo, desodorante, shinelo e peças íntimas (calcinha e sutien); O hospital não dispõe de guarda volume, portanto, evite de trazer ao hospital excesso de pertences;

A contar da data da alta, o paciente/acompanhante tem 7 dias para retirar seus pertences, pois após esse período eles serão encaminhados ao descarte.

Não fume nas dependências do hospital;

04. SUPORTE E ATENDIMENTO DAS ESPECIFICIDADES DE PESSOAS TRANSEXUAIS E TRAVESTIS.

Abordagem inicial

Todas as pessoas trabalhadoras de serviços de saúde, sejam contratadas através de concurso público, por Organizações Sociais de Saúde ou por empresas terceirizadas, ou sejam profissionais colaboradores que prestam serviço de saúde, são responsáveis por zelar pelos direitos, pela segurança e pelo assistência de saúde adequado das pessoas transexuais e travestis.

É imprescindível que os serviços se organizem para estruturar os fluxos de cuidado necessários para esse fim, com base nas informações trazidas por este documento e, preferencialmente, dentro da lógica de gestão participativa e de cogestão.

À Recepção

Profissionais desse setor devem perguntar se a pessoa usuária de saúde deseja ser chamada por um nome social, independentemente de conhecer discrepância entre a expressão de gênero da pessoa e o nome que consta no documento de identidade.

Pode ser utilizada a pergunta: "Como você quer que te chamem?" ou "Por qual nome prefere que lhe chamem?". Se a pessoa declarar um nome diferente de seus documentos oficiais, a profissional da recepção deve cadastrar o nome social, imprimir o cartão SUS com seu nome social e registrá-lo no prontuário, para que todo o equipe utilize esse nome.

Também cabe perguntar a pessoa com quais pronomes ela prefere ser tratada: femininos, masculinos ou neutros (ela/ele/elu, senhora/senhor/senhore, dela/dele/delu etc.).

A pessoa tem o direito de escolha do local onde será internada dentro da área hospitalar. (enfermaria masculina ou feminina).

As ações, a realização de capacitações às equipes de gestão e de profissionais de todo o Hospital de forma contínua do assistência oferecida a essa população.

05. COLABORE COM O HOSPITAL

Apague as luzes quando sair de um local;
Economize água deixando a torneira aberta por menos tempo;
Diminua o consumo de água deixando a torneira aberta menos tempo;
Use o papel toalha e papel higiênico de forma consciente;
Não jogue lixo no vaso sanitário;
Nos ajude a conservar as instalações e equipamentos.

06. TEVE ALGUM PROBLEMA NO ATENDIMENTO, OU TEM SUGESTÕES E ELOGIOS?

O hospital possui uma ouvidoria que recebe todas as opiniões sobre os serviços prestados, e busca melhorar o que for necessário.
Você pode protocolar uma reclamação ou elogio pessoalmente, e-mail, telefone e via WhatsApp (62) 3201-4348.

07. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Nosso horário de funcionamento para reclamações, elogios ou sugestões é das 08h00min às 18h00min.

Observação: O acompanhante e/ou visitante que não cumprirem as normas descritas terá sua autorização de permanência cancelada.

Ouvidoria do HUGO

WhatsApp ou Fone:
(62) 3201 4348

HUGO



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

HUMANIZA SUS

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A proposta humanização está alicerçada no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH) e visa implantar rotinas para melhorar o atendimento e o trabalho dos profissionais da saúde em termos da humanização dos serviços prestados pela Unidade Assistencial de Saúde,

Em conformidade com o Manual de Humanização do Ministério: da Saúde, serão considerados os parâmetros de atendimento ao usuário e de condições de trabalho dos profissionais, para avaliação de ações que torne a Unidade Assistencial referência no Programa Nacional de Humanização da Assistência,

Com o objetivo de cuidar da dimensão humana foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNH).

Os benefícios concretos do PNH alcançam a todos que dele participam:

Usuários, trabalhadores de saúde e gestores do sistema hospitalar.

Para o usuário, a oferta de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos que o atendem não é apenas direito, mas etapa fundamental na conquista da cidadania.

Para o profissional de saúde, a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido de sua prática, sentido e valor de se trabalhar numa organização de saúde,. pois não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e:, nele, se revalorize.

8.1.4.1 Objetivo Geral

Implantar o Acolhimento na Unidade de Saúde

8.1.4.2 Objetivos Específicos

- Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade de Saúde na perspectiva do Acolhimento.
- Capacitar os funcionários que fazem parte da unidade de saúde, envolvendo os usuários no processo.
- Contribuir para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.

- Um dos pilares que sustenta a estratégia do acolhimento é a relação entre os atores envolvidos e como compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento.
- O acolhimento é uma abordagem prévia à clientela, melhorando e efetivando as consultas. É importante resolver o problema para facilitar e organizar o atendimento dos programas da unidade de saúde para satisfação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Para tal fim o Instituto CEM parte dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Assim o serviço de saúde assume a sua função de acolher, escutar e dar uma resposta positiva capaz de resolver os problemas de saúde da população.
- Reorganizar seu processo de trabalho, a fim de que esse desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional equipe de acolhimento ,. Que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo se a resolver seu problema de saúde.
- Qualificar a relação trabalhador usuário, que deve dar se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
- Atender a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso diferenciado aos demais níveis de assistência.
- Comprometer se com a referência e contra referência, conforme as necessidades dos usuários.
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos pacientes.

8.1.4.3 Protocolo de Classificação de Risco

INTRODUÇÃO

O Acolhimento com Classificação de Risco deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos, tendo por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento" (BRASIL, 2002).

OBJETIVOS

- Ser instrumento capaz de acolher o paciente e garantir um melhor acesso aos serviços, de forma rápida e efetiva.
- Identificar prontamente as condições de vida do paciente para propor o melhor atendimento.
- Agir no tempo necessário de acordo com, as necessidades do paciente. e no tempo terapêutico.
- Organizar o processo de trabalho e espaço físico dá Unidade dê Atendimento.
- Informar aos pacientes e seus familiares a expectativa do tempo de atendimento e tempo de espera diminuindo a ansiedade gerada pelo que é desconhecido.
- Esclarecer a comunidade sobre as formas de atendimento realizadas na Unidade de Saúde.
- Priorizar o atendimento de acordo com os critérios clínicos, idosos, crianças, e pessoas com necessidades especiais e não por ordem de chegada
- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca os serviços de saúde.
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços da unidade.
- Construir os fluxos de atendimento, considerando a rede dos serviços de prestação de assistência à saúde.

Finalmente cabe dizer que programas de capacitação deverão ser implantados na Unidade de Saúde, visando trazer, de fato, o acolhimento para a realidade no atendimento de saúde,

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os pacientes atendidos no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRI (HUGO) que apresentarem os critérios de admissão da unidade.

PÚBLICO ALVO

- Pacientes oriundos de Unidades Básicas de Saúde Municipais previamente regulados.
- Paciente oriundos do Pronto Atendimento do Região Vale São Patricio.

EQUIPE ENVOLVIDA

Equipe multiprofissional: enfermeiro, técnico de enfermagem, equipe médica, administrativos e profissionais da portaria/recepção.

8.1.4.4 Processo de Acolhimento e Classificação de Risco

O paciente será recebido pelo profissional "POSSO AJUDAR", ao adentrar a Unidade deverá se identificar na Portaria, onde receberá a etiqueta de identificação constando dois dados

identificadores (Nome completo e Data de nascimento). Será acolhido pela equipe administrativa. Esta entrará em contato com o enfermeiro responsável pelo Acolhimento/Classificação de Risco e com o médico responsável pelo atendimento.

O paciente será avaliado pelo enfermeiro, que após o acolhimento realizará a Classificação de Risco e o registro em impresso específico (Ficha de Acolhimento com Classificação de Risco). Após a avalição inicial, será fixado na etiqueta de identificação do paciente uma tarja com a cor correspondente à sua classificação (grau de prioridade para atendimento médico).

O paciente com pequena cirurgia previamente agendada (eletiva), automaticamente receberão pulseira de identificação hospitalar com etiqueta azul. Em seguida, o atendimento será realizado diretamente pelo médico não se fazendo necessária a Classificação de Riscos para definição de prioridade no atendimento.

Se paciente de Cota Direta oriundo do Ambulatório Médico da próprio HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , será realizada procedimento administrativo e o mesmo será encaminhado diretamente para as unidades de atendimento solicitado.

AVALIAÇÃO DO PACIENTE

- Queixa principal;
- Início – evolução – tempo da queixa/doença;
- Tempo da queixa;
- Possível Diagnostico.
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O2;
- Estado físico do paciente;
- Escala de dor e de Glasgow;
- Medicações em uso, doenças preexistentes, alergias e hábitos de vida;
- Glicemia Capilar;
- Evolução;
- Classificação de Gravidade;

CONDUTA A SER TOMADA

Os pacientes classificados aguardarão atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos conforme protocolo de Manchester.



Protocolo de Manchester: Pulseiras coloridas sinalizam nível de gravidade de cada caso

8.1.5 Pop Atribuição Do Assistente Social Na Emergência

1. OBJETIVO

Assegurar a proteção integral à saúde do paciente e trabalhar em conjunto com os outros profissionais de maneira interdisciplinar, considerando o viés histórico e teórico na perspectiva dos princípios do SUS.

2. DEFINIÇÕES

A atuação do Serviço Social no HUGO abrange um conjunto de ações profissionais em conjunto com a Equipe Multiprofissional, visando o atendimento integral e de qualidades aos usuários. De modo geral, os assistentes sociais atendem aos pacientes internados e seus familiares, com as orientações e encaminhamentos necessários aos casos específicos. Em síntese, o exercício profissional se materializa nas relações sociais, trabalhando de forma abrangente a questão social. O Serviço Social possui uma atuação integral e comprometida com os usuários, contribuindo eficaz e eficientemente com a prestação de serviços, em período ininterrupto.

3. SIGLAS

HUGO – Hospital de Urgências de Goiás.

SUS – Sistema Único de Saúde.

4. APLICAÇÃO

Emergência.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Nº	Ação/Descrição das Tarefas	Agente Executor
1	Acolher, orientar paciente e/ ou familiares quanto as rotinas institucionais;	Serviço Social
2	Realizar Anamnese Social;	Serviço Social
3	Identificar nos registros eletrônicos todas as informações de como o paciente deu entrada no hospital, principalmente telefones para contato, e se o mesmo ingressou na Unidade inconsciente/ desorientado;	Serviço Social
4	Quando necessário, verificar os pertences pessoais do paciente se há alguma informação ou documento que possa subsidiar a busca por familiares;	Serviço Social
5	Realizar busca ativa por telefones das imediações de onde o paciente foi socorrido e coletar informações que possam subsidiar a equipe no atendimento ao paciente;	Serviço Social
6	Não localizados familiares ou responsáveis até o momento da alta, ou o paciente viver em situação de rua, encaminhá-lo para uma instituição, caso o paciente queira, respeitando sua autonomia;	Serviço Social
7	Em caso de alta de pacientes com rede de apoio familiar fortalecida, entrar em contato com familiares e/ou entrar em contato com o município de origem para solicitar transporte.	Serviço Social

6. MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Humanos: O planejamento e execução da intervenção são destinados as Assistente Sociais, sendo distribuídas frente a demanda e necessidade da instituição, contando com auxílio de outros profissionais da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e entre outros).
- Didáticos: ficha de anamnese social, acompanhamento social, registro em prontuário eletrônico.
- Instrucionais: Sala para acolhimento de familiares, cadeira, mesa, computador e impressor para registro documental no prontuário único eletrônico, Caneta, Folha A4, Prancheta, borracha e etc.

7. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
- Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Resolução CNE/ CNES 15, 13 de março de 2002. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Serviço Social.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social. Lei n} 8.662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social, define suas atribuições privativas e competências e dá outras providências;
- Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273 de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS n^290/1994 e nº 293/1994;
- Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), nº 383, de 29 de março de 1999, caracteriza o assistente social como profissional de saúde;

- Resolução CFESS Nº 493, de 21 de agosto de 2006. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.
- Parâmetros para Atuação de Assistente Sociais na saúde. Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, n}}2, Brasília: CFESS, 2010;
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do curso de Serviço Social. In Caderno ABEPSS Nº7, São Paulo, Cortez Editora, 1997;
- Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde.

8. ANEXOS

Não aplicável.

9. CONTROLE DO DOCUMENTO

Elaboração:	Joscineia Alves de Oliveira **Responsável Técnica SSO**	22/11/2022	
Revisão:	Ana Paula Costa Viana Montalvão **Enfermeira NQSP**	22/11/2022	
Validação:	Tamilles da Silva Borges **Supervisora NQSP**	22/11/2022	
Aprovação:	Francisco Pereira Borges **Diretor Geral**	22/11/2022	

8.2 ATENDIMENTO

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.

Para pacientes em precauções adicionais de contato, as (quantidade de pessoas e tempo d visita) e merecerão a atenção contínua da equipe de saúde, que supervisionará a adesão às orientações anteriores,

No caso de acompanhantes, recomendar se á o uso de luvas e avental. Conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIRAS) bom. esforço permanente das orientações anteriores.

Planejaremos e implantaremos, um serviço Sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde a comunicação com os usuários.

Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas elaboradas pela Comissão Controle de infecção Ambulatorial (SCIRAS)

8.2.2 Proposta de Orientações de Acomodação Conduta dos Acompanhantes

Considerando que o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) seja para atendimento ambulatorial e de pequenas cirurgias, ainda assim acompanhante deve ser entendido como membro indispensável, necessário a qualidade do processo de atendimento do paciente, pois possibilita uma ajuda para o paciente e para a equipe de saúde, humaniza o serviço, efetiva direitos do paciente, torna um momento mais tênue e suportável para o paciente em situação de fragilidade.

Para o controle de infecção ambulatorial, além das normas específicas da unidade de saúde, observaremos o seguinte:

A equipe de saúde da unidade deverá:

- Orientar e supervisionar os acompanhantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade de Saúde, antes e após o contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade.
- Orientar e supervisionar os acompanhantes a ficarem sempre junto ao paciente que está acompanhando e a não entrar em contato com Esclarecer as dúvidas.

O acompanhante deverá:

- Contribuir para manter a higiene e a ordem do locai
- Contribuir para manter a harmonia e o silêncio
- Não tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos; que são atividades exclusivas da equipe de saúde.
- Não se sentar ou apoiar se no leito: do, paciente, tampouco nos leitos desocupados. Obedecer ao tempo estipulado para a troca de acompanhantes, embora a unidade não deva enrijecer tal processo, pois desumaniza.
- Para pacientes em precauções adicionais de contato, aos acompanhantes, recomendar se ao uso de luvas e avental conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de Contato (elaborado pelo SCIH), com esforço permanente das orientações anteriores.
- Concomitantemente a isso, planejaremos e implantaremos um serviço sistematizado de orientação aos pacientes e acompanhantes com a disponibilização de folhetos e cartazes informativos e ilustrados, que facilitará o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários da Unidade de Saúde.

8.2.2.1 Acompanhantes E Visitantes

- Deve dirigir se à Central de Informações e Identificação para obter a autorização de entrada com o paciente.
- Após receber a autorização, aguardar o horário em local indicado.
- Cada paciente somente poderá ter o número de acompanhantes determinado pela Unidade, sempre maiores de 12 anos.
- Pacientes menores até 14 anos e maiores de anos tem o direito a um acompanhante. Os demais pacientes somente terão direito a um acompanhante mediante solicitação, por escrito, do médico assistente elou da enfermeira, Coordenadora da Enfermagem.

REPOUSO

O acompanhante deve permanecer no ambiente em silêncio enquanto a consulta encontra se em andamento.

SILÊNCIO

O silêncio é muito importante para a recuperação do paciente. Evite o USO de celular dentro dos consultórios.

8.2.2.2 Informações Sobre Pacientes

Não será fornecida nenhuma Informação por telefone sobre qualquer estado clínico do paciente. Durante a consulta médica o acompanhante poderá falar com o médico assistente para obter mais detalhes do estado, clínico ou quaisquer outras dúvidas que desejem esclarecer.

IMPORTANTE:

- Acompanhantes devem lavar as mãos antes e após a saída da Unidade de Saúde contribuindo com a prevenção de infecção hospitalar.
- Evitar circular nas outras áreas do ambulatório, corredores e Posto de Enfermagem. Os aparelhos sonoros (TV, rádio, etc.) devem ser utilizados com volume em nível baixo.
- Proibido fumar nas dependências internas da Unidade.
- Proibido mexer nos equipamentos hospitalares destinados ao uso dos pacientes, assim como qualquer outro.
- Os colaboradores da Unidade não estão autorizados a receber gratificações dos pacientes elou acompanhantes.
- Proibido entrar com comida para o paciente sem a autorização do Serviço de Nutrição da Unidade.

8.2.2.3 Normas sobre Acompanhantes Pessoa com Deficiência:

Em atendimento as normas estabelecidas, que versa sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência:

A **LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000.**, que estabelece a Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), onde foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

A LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015. , estabelece que é definido como direito ao Acompanhante, onde acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal. No Art. 22. À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal,

devendo o órgão ou a instituição de saúde proporcionar condições adequadas para sua permanência em tempo integral.

§ 1º Na impossibilidade de permanência do acompanhante ou do atendente pessoal junto à pessoa com deficiência, cabe ao profissional de saúde responsável pelo tratamento justificá-la por escrito.

§ 2º Na ocorrência da impossibilidade prevista no § 1º deste artigo, o órgão ou a instituição de saúde deve adotar as providências cabíveis para suprir a ausência do acompanhante ou do atendente pessoal.

LEI No 10.048, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2000., Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências

Art. 1o As pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei.

8.2.2.4 Normas sobre Acompanhantes dos Idosos

O Estatuto do Idoso, em Art. 16., descreve que ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito, e segue:

Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita: Ver tópico (36 documentos)

I - pelo curador, quando o idoso for interditado;

II - pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil; Ver tópico (15 documentos)

III - pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar; Ver tópico

IV - pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

8.2.2.5 Normas sobre Acompanhantes das Crianças Adolescentes

O Artigo 12, do Estatuto da Criança e Adolescente, dispões que os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

O objetivo das diretrizes descritas é de oferecer orientações às equipes de atendimento, assim como equipes multiprofissionais sobre o cuidado da pessoa portadora deficiência, e ou necessidades especiais, idosos e crianças, e envolve ações de âmbito ambulatorial (avaliações, clínicas, acompanhamentos e reabilitação).

8.2.2.6 Manual de Orientações ao Paciente e Acompanhante

Orientações Gerais

De acordo com as recomendações sanitárias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) previstas para situação de pandemia, orientamos que pessoas:

Apresentando sintomas respiratórios e/ou diagnóstico ativo de COVID-19 (mesmo que assintomáticos) não devem se dirigir ao hospital até terem, pelo menos, duas semanas do início dos sintomas ou do diagnóstico e 72h sem sintomas;

Pertencentes ao grupo de risco e crianças não devem se dirigir ao hospital na qualidade de acompanhantes/visitantes;

Orienta-se retirar a máscara descartável ao sair do hospital, descartá-la no lixo, higienizar as mãos com álcool gel ou lavar as mãos com água e sabão e colocar sua máscara pessoal

(tecido);

A higienização de mãos é fundamental. Lembre-se de realizar esta prática constantemente, antes e após tocar superfícies, utilizando solução alcoólica ou água e sabão.

Visitas Presenciais

No momento, não estão autorizadas para pacientes internados. Sugerimos e incentivamos visitas virtuais, por meio de vídeos chamadas ou ligações.

Visitas religiosas estão autorizadas de forma breve. Com documentos pessoais e de comprovação pela entrada social. A visita só será liberada com a aprovação da equipe responsável pelo cuidado do paciente. (Lei 9.982, de 14/07/2000)

Visitas Médicas (médicos de fora da unidade)

Será permitido entrada nos andares e UTIs, deve se apresentar sua credencial na recepção de visitas. A(o) recepcionista irá ligar para (o) Coordenador e verificar o melhor horário para a entrada do mesmo;

Fica expressamente proibido o médico(a) visitante manipular o prontuário médico do paciente.

Visita UTI

Nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva não temos horário de visitas físicas apenas vídeos chamadas que são todos os dias.

Horário 13h*

*Este horário poderá ser alterado em função de intercorrências com a(o) paciente. Essa conduta se faz necessária porque a assistência ao paciente internado é prioritária;

Acompanhantes

Matutino: 08h - 09h 30min



Noturno: 20h - 21h 30min

Não serão permitidas trocas fora dos horários preestabelecidos.

Permitido apenas acompanhantes maiores de 18 anos - exceto em situações previamente avaliadas com o setor de psicologia;



Kit Higiene Pessoal

Horário de entrega: 08h - 20h

Dias: segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira

Será necessário trazer para a(o) paciente: Sabonete, escova de dente, creme dental, antitranspirante, hidratante corporal (produtos de higiene pessoal) e roupas intimas

Na Unidade de Internação será permitido acompanhante para paciente que tenha esse direito previsto em Lei (idosos e menores de idade) ou paciente que necessite desse cuidado durante o período de estadia na instituição, conforme avaliação das equipes de cuidado multiprofissional e médica, minimizando a circulação e a exposição de pessoas; (Lei 10.741/2003; Lei 8.069/1990; Lei 13.146/2015; Lei 11.108/2005)

Todos devem chegar antes do horário da troca de acompanhante e se dirigir à recepção principal munidos de documentos pessoais para identificação;

Acompanhante e visitante deverão portar seu adesivo de identificação enquanto permanecerem no hospital, não sendo permitida a troca de identificação entre acompanhantes de outros leitos;

A troca de acompanhantes será informada pela equipe de Enfermagem podendo ocorrer no andar de internação ou na Recepção (Piso Térreo);

Quando sair do hospital, o visitante/acompanhante deverá devolver sua identificação aos guardas da portaria;

Será autorizada a entrada na instituição apenas do acompanhante que ficará com o paciente, a fim de evitar aglomeração;

Deve-se dar preferência para acompanhantes que fiquem por período prolongado e que não pertençam às populações de risco para complicações;

O acompanhante, quando presente, e o paciente devem evitar a circulação em áreas públicas do hospital;

Somente é permitido acompanhante de mesmo sexo

nas enfermarias femininas e masculinas. Exceções deverão ser autorizadas pela Coordenação de Enfermagem;

Não será permitida a entrada no Hospital de acompanhantes ou visitantes com sinais de uso de drogas lícitas ou ilícitas;

A equipe assistencial pode solicitar que o acompanhante saia do quarto para realização de procedimentos;

O hospital trabalha, com reciclagem de resíduos, gentileza dispensar o lixo nas lixeiras corretas. Na dúvida pergunte ao pessoal da limpeza. Ajude o meio ambiente!

PROIBIDO

É proibido fumar nas dependências do Hospital, incluindo área externa conforme medida adotada.

Lei Federal nº 9294/96

REFEIÇOES ACOMPANHTES

Almoço e jantar para todos os acompanhantes;

SILÊNCIO

O Silêncio é parte importante do tratamento!

Ajude-nos a manter o ambiente calmo e tranquilo.

O acompanhante/visitante que não cumprir as normas descritas terá sua autorização de permanência cancelada;

Medidas de Segurança:

- As refeições aos pacientes são de acordo com a dieta prescrita pela(o) nutricionista;
- Cada paciente possui uma dieta específica de acordo com o estado de saúde. Não forneça alimentos fora da dieta, isso pode prejudicar a recuperação da(o) paciente.
- Qualquer transporte interno da(o) paciente será realizado através de cadeiras de rodas ou macas;
- Ao encontrar placas escritas "Isolamento" na porta do quarto do paciente, procur orientação no Posto de Enfermagem antes de entrar. Pacientes e acompanhantes em isolamento de contato, respiratório ou aerossóis devem seguir as normas propostas;
- O Hospital de Urgências de Goiás não se responsabiliza pelos pertences ou valores dos pacientes/acompanhantes;
- Evite trazer bolsas e mochilas;
- Evite tocar/encostar na(o) paciente ou em qualquer objeto do ambiente da Unidade de Internação (cama, armários, equipamentos);
- É proibido sentar na cama da(o) paciente;
- É proibido tirar a máscara, permaneça de máscara por tempo integral e higienize suas mãos com álcool ou com sabão;
- Os televisores das enfermarias devem permanecer em volume baixo e após as 22h serão desligados;
- Pacientes, acompanhantes e visitantes devem respeitar as áreas restritas aos colaboradores como: rouparia, expurgo e outros;
- Para diminuir o risco de contaminação e segurança do visitante/acompanhante, s recomendados: roupas que cubram o corpo; sapatos fechados, que cubram o peit do pé; cabelos longos preferencialmente presos; bem como evitar o uso de adornos, brincos, pulseiras, relógios, anéis etc.;
- **É terminantemente proibido o fluxo de acompanhantes e visitantes no hospital, sendo obrigatória a permanência em tempo integral junto ao paciente;**
- A liberação para fotografia ou gravação/vídeo chamada envolvendo o paciente deve ser consentida pelo paciente ou seu responsável legal;
- O uso de imagem envolvendo colaboradores da Instituição não é autorizado;

Segurança do Paciente

PACIENTE CONSCIENTE DO CUIDADO

Identificação Correta



Quando você receber a pulseira de identificação, verifique se todos os seus dados estão corretos.

- Traga seus documentos para o hospital.
- Verifique se os profissionais conferiram sua identificação
- Muitas pessoas têm nomes iguais ou parecidos.
- Por isso, é importante que você verifique se o medicamento que está chegando tem os mesmos dados que a sua pulseira.
- Todos os leitos possuem placas de identificação.



NUNCA TIRE SUA IDENTIFICAÇÃO.

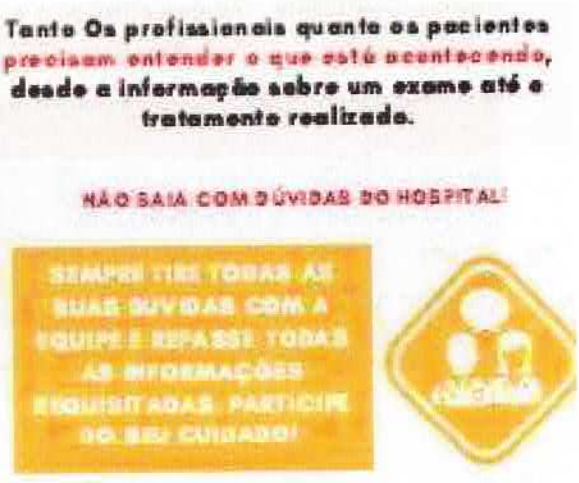
ELA É ESSENCIAL PARA EVITARMOS OS ACIDENTES E DEVE FICAR COM antes de medicá-lo ou iniciar a cirurgia.

Verifique se as suas informações estão corretas!

COMUNICAÇÃO EFETIVA



PERGUNTAS A SEREM FEITAS PARA OS PROFISSIONAIS



SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

Se houver qualquer efeito colateral após o uso de algum medicamento. avise a equipe responsável pelo seu cuidado. Fale o que você sentiu após o uso,

Se trouxer algum medicamento de casa, avise a equipe assistencial.

Pergunte sempre qual medicação estão administrando e a sua importância para o tratamento do

LEMBRE-SE: A EQUIPE DE SAÚDE DEVE PERGUNTAR SEU NOME COMPLETO E CONFERIR A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU REALIZAÇÃO DE QUALQUER PROCEDIMENTO

CIRURGIA SEGURA

Antes da Cirurgia Informe sobre problemas respiratórios, alergias, diabetes, hipertensão;

CERTIFIQUE-SE SE O LOCAL DA SUA CIRURGIA FOI CORRETAMENTE MARCADO COM UM SÍMBOLO ANTES DE IR PARA O CENTRO CIRÚRGICO;

Tire as dúvidas sobre a cirurgia, anestesia e procedimentos a que vai ser submetido;

Após a Cirurgia

Informe ao médico sobre situações de inflamação (dor vermelhidão,

Leia com atenção o Termo de Consentimento e tire todas as suas dúvidas;

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



A higienização das mãos é a medida individual mais eficaz para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde.

Fique atento!! Antes de iniciar o cuidado o profissional deve higienizar as mãos. PARTICIPE DO SEU CUIDADO!

Antes de iniciar o cuidado o profissional deve higienizar as mãos, se ele não fez, peça com educação para que ele realize.

PREVENÇÃO DE QUEDAS

PROCURE NÃO CAMINHAR SOZINHO, PEÇA AJUDA AO ACOMPANHANTE OU A EQUIPE DE SAÚDE.

Use calçados Antiderrapantes;
Verifique se o caminho está livre de obstáculos e se está seco;
Mantenha sempre as grades do leito elevadas;
Verifique com a equipe se a medicação que você utiliza causa tontura

A queda é um evento que pode ***agravar*** o quadro de saúde do paciente. Alguns pacientes têm maior razão probabilidade ou risco de sofrer queda. Por essa muito adotar as orientações dadas pela equipe de saúde são importantes e você pode nos ajudar.



PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO

SIGA AORIENTAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE; MOVIMENTE-SE QUANDO POSSÍVEL NO INTERVALO DE 2 HORAS. EVITE LESÕES POR PRESSÃO!

Mantenha a pele sempre hidratada (use creme hidratante); Estimule a alimentação e a ingestão de água conforme orientação da equipe multidisciplinar;

Atentar para mudança de posição do paciente com frequência, fazendo uso de travesseiros para que ele mantenha a posição. Evite posicionar o paciente sobre uma lesão existente.

Mantenha a pele seca e confortável; Caso utilize fralda, comunique a equipe de saúde para não permanecer com a pele úmida por muito tempo.

8.2.3 Atendimento Portadores De Necessidades Especiais / Idosos/ Crianças

Temos consciência da

necessidade de cuidados especiais que essas pessoas com certo nível de dependência exigem. Porém, é possível estimular a autonomia de acordo com sua individualidade.

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 24% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, o que corresponde a mais de 45 milhões de habitantes. O Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009 define pessoas com deficiência como aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

O conceito de deficiência está em processo de evolução, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelos portadores de deficiência.

Um dos marcos dessa evolução foi na década de 1960, formulou-se um conceito que incluía a relação entre as limitações da pessoa portadora de deficiência, o ambiente em que vive e a comunidade. Em 1982, após ter declarado o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência.

A ONU aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência no dia 03 de dezembro, mais tarde esse dia foi instituído como o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência. Esse Programa ressalta que essa população tem o direito a oportunidades iguais às dos demais cidadãos, bem como de usufruir das melhorias nas condições de vida advindas do desenvolvimento econômico e social. O documento trouxe diretrizes que devem ser consideradas na formulação de políticas, planos e programas, em áreas como saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, dentre outras.

Aqui no Brasil, a **Constituição de 1988** determina que é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências. Amparando esse segmento da população, também podemos destacar alguns documentos:

- Lei nº 7.853/89 – Sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social;
- Lei nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde;
- Lei nº 10.048/00 – Estabelece prioridades ao atendimento;
- Lei nº 10.098/00 – Determina critérios para a promoção da acessibilidade;
- Decreto nº 3.298/99 – Dispões sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência;
- Decreto nº 5.296/04 – Regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00. 2002 – Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, lançada em 2002, tem como propósitos proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar sua capacidade funcional e desempenho, contribuindo para a inclusão social e prevenção de agravos que determinam o aparecimento de deficiências.

Segundo o Ministério da Saúde, o principal objetivo da Política é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem

necessários. O foco desta política são as deficiências motora, visual, auditiva, mental e múltipla. As principais diretrizes contemplam:

- Promoção da qualidade de vida;
- Prevenção de deficiências;
- Atenção integral à saúde;
- Melhoria dos mecanismos de informação;
- Capacitação de recursos humanos;
- Organização e funcionamento dos serviços.

8.2.3.1 Normas Atendimento Ao idoso

Em atendimento as normas estabelecidas, instruídos pelo Estatuto do Idoso - Lei 10741/03 | Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que em seus Artigos, descreve:

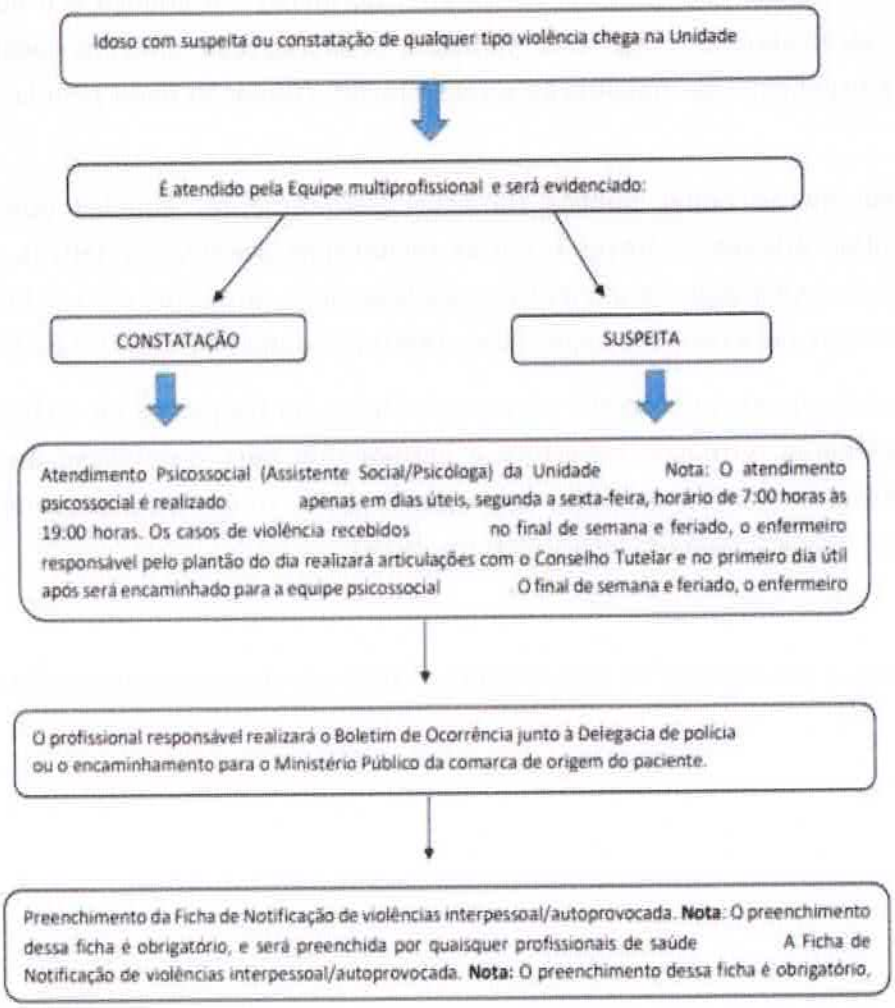
Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2 º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Sobre Atendimento:

O Artigo 7º , do Estatuto do Idoso, indica que em todo atendimento de saúde, os maiores de oitenta anos terão preferência especial sobre os demais idosos, exceto em caso de emergência. (Incluído pela Lei nº 13.466, de 2017).

Segue abaixo o fluxograma do atendimento ao idoso:



8.2.3.2 Normas Atendimento Crianças e Adolescentes

Em atendimento as normas estabelecidas, instruídos pela LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, define que: Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

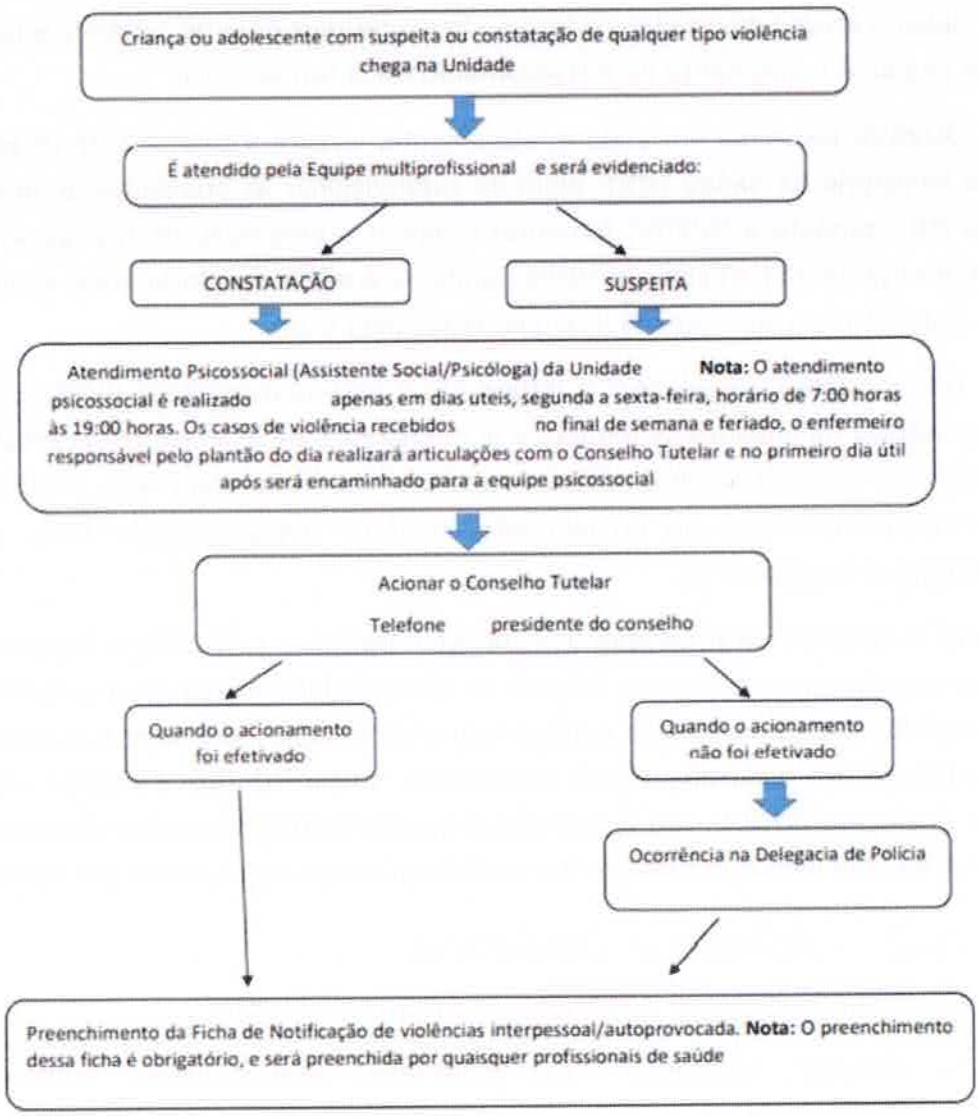
A redação dada pelo Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação

da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016) . A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 2 o Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 3 o Os profissionais que atuam no cuidado diário ou frequente de crianças na primeira infância receberão formação específica e permanente para a detecção de sinais de risco para o desenvolvimento psíquico, bem como para o acompanhamento que se fizer necessário. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Segue abaixo o fluxograma do atendimento a violência da criança ou adolescente:



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

8.3.1 Definição

A Ouvidoria Geral do Sistema Único de Saúde (OUVSUS) é o setor responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto

aos serviços e atendimentos prestados pelo SUS; tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social.

A OUVSUS foi criada em 2003 e, atualmente, integra a Diretoria de Integridade (DINTEG) do Ministério da Saúde (MS); além de supervisionar as atividades de ouvidoria no âmbito do MS, compete à DINTEG fomentar e apoiar a promoção da transparência, do acesso à informação e da participação social; ainda na área de ouvidoria, deve estimular e promover a avaliação dos serviços públicos prestados pelo SUS.

A Lei nº 13.460, de 26/06/17, informa que para garantir seus direitos, o usuário poderá apresentar manifestações perante a administração pública acerca da prestação de serviços públicos, as quais serão dirigidas à ouvidoria do órgão. Para isso, a OUVSUS disponibiliza os seguintes canais de atendimento: telefone (Disque Saúde 136), internet, carta e atendimento presencial.

Para a melhoria da prestação dos serviços ofertados pelo SUS, o aspecto determinante a ser considerado relaciona-se à forma de atuação das Ouvidorias, que confirmam o elo entre o cidadão e a administração pública federal ao receber, examinar e encaminhar as diversas manifestações recebidas. Nessa perspectiva, a OUVSUS busca ampliar e consolidar a Rede de Ouvidorias do SUS, isto é, Ouvidorias que compartilhem a mesma concepção de trabalho, contribuindo para que a gestão e a sociedade, em parceria, lutem por serviços de qualidade.

8.3.2 Acesso a Ouvidoria

A manifestação deve ser registrada sempre que o cidadão:

- Solicitar assistência (Ex: consultas, atendimentos, tratamentos, exames, medicamentos);
- Relatar uma insatisfação (Ex: insatisfação com algum profissional de saúde, demora no atendimento, falta de material na unidade de saúde, falta de medicamento, etc.);
- Denunciar uma irregularidade (Ex: Não cumprimento de carga horária pelo profissional de saúde, Cobrança por procedimentos cobertos pelo SUS, Negligência médica, etc.);
- Obter uma instrução, orientação, esclarecimento ou ensinamento relacionado à saúde (Ex: Funcionamento do SUS, como conseguir medicamentos pelo SUS, Sistema de Regulação, etc.);

- Registrar elogios e/ou sugestões relacionados à saúde (Ex: elogiar o atendimento recebido / o profissional que o atendeu, sugerir a Inclusão de medicamento no SUS / contratação de profissionais, etc.).

Segue abaixo o sistema que será utilizado pela ouvidoria SUS no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :



8.3.3 Sistema Nacional de Ouvidorias

A promoção e a estruturação de canais abertos e acessíveis de comunicação com a população são fundamentais. Por essa razão, é compromisso dos gestores do SUS a implementação de ouvidorias estruturadas e articuladas entre si, nas três esferas de governo, voltadas à inserção dos (as) cidadãos (ãs) nos processos de formulação, de acompanhamento, de avaliação e de controle das políticas públicas de saúde.

O processo de organização sistêmica das Ouvidorias do SUS, instituídas pelos entes federados, teve início em 2007, com a utilização do Sistema Informatizado OuvidorSUS,

regulamentado pela Portaria nº 8, de 25 de maio de 2007, que atendeu à necessidade de comunicação eficaz entre as Ouvidorias do SUS.

Todos os estados da Federação contam com Ouvidorias do SUS implantadas. O esforço, atualmente, é expandir sua implantação no âmbito municipal.

Segue abaixo o sistema que será utilizado pela ouvidoria SUS no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :

8.3.4 Proposta para Implantar Ouvidoria

A proposta do Instituto CEM, é assegurar a implantação da Ouvidoria SUS vinculada à Secretaria de Estado da Saúde com a garantia do pleno acesso aos usuários e acompanhantes atendidos na Unidade.

A Ouvidoria em Saúde constitui-se num espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, este Guia de Orientações Básicas para Implantação de Ouvidorias do SUS tem por objetivo subsidiar a implantação de unidades de Ouvidoria, no âmbito do SUS.

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elog. reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando a melhoria do atendimento prestado.

Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções. Além disso, as manifestações recebidas nas Ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

Mediante o presente guia, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/SGEP/MS), por meio da Coordenação Geral do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, disponibiliza cooperação técnica para estados e municípios na implantação e implementação de Ouvidorias. Nosso desafio é formar uma rede de Ouvidorias do SUS organizadas no Sistema Nacional de Ouvidoria - SNO, de forma integrada, garantindo a efetiva participação social na construção de um SUS cada vez mais eficaz e na busca da melhoria da qualidade vida para todos os cidadãos brasileiros.

8.3.4.1 Introdução

O Ministério da Saúde, a partir da responsabilidade inerente ao gestor federal, desenvolve estratégias e ações para melhorar o atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS, mediante a adoção de mecanismos inovadores que venham possibilitar a participação dos usuários no mesmo, com o intuito de promover sua consciência sanitária, afirmar o direito à saúde e consolidar o SUS.

O Pacto pela Saúde estabelece diretrizes operacionais por meio dos seus componentes pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No Pacto de Gestão, uma das ações apontadas para o fortalecimento da participação e controle social é o apoio a implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

Nessa perspectiva, o Pacto pela Saúde, documento enunciador da política nacional de saúde desde o ano de 2006, efetiva-se como parte da consolidação do SUS, com o objetivo de promover e viabilizar instrumentos de gestão para aprimorar e qualificar o atendimento aos cidadãos brasileiros. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor, seja ele, federal, estadual ou municipal, por meio da adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), e estabelece metas e compromissos de forma a suprir as necessidades de saúde da população, com garantia de integralidade e equidade, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS.

Nesse contexto, essa diretriz do Pacto de Gestão vem sendo cumprido por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS - ParticipaSUS, de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), ampliando e fortalecendo a participação da comunidade. A ParticipaSUS imprime a gestão estratégica e participativa no sistema de saúde, com a adoção de práticas e mecanismos inovadores que favorecem avanços tanto para a gestão, quanto para o controle social do SUS.

Assim, é de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta da população em geral, com espaço de recepção das manifestações dos cidadãos, para melhor qualificar a gestão do SUS, nos três níveis de governo. A Ouvidoria é, por excelência, esse espaço.

A implantação da Ouvidoria do SUS, estruturada e articulada entre as três esferas de governo, com a participação do cidadão, contribui para o fortalecimento da democracia e da gestão participativa no SUS, com a correspondente ampliação do processo de controle social e com a corresponsabilização do cidadão na gestão do SUS.

8.3.4.2 O papel das Ouvidorias

As Ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão

do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as Ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e fiscalização da qualidade dos serviços de saúde. Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde.

Nas Ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela

busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias. Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as Ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão se dá individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

8.3.4.3 Base Legal das Ouvidorias

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, foi dado início à

regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, elegeram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada. A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As Ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apóiam-se nos princípios e diretrizes que determinam as ações e serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei n.º 8.080/90. A aplicação dos princípios previstos na Lei nº. 8.080/90 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das Ouvidorias do SUS, possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar junto ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independentemente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio pauta-se pela maior eficácia e transparência geradas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-pólo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Intergestoras Bipartites (CIB´s), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de Ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos Conselhos de Saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão pa os estados e municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

Nesse sentido, a ouvidoria estabelecerá vínculos com as entidades de representação política dos gestores administrativos, envolvendo os conselhos, as Secretarias Estaduais e Municipais, unidades de saúde e outros órgãos da área de saúde, para incentivar a abertura de canais de comunicação entre gestores e sociedade.

As experiências de Ouvidorias implantadas nas três esferas de governo têm contribuído para a construção de um Sistema Nacional de Ouvidoria (SNO). A estruturação do SNO contempla uma rede articulada de Ouvidorias com capacidade de integrar as demandas sociais em saúde, no sentido de sistematizá-las nas esferas de governo. O processamento e a leitura das manifestações captadas poderão dotar o nível federal de informações pertinentes para a formulação de políticas nacional de saúde.

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria se deu em 1923, através do deputado constituinte José de Souza Mello.

Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

Apesar das tentativas, o fato é que hoje ainda inexiste uma base legal consolidada a respeito do assunto. No entanto, dispositivos de alguns instrumentos legais e normativos servem de referência e respaldam a implantação de Ouvidorias, como seguem:

Constituição Federal de 1988

Artigo 37, parágrafo 3º, inciso I. Prevê a existência de uma lei que discipline

as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços.

Artigo 196 a 200. Definição da saúde como direito de todos e dever do estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de Ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Pacto de Gestão do SUS (Portaria GM/MS nº 399/2006)

Eixo 7, tópico 7.1, alínea 'e'. Prevê o apoio à implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados como ação de fortalecimento para o processo de participação social no SUS.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS (Portaria GM/MS nº 3.027/2007)

Vislumbra a implantação de Ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

- Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias de saúde.

- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria GM/MS nº 1.820/2009)

Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das Ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, sigilo e confidencialidade.

8.3.4.4 Requisitos Basicos para Implantar ou Implementar a Ouvidoria

Para implantação de uma unidade de Ouvidoria do SUS os seguintes passos são previstos:

- Mobilização para a criação da Ouvidoria.
- Definição no organograma.
- Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria.
- Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho).
- Divulgação do serviço para a comunidade.

- Mobilização para a criação

A primeira etapa para implantação de uma Ouvidoria é a de definição de sua necessidade dentro do órgão ao qual estará vinculada. Segue-se o apoio em sua efetivação, para que possa cumprir seu papel com legitimidade e autonomia.

Para isso, os gestores do SUS e os administradores dos estabelecimentos de saúde, bem como seus funcionários e a comunidade alvo, devem estar conscientes das atribuições da Ouvidoria e dispostos a colaborar com seu trabalho. Assim, a secretaria ou o estabelecimento de saúde pode organizar palestras e oficinas internas com essa finalidade.

- Definição de Organograma

A Ouvidoria, por ser um instrumento de gestão, será inserida no organograma HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e articulada ao nível central de gestão

Clareza quanto aos objetivos de implantação da Ouvidoria

Tratam-se dos propósitos a serem alcançados pela Ouvidoria, podendo ser relacionados:

- Ampliar a participação dos cidadãos na gestão do SUS.
- Possibilitar à instituição a avaliação contínua da qualidade das ações e dos serviços prestados.
- Subsidiar a gestão nas tomadas de decisões e na formulação de políticas públicas de saúde.
- Estruturação da Ouvidoria (estrutura física, instrumento normativo, recursos humanos, fluxo de trabalho):



-Estrutura Física

Deve-se observar:

- Espaço físico determinado.
- Boa localização, de fácil acesso e visibilidade ao cidadão.
- Acessibilidade (rampa e banheiros adaptados).
- Equipamentos e mobiliário adequados para a realização do serviço.
- Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.
- Espaço adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo.

Portanto, o local escolhido deve ser adequado para a execução das funções de Ouvidoria, tais como acolhimento das manifestações, incluindo espaço específico e adequado para o

atendimento presencial, análise e acompanhamentos das manifestações e gestão dos dados da Ouvidoria. Será criado de um espaço reservado para garantir um acolhimento privativo ao cidadão.

É importante que os responsáveis pela implantação da Ouvidoria estejam atentos a acessibilidade dos usuários portadores de necessidades especiais, como rampa de acesso, banheiro com adaptações, entre outros.

Para a adequação do espaço ao trabalho de Ouvidoria sugere-se que o local possua mobiliário, mínimo, como cadeira, mesa, armário (material de escritório em geral) computador, impressora, aparelho telefônico e fax.

Disponibilidade de linha telefônica: a linha telefônica deverá estar disponível para o atendimento ao cidadão e para interlocução da Ouvidoria com sua rede para encaminhamento e acompanhamento das manifestações.

Acesso à Internet e endereço eletrônico: atualmente, a internet e os meios de comunicação eletrônicos tornaram-se mecanismos facilitadores do acesso do cidadão. Para que Ouvidoria possa acompanhar esse processo é importante viabilizar um e-mail institucional para o qual o cidadão possa fazer contato com a Ouvidoria.

A Ouvidoria terá um sistema informatizado que possibilite a inserção das manifestações, sua categorização e gerenciamento dos dados assim gerados. O sistema implantado deve garantir a segurança dos dados inseridos e gerenciados. Além disso, é importante que esse sistema facilite o processo de encaminhamento das manifestações de maneira que Ouvidoria e sua rede utilizem o mínimo de documentos impressos.

Os recursos aqui elencados são os mínimos (ou básicos) para a criação da estrutura de uma Ouvidoria.

- Instrumento Normativo

Uma vez estruturada fisicamente a Ouvidoria, é importante que ela passe a existir também de direito, vale dizer, que seja formalizada e institucionalizada por meio de um instrumento normativo de criação/regulamentação. Diversos são os meios que podem ser utilizados para essa finalidade, de acordo com a estrutura e regras locais, sejam eles, lei; decreto; resolução; portaria, além de outros.

Por ser o instrumento que possui um processo mais rígido de elaboração e revogação, que passa pelo Poder Legislativo local e, por isso, confere à Ouvidoria maior legitimidade e concretude.

No instrumento normativo de criação/regulamentação da Ouvidoria podem constar, entre outros, os seguintes assuntos:

- Localização da Ouvidoria na estrutura organizacional da instituição a que pertence (previsão no organograma institucional);
- Definição do vínculo com a instituição, ressaltando-se a necessidade de autonomia de suas ações, lembrando que a ParticpaSUS, por entender a Ouvidoria como um instrumento de gestão, defende que seu vínculo seja com o gestor;

Atribuições e competências da Ouvidoria, inclusive com a previsão de estabelecimento de rede de parcerias e cooperação com outros órgãos e entidades ligadas direta ou indiretamente à instituição;

Cargos e funções destinados à composição dos recursos humanos da Ouvidoria.

Prazos: algumas Ouvidorias estabelecem os prazos para a resposta de demandas nesses instrumentos normativos. Para isso, recomenda-se que os prazos sejam previamente acordados entre as partes envolvidas no processo de tratamento das manifestações e ratificados pelo gestor.

- Recursos Humanos

Os profissionais que venham atuar na Ouvidoria devem ter formação e capacitação compatível com a função, mediante análise de perfis e dependerá das condições e necessidades locais.

Vale ressaltar que os profissionais das Ouvidorias do SUS são como agentes do processo de educação para a cidadania e responsáveis pelo acolhimento das demandas que chegam as Ouvidorias.

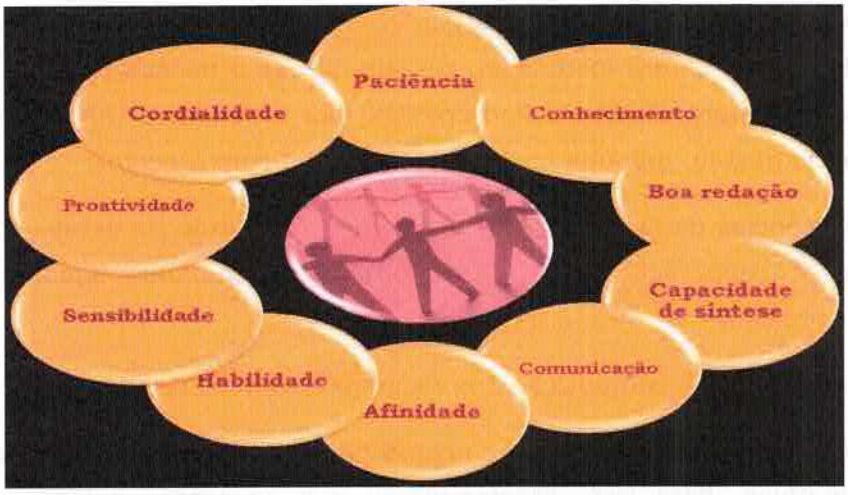
A Ouvidoria precisa contar com, no mínimo, os recursos humanos abaixo discriminados:

- Responsável pela Ouvidoria.

- Tele-atendente (para os que tiverem a Central de Atendimento por telefone) e Suporte administrativo para atividades burocráticas e administrativas e para o tratamento da demanda

A capacitação é um fator determinante para que a equipe da Ouvidoria realize um trabalho consciente e qualificado.

- Características da Equipe



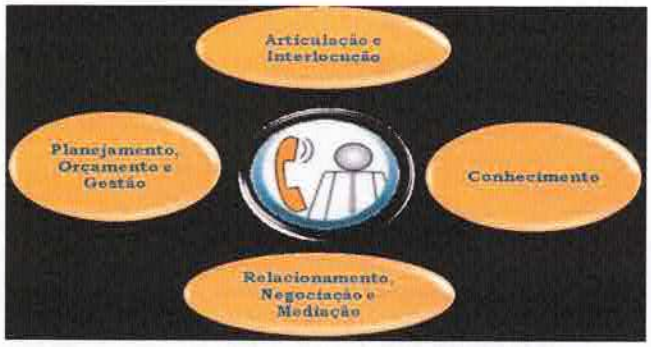
Os profissionais serão exclusivos para a Ouvidoria. Não há como atender a Ouvidoria e a outro setor simultaneamente..

- Designação do Ouvidor

A designação do Ouvidor dependerá de como foi estruturada a Ouvidoria e dos entes envolvidos em sua constituição. A escolha do responsável poderá ser feita pelo gestor ou resultar de processo democrático ampliado com participação do usuário, trabalhador e gestor.

Não há obrigatoriedade quanto a denominação do cargo de Ouvidor. A instituição poderá designá-lo como Diretor, Encarregado, Assessor, Técnico, Ouvidor ou outro, desde que conste no documento de criação da Ouvidoria a denominação e a função daquele(s) que será(ão) responsável(eis) pela Ouvidoria.

- Características do Ouvidor

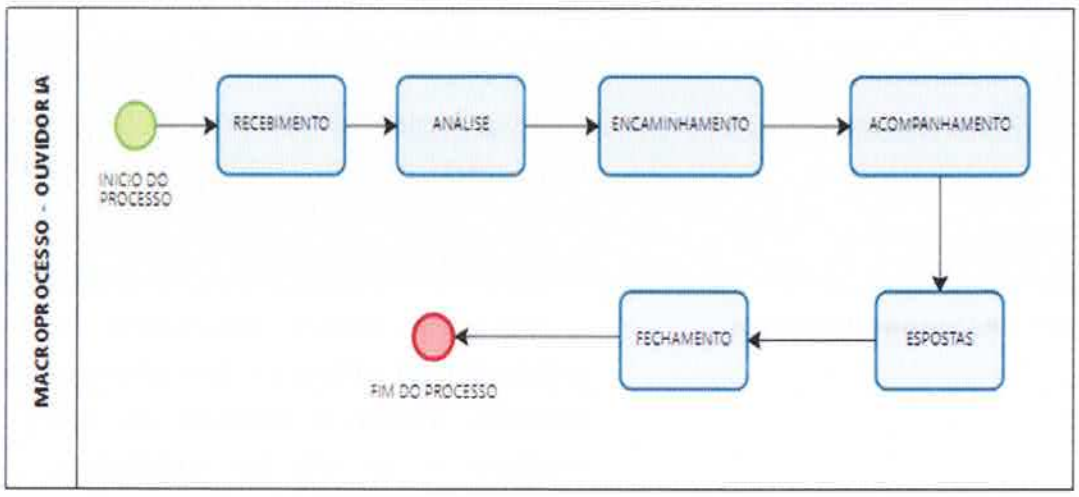


- Estrutura de Fluxo de Trabalho

O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do cidadão internamente e externamente à Ouvidoria.

- Fluxo de trabalho interno

Refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.



Quadro 1 – Fluxo de Trabalho Interno

ETAPA	PROCEDIMENTO
1ª - Recebimento	As demandas poderão ser recebidas na Ouvidoria por meio de correspondências diversas, correspondência eletrônica, pessoalmente, telefone e outros. É importante que a Ouvidoria observe os processos de recebimento de documentos já implantados em sua instituição (protocolo de documentos) para que os documentos da Ouvidoria sigam os mesmos processos.
2ª - Análise	O período de análise é compreendido como a etapa pela qual a Ouvidoria deverá analisar o teor da manifestação, verificar se há dados suficientes para dar continuidade ao processo, se há a necessidade de colocar a demanda em sigilo, e para qual o local deverá ser encaminhada.
3ª - Encaminhamento	Após a análise, a demanda que tenha dados suficientes deverá ser encaminhada para a área responsável pela sua resolução. É importante que o cidadão tenha conhecimento do encaminhamento dado a sua manifestação.
4ª - Acompanhamento	A Ouvidoria deverá acompanhar o trâmite da demanda para agilizar e intermediar as ações deverá, também, avaliar a resposta do setor, órgão ou entidade e, se não for satisfatória, procurar a instância imediatamente superior para nova avaliação.

5ª - Resposta ao Cidadão	Manter o cidadão informado sobre o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS. Cada Instituição estabelecerá o modo mais adequado para a tramitação das demandas, tendo em vista sua organização e necessidade.
6ª - Fechamento	Uma demanda só pode ser fechada mediante uma resposta satisfatória. Ressalte-se que não necessariamente a resposta satisfatória significa atendimento.

Fonte: SGEP/MS.

- Fluxo de trabalho externo

Refere-se aos processos que envolvem o encaminhamento da demanda para as áreas responsáveis, com o estabelecimento de como as demandas serão encaminhadas para as áreas competentes, quando isso não ocorrer via sistema informatizado.

A Ouvidoria Geral do SUS atua por meio de um sistema informatizado, o OuvidorSUS, que permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação.

O Sistema OuvidorSUS foi desenvolvido pelo Departamento de Ouvidoria Geral do SUS em parceria com o Departamento de Informática do Ministério da Saúde – DATASUS, e implantado em 2006. O Sistema tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das Ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das manifestações, além de gerar relatórios gerenciais; e, também a definição de prazos para o tratamento das demandas.



8.3.4.5 Estabelecendo a rede da Ouvidoria vinculada Secretaria de Estado da Saúde

Uma Ouvidoria se constitui de estrutura física, de organização jurídica, de recursos humanos e de sua rede. A origem dessa palavra vem do latim "retis", que significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento e estrutura reticulada a palavra foi ganhando novos significados ao longo do tempo. Nas duas últimas décadas prevaleceu a noção de alternativa prática de organização que possibilita processos capazes de responder às demandas com flexibilidade, conectividade e descentralização das suas estruturas integrantes.

A Ouvidoria é responsável por receber as manifestações, analisar e encaminhar para a área responsável, constituindo, assim, o canalizador e intermediador das manifestações do cidadão. Isso significa que a rede de uma Ouvidoria pode ser entendida como a extensão desse processo, pois para o trabalho da Ouvidoria ser efetivo é necessário que essa poss articulação com as áreas responsáveis para a resolução da demanda. A rede nada mais é do que as áreas, órgãos ou instituições que serão responsáveis por responder ou resolver as demandas acolhidas.

Para a estruturação de uma rede, inicialmente, é necessário que a equipe da Ouvidoria apreenda a organização do órgão gestor da saúde respectivo, para que a estruturação da rede não fira a organização do mesmo.

Também se faz necessário conhecer as competências e atribuições de cada

área que integrará a rede. Estabelecer uma rede, assim, significa em primeiro lugar, seguir os princípios e diretrizes do SUS e, na sequência: conhecer as competências e atribuições das áreas que integrarão a rede para encaminhamento correto das manifestações; seguir e

respeitar a lógica e a organização do órgão gestor e demais instituições envolvidas: discutir com a equipe, a gestão e com os parceiros as propostas de fluxos, prazos, processos de trabalho, responsabilidades e agentes responsáveis em cada ponto da rede.

Deve-se analisar, ainda, o perfil das entidades que farão parte da rede, de forma que o percurso da demanda seja rápido e eficiente. Sendo assim, a Ouvidoria pode determinar se a rede será composta por todas as unidades de saúde ou então composta por todas as unidades de saúde e seus departamentos, ou ainda, por todos esses e ainda suas superintendências.

Na discussão com os parceiros membros da rede torna-se importante estar atento aos tópicos seguintes:

- Definição dos objetivos da implantação da Ouvidoria do SUS.
- Importância da Ouvidoria para a gestão e para as áreas envolvidas.
- Canais de entrada e fluxos propostos para a estruturação da rede, inclusive de relatórios gerenciais.
- Disponibilização de responsáveis em cada ponto para responder as demandas e pactuação de processos de trabalho com cada integrante da rede.
- Responsabilização definida nas respostas aos cidadãos (Ouvidoria versus da rede).
- Definição de prazos para resposta, formalmente (por lei, decreto, portaria) ou não, mas sempre discutido com a rede.
- Divulgação de informações.
- Colaboração com o desenvolvimento das ações de cada área.
- Fundamento ético quanto ao tratamento das demandas.

As ouvidorias do SUS compõem uma grande rede nacional – o Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS – que tem por objetivo proporcionar ao cidadão maior agilidade na resposta às suas manifestações e demandas junto aos órgãos gestores de saúde.

Em suma, o que deverá determinar a composição da rede é:

(a) responsabilidades e competências em resolver problemas;

(b) fluxos voltados para a agilidade do processo, sem desrespeitar a estrutura e o funcionamento dos órgãos participantes;

(c) promoção de compreensão e receptividade em relação à Ouvidoria;

(d) disponibilidade de pessoal para dar andamento aos processos inerentes a uma Ouvidoria do SUS.

As Ouvidorias do SUS, estão integradas, e serão compartilhados compromissos com os cidadãos. Sendo assim, é necessário que a rede tenha conhecimento do processo de trabalho da Ouvidoria, das atribuições da Ouvidoria, das particularidades das demandas sigilosas e em anonimato, da ética envolvida no tratamento da manifestação do cidadão, visto que essa poderá tratar de assuntos relativos a colegas de trabalho ou do próprio interlocutor.

No quadro abaixo a distinção entre membros de uma rede e parceiros, aspecto sistematizado:

Quadro 2 – Membros de Rede e Parceiros

MEMBROS DE REDE	PARCEIROS
Fazem parte da estrutura da secretaria da instituição.	Não necessariamente fazem parte da estrutura da instituição (corpo de bombeiros, exército, ministério público)
Possuem competência direta para responder ou atender demandas	Papel auxiliar na resolução de problemas

Fonte: SGEP/MS.



8.3.4.6 Processos de Trabalho da Ouvidoria



As Ouvidorias do SUS, além de constituírem-se em um espaço para acolhimento das manifestações dos cidadãos, como reclamações, denúncias, sugestões, elogios e solicitações, são canais democráticos de comunicação que também se destinam a disseminar informações, visando maior efetividade no desenvolvimento de um espaço de cidadania.

O termo disseminar está associado à idéia de difundir, espalhar, "semear", aplicando-se a informações dirigidas não só para o cidadão, mas para os atores do SUS em geral. Tais informações podem ser consideradas verdadeiras ferramentas de gestão. Além disso, a disseminação da informação contribui com eficácia e valor estratégico no fortalecimento da cidadania e na democratização de informações em saúde.

Pode-se dizer que o grande desafio da Ouvidoria do SUS é o de atuar de forma pautada no compromisso e na transparência de suas ações, incentivando as práticas de democratização de informações em saúde como estratégia de controle social. Para tanto, o papel de disseminar informações deve ser um norteador das práticas de todos que atuam nas Ouvidorias do SUS.

A organização dos processos de trabalho numa Ouvidoria do SUS deve seguir algumas recomendações:

- Estabelecer a Ouvidoria como responsável para receber as manifestações no âmbito da saúde. É importante discutir essa ação com as áreas da adminstração que recebem demandas próprias, para que esse trabalho fique centralizado na Ouvidoria.
- Especificar as demandas que chegam à Ouvidoria com um número de tramitação interna na adminstração (como um número de protocolo).
- Estabelecer o modo de encaminhamento dessas demandas para as áreas competentes (via correspondência oficial, e-mail, por exemplo).
- Estabelecer o padrão de análise das respostas recebidas da rede pertinente bem como entrar em contato com o cidadão para informar as providências de sua manifestação.
- Será disponibilizado as informações sobre a existência e as formas de acesso à Ouvidoria vinculada à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, incluindo o referido informe, por exemplo, nos locais de maior fluxo da unidade.

De acordo com a experiência do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, são quatro os macro-processos de trabalho inerentes à Ouvidoria do SUS:

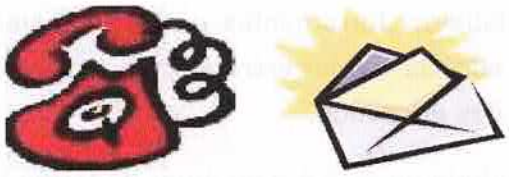
a-Recebimento das manifestações;

b-Análise e tratamento das demandas;

c-Resposta ao cidadão;

d-gestão da informação.

a-Recebimento das manifestações







É importante que os cidadãos tenham amplo acesso às Ouvidorias do SUS, que podem disponibilizar, entre outros, os canais seguintes: caixa de sugestões; cartas; correspondência oficial; fax; internet e telefone, além da forma presencial.

b-Análise e Tratamento das Demandas

Após receber as manifestações pelos diferentes canais de entrada, os técnicos das Ouvidorias do SUS realizam todo o processo de análise e tratamento das demandas, que envolve as etapas de: registro; classificação; tipificação; encaminhamento; e acompanhamento.

Registro

Para registrar uma manifestação, é importante ter em mente os princípios de: (a) *Perguntas de Sondagem e Confirmação* – entendidas como a operação de pesquisar, explorar, investigar cautelosamente e perguntar de forma direcionada, com o objetivo de compreender o relato do cidadão e identificar o que responder e/ou registrar., no âmbito de operações de avaliação e equilíbrio, de forma a colaborar na compreensão correta da mensagem do cidadão; (b) *Coleta de Dados:*, o que equivale dizer que uma boa sondagem contribui para qualidade da resposta e para o registro das demandas com todos os dados necessários ao processo de análise e tratamento; demandas sem dados completos podem dificultar todo o processo e até impossibilitar sua resolução.

Classificação

Todas as manifestações são classificadas de acordo com as categorias operacionais discriminadas no quadro abaixo: Quadro 3 – Classificação das Manifestações

DENÚNCIA	**Comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade na administração ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde.**

ELOGIO	Comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
INFORMAÇÃO	Comunicação, orientação ou ensinamento relacionado à saúde.
RECLAMAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.
SOLICITAÇÃO	Comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e serviços de saúde.
SUGESTÃO	Comunicação verbal ou escrita que propõe ação considerada útil à melhoria do SUS.

Fonte: SGEP/MS.

É importante que todas as Ouvidorias do SUS tenham o mesmo entendimento sobre os conceitos acima.

- Tipificação

A tipificação consiste na categorização das demandas, de acordo com assuntos e subassuntos, de importância para a geração de dados precisos e para a elaboração de relatórios gerenciais fidedignos, potencializando o papel das Ouvidorias do SUS com instrumentos de gestão.

- Encaminhamento

Para o encaminhamento das demandas, é necessária a criação e o conhecimento pleno dos fluxos na rede principal ou nas sub-redes da Ouvidoria do SUS, que receberá as demandas de acordo com sua competência.

- Acompanhamento

Todo o acompanhamento do processo pode ser realizado pelo status da demanda, e pode ser otimizado com a utilização de um sistema informatizado. Além do *status*, a prioridade também

deve ser considerada. É essencial a interlocução com os serviços que fazem parte da rede, responsáveis diretos pela resolução das demandas.

- - STATUS DAS DEMANDAS

Este aspecto é sistematizado no quadro que segue:

Quadro 4 – Status das Demandas

NOVA	**Quando a demanda foi inserida no sistema, mas ainda não foi tratada pelo técnico.**
ENCAMINHADA	Quando o registro foi encaminhado ao órgão competente, que ainda não tomou conhecimento do mesmo.
EM ANÁLISE	Quando o registro já foi visualizado e está em análise pelo órgão competente.
CONCLUÍDA	Quando o órgão competente insere a resposta com as providências adotadas para o caso.
REENCAMINHADA	Quando a resposta do órgão competente não é satisfatória, a demanda é reencaminhada.
FECHADA	Quando a Ouvidoria considera a demanda resolvida pelo órgão competente.

Fonte: SGEP/MS.

(c) Resposta ao cidadão

Ouvidoria deve manter o cidadão informado sobre todo o processo de tramitação de sua demanda. O cidadão também deve ter possibilidade de entrar em contato com a Ouvidoria para fazer o acompanhamento, bem como para incluir novas informações em sua demanda.

As Interpelações e questionamentos acerca das atividades e/ou serviços executados HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , formulados por autoridades ou cidadãos, deverão ser respondidas, observado o fluxo determinado pela Ouvidoria Geral do Estado.

(d) Gestão da Informação

A Gestão da Informação pode ser entendida como toda ação relacionada à obtenção da informação adequada. Ou seja; a informação disponibilizada de forma correta, para a pessoa indicada, a um custo adequado, no tempo oportuno, em lugar apropriado, para tomar a decisão mais acertada.

A explicação sobre gestão da informação remete à gestão dos próprios recursos de informação. Esta pode ser entendida como o processo de organizar dados para alcançar os objetivos institucionais. Visa à construção do conhecimento de modo a favorecer a reflexão e a percepção da realidade.

Alguns processos da Gestão da Informação devem ser conhecidos, de acordo com a síntese do quadro abaixo:

Quadro 5 – Processos de Gestão da Informação

Prospecção, seleção e obtenção de dados e de informação a partir de fontes oficiais.
Mapeamento e reconhecimento dos fluxos formais de informação.

Fonte: SGEP/MS.

Por meio de uma gestão adequada da informação, as Ouvidorias podem:

- subsidiar a tomada de decisão;
- formular diretrizes, políticas, programas, prioridades;
- delinear cenários futuros e atuação junto à sociedade;
- estabelecer indicadores de desempenho;
- dimensionar a imagem institucional;
- atualizar os profissionais e contribuir para sua orientação técnica e administrativa.

Além disso, são capazes de: informar a população e contribuir para o fortalecimento participativo na gestão da saúde; prestar orientações básicas relativas à saúde individual e coletiva, bem como os serviços e gestão do SUS; estreitar os vínculos ente o sistema de saúde e seus usuários, (ampliando as possibilidades de acolher e minimizar os anseios da população, além de conhecer suas expectativas).

Tratamento, análise e armazenamento da informação utilizando tecnologias disponíveis.
Disseminação e mediação da informação ao público interessado.
Criação e disponibilização de produtos e serviços de informação.

Algumas atribuições envolvidas na prática de Gestão da Informação em Ouvidoria devem ser evidenciadas, de acordo com a síntese abaixo:

Quadro 6 – Atribuições na Prática de Gestão da Informação em Ouvidoria

Organizar, analisar, interpretar e disseminar informações e demandas provenientes do Sistema OuvidorSUS
Elaborar indicadores de avaliação e monitoramento do sistema informação adotado pelo serviço de Ouvidoria
Formular e proceder a respostas aos usuários e parceiros, acerca das demandas relativas
Elaborar relatórios e periódicos gerenciais, temáticos e segmentados, cuja analise, conteúdo e linguagem devem ser ajustados ao contexto e objetivos do destinatário. As estratégias adotadas devem se orientar pela finalidade de fomentar a disseminação e apropriação comum da informação
Articular, intersetorial e interdisciplinarmente, para promover o aprimoramento dos recursos de informação e da Ouvidoria como um espaço de cidadania.

Fonte: SGEP/MS.

As Ouvidorias do SUS devem estar atentas, também, para alguns dos instrumentos de Gestão da Informação do SUS, que devem ser somados aos recursos estabelecidos localmente. Estas ferramentas possibilitam a captação, extração e análise de dados de Ouvidoria, fazendo parte de sistemas próprios da Ouvidoria Central do SUS. São elas:

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO
UNIDADE DE RESPOSTA AUDÍVEL – URA

SISTEMA WEB REPORT
SISTEMA OUVIDOR-SUS
HOME PAGE DA OUVIDORIA
SISTEMAS OFICIAIS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
OUTRAS FONTES DE INFORMAÇÃO OFICIAIS

Sistema Informatizado OuvidorSUS

Apresentação dos requisitos básicos para a implantação do OuvidorSUS na Ouvidoria do SUS descentralizada. É imprescindível que a Ouvidoria esteja institucionalmente legalizada, e devidamente implantada, ou seja, com recursos humanos, materiais e tecnológicos para operar em rede.

A solicitação para o uso do OuvidorSUS deverá ser feita por meio de Ofício ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS, juntamente com o Plano Operativo disponíveis no endereço <www.saude.gov.br/sgep>.

O sistema OuvidorSUS possui dois Níveis de cesso:

a. Nível I

Para obter o acesso ao nível I, a Ouvidoria deve estar institucionalmente legalizada por meio de Portaria, Decreto, Lei etc.

O nível I de acesso permite às Ouvidorias criarem sua própria rede hierarquizada agilizando o fluxo de trabalho; cadastrarem e encaminharem as manifestações dos cidadãos para outras Secretarias de Saúde dentro do seu estado, hospitais de sua gestão e internamente, departamentos e coordenações da Ouvidoria.

Visando a maior segurança do fluxo de informações registradas no sistema, o nível I apresenta o Serviço de Controle de Acesso - SCA, onde será gerada automaticamente uma senha para cada CPF informado no ofício de solicitação.

b. Nível II

O nível II de acesso é utilizado atualmente por todos os órgãos que possuem login e senha e recebem as manifestações encaminhadas pelo Doges.

O Ouvidor SUS, conforme mencionado, é um sistema desenvolvido especialmente para as Ouvidorias do SUS. É um instrumento importante para o processo de descentralização com a finalidade de melhorar os fluxos de trabalho e permitir autonomia da instituição para registros de manifestações e criação de redes de relacionamento para que venham agilizar os serviços da Ouvidoria.

Segue abaixo a tabulação das pesquisas de satisfação da ouvidoria:

LIMPEZA ESTRUTURA E													
	PESQUISA DE SATISFAÇÃO - HUZA												
	TOTAL DAS AVALIAÇÕES (INSATISFEITO – SATISFEITO – MUITO SATISFEITO)												
	TOTAL/MÊS												
DEPARTAMENTOS	MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEUTRO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO	TOTAL	%						
UTI	0	0	0	0	4	4	0%						
NIR	0	0	0	0	3	3	0%						
RECEPÇÕES	1	2	2	132	89	226	21%						
LABORATORIO	0	0	0	1	12	13	1%						
ENFERMAGEM	0	0	1	31	48	80	8%						
PRONTO ATENDIMENTO	0	0	1	75	67	143	14%						
EXAMES IMAGEM	0	0	0	0	0	0	0%						
AMBULATORIO	0	0	0	27	42	69	7%						
LIMPEZA ESTRUTURA E ACOMODAÇÕES DO HUZA	1	0	2	242	271	516	49%						
TOTAL GERAL	2	2	6	508	536	1044	100%						
PERCENTUAL	0,19%	0,19%	0,57%	48,66%	50,38%	100,00%							

8.3.4.7 Pop - Procedimento Operacional Padrão – Ouvidoria /Sus

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRAO	Versão nº Revisão nº	Copia Controlada
OUVIDORIA SUS/	Data:	POP.OUVI.001

1. OBJETIVO

Ampliar a participação dos usuários do SUS, garantindo a escuta e resposta aos cidadãos;

Criar um canal direto de comunicação que tenha como característica a independência, a autonomia e a ética, preservando o sigilo do cidadão, conforme a atividade requer;

Avaliar, continuamente, a qualidade dos serviços prestados pelo SUS;

Produzir relatórios gerenciais que subsidiem os gestores na tomada de decisões, além de subsidiar controle social, possibilitando ampla articulação entre esses dois atores.

2. REFERENCIA

- *Constituição Federal de* f988

Artigo 37, parágrafo 3°, inciso 1. Prevê a existência de uma lei que discipline

as formas de participação do usuario na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas a prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuario e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços.

Artigo 196 a 200. Definição da saúde como direito de todos e dever do estado e instituição do SUS

Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, foi dado início â regulamentação do Sistema Único de Saúde

Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada. A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social.

- *Pacto* cfe. Gestão *do SUS (Portaria GM/MS nº 399/2006)*

Eixo 7, tópico 7.1, alínea 'e'. Prevê o apoio a implantação e implementação de Ouvidorias nos municípios e estados como ágio de fortalecimento para o processo de participação social no sus.

Politica Nacional c/e Gestão *Estratégica e Participativa no SUS - Participação US (Portaria GM/MS nº 3.027/2007)*

Vislumbra a implantação de Ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de Ouvidorias de saúde.

Carta dos Direitos c/os *Usuários da* Saúde *(Portaria GM/MS nº 1.820/2009)*

Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denuncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das Ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, sigilo e confidencialidade.

Decreto nº 7.903, de *11* de/t/nfio r/e *2013.*

Institui e organiza o Sistema de Gestão de Ouvidoria do Estado de Goiás e da outras providências.

Portaria nº 13, de 05 de junho de 2013 ()

Dispõe sobre a criação/regulamentação da Ouvidoria do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e dá outras providências.

Termo de Cooperação Técnica (DOU 25 de mars de 2013), celebrado entre a União, por intermédio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, e o Estado de Goiás, por intermédio do Hospital. Manual das Ouvidorias do SUS (Ministério da Saúde — Secretaria de Gestão Estratégica
Participativa — Departamento de Ouvidora-geral do SUS — 2014) - Lei 13.460 de 26106/2017 da Presidência da República - Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuario dos serviços públicos da administração pública.

3. APLICABILIDADE	4. RESPONSABILIDADES
Usuários internos e externos (cidadãos e servidores/funcionarios)	Ouvidores e Técnicos da Ouvidoria SUS

5. MATERIALS NECESSARIOS
Editor de textos, planilha eletrônica, e-mail, formulários, Sistema de informatização hospitalar MV SOUL, Internet, Sistema Ouvidor SUS do Ministério da Saúde Computadores, Impressoras, Material de expediente, Linha telefônica.
6.DEFINIÇÕES
Não se aplica.
7. DESCRIÇAO DO PROCEDIMENTO

Atender o cidadão que procura a Ouvidoria

Acolher o cidadão e, na escuta qualificada, tanto no atendimento presencial como por telefone, e- mail ou carta, tentar resolver o problema apresentado da forma mais rápida possível. Quando não é possível resolver no momento da manifestação, então será registrada uma demanda no Sistema Ouvidor SUS.

Recebimento da demanda

Receber as demandas. Pelo atendimento presencial, por telefone, e-mail, carta e ainda as registradas na Ouvidoria SUS/SES e na CGE.

Registro

Registrar a manifestação do cidadão, validando as informações com o mesmo e informar ao cidadão o numero do protocolo gerado, no final do atendimento.

Analise

Analisar o teor da manifestação, verificar se ha dados suficientes para determinar a continuidade do processo, se há necessidade de colocar em sigilo e definir para qual setor devera ser encaminhada. Classificar o status da demanda. Tipificar a demanda.

Encaminhamento

Após a analise, encaminhar a demanda para o setor responsável para analise e providências cabíveis.

Acompanhamento

Acompanhar o trâmite da demanda para intermediar as ações, bem como avaliar a resposta do setor e, caso a resposta não seja satisfatória, procura a instância imediatamente superior.

Resposta ao cidadão

Manter o cidadão informado de todo o trâmite da sua demanda, considerando sua resolução dentro dos princípios legais e diretrizes do SUS e concluir a demanda.

8. TAREFAS CRITICAS/ESPECIAIS
Visitar usuários no leito e/ou acompanhantes em toda unidade hospitalar (UTIs 1, 2, 3 e 4, enfermarias no térreo, 2°, 3° e 4° andares, sala de emergências, sala de classificação de risco e isolamentos), visando a resolução de problemas, encaminhamento de providências e o fornecimento de orientações sociais bem como esclarecimentos a cerca das normas e rotinas do hospital;
9. INDICADORES
Não se aplica.
10. DOCUMENTOS DE APOIO
-Livro Ata; -Sistema Ouvidor SUS; -Formulário de demanda
11. CONTROLE DE REVISOES EFETUADAS

Nome	Cargo	Data da Elaboração	ç

8.3.5 Proposta Para Implantação De Serviço De Atendimento Ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) na área da saúde, principalmente no que tange o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser, sobretudo, humanizado. O usuário precisa ser tratado de forma única, considerando todas as suas necessidades dentro da rede pública, orientando-o claramente, cordialmente e objetivamente. O tratamento personalizado

aumentará sua satisfação em relação o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , e toda a rede.

O SAU na Saúde precisa ser visto além do simples contato entre departamento e usuário, caso contrário deixa a impressão de que as outras áreas não estão inseridas neste processo. Os clientes dos serviços de saúde, mais do que em qualquer área, necessitam de cuidados especiais, face à compreensiva fragilidade emocional a que estão submetidos (ou algum membro familiar). O SAU também é um importante instrumento de qualidade. Tem como objetivo registrar a opinião do cliente/usuário ou seu responsável e pontuar as questões referentes à atuação dos diversos profissionais que o assistiram durante a sua experiência no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , focando a qualidade da assistência prestada, tempo de espera, relação interpessoal e qualidade das instalações físicas e equipamentos, por meio de diversos canais de interação.

Os usuários são importantes fontes de opiniões e sugestões, por isso, ele é fator determinante na gestão. As suas informações auxiliam na mensuração da qualidade, contribuindo dessa forma para a melhoria dos serviços oferecidos. Os resultados demonstram que o usuário está atento a falhas na prestação da assistência, comparam padrões de atendimento e de comprometimento dos profissionais.

Com a expertise em gestão, o Instituto CEM propõe para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , um modelo que garantirá que o usuário será sempre ouvido: o Programa de Satisfação do Paciente. O objetivo é oferecer diversos canais de atendimento para os usuários, facilitando a interação com os gestores da unidade, bem como unificar todas as manifestações em um núcleo, condensando as informações de forma eficiente, trazendo chaves de *performance* e análise de indicadores de desempenho.

8.3.5.1 Finalidade SAU

O SAU tem uma função social importante no contexto de atenção à saúde na Unidade Assistencial de Saúde, além da função operacional que, proporciona a oportunidade de melhoria contínua da instituição.

Credibilidade e reconhecimento da Organização, pela sociedade, em virtude do respeito e valorização das suas demandas,

Facilitar os processos de melhoria contínua, com base nas informações advindas dos usuários, visitantes e acompanhantes diretamente envolvidos processo de atenção à saúde, além de profissionais de saúde e fornecedores.

Valorizar e incentivar o exercício da cidadania, através da participação dos usuários na gestão da Instituição.

Reconhecer a importância da participação dos usuários para a melhoria dos serviços. Atuar como órgão representativo dos interesses dos usuários junto à diretoria da Organização.

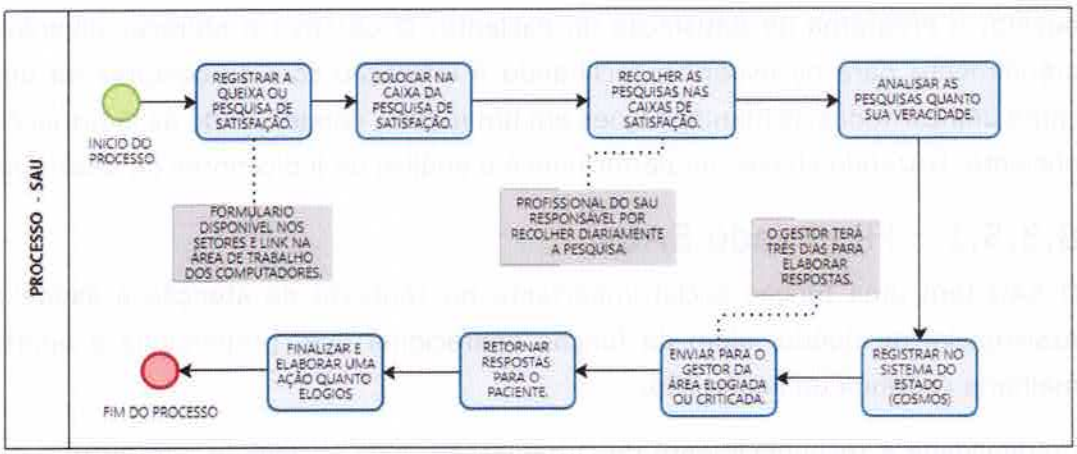
Resolver conflitos com os usuários extrajudicialmente, dentro da própria Organização.

Este projeto propõe a implantação de um SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO SAU para a Unidade, serviço este que será um canal permanente para receber sugestões e reclamações de pacientes, visitantes e acompanhantes, tornando se importante instrumento de melhoria do atendimento aos usuários, com resposta rápida durante. o horário comercial e, fora desse horário, possibilita controle e acompanhamento dos casos com o devido retorno, da informação acerca das providências, para os usuários.

Horário Segunda a Sexta-feira de 8 às 18h.

O SAU deve ser independente, reportando e diretamente a Área Psicossocial.

FLUXO DO SAU:



8.3.5.2 Canais de Atendimento

Os diferentes canais de atendimento têm como objetivo ampliar o acesso dos usuários aos gestores. A facilidade de comunicar-se com a unidade permite manifestações mais detalhadas e propicia ainda mais a realização de elogios. Segue abaixo a descrição destes canais:

Caixas de Opinião: Instaladas nos setores, as Caixas de Opinião servem para coletar informações mais detalhadas dos usuários. Eles podem escrever, além de sugestões, denúncias ou reclamações de forma discursiva. As opiniões serão coletadas semanalmente, digitadas e enviadas por e-mail para as equipes responsáveis.

Segue abaixo modelo da caixa de pesquisa de satisfação:

Central de Atendimento: Constituída por telefone, e-mail e via aplicativo WhatsApp.

a) Os telefonistas poderão receber as demandas do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , bem como entrar em contato com os pacientes. Com atendimento humanizado, a Central também funciona como canal para colher opinião do usuário.



b) Por meio do e-mail é possível ter informações sobre o trabalho do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

c) Por meio de um número de telefone, via aplicativo WhatsApp, será possível enviar sugestões, criticas, reclamações e sanar dúvidas sobre o atendimento.

Neste projeto, também está previsto o uso de SMS e e-mail.

Ouvidoria e Ouvidoria Virtual: É o canal de comunicação presencial ou pelo site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , entre o cidadão e a Instituição. Tem como atribuições receber e examinar, sugestões, reclamações, elogios e

denúncias do cidadão, quando não forem solucionadas pelos setores, departamentos e direções responsáveis. Encaminhar aos setores, departamentos e ou direções, a manifestação do cidadão, acompanhando as providências adotadas e garantir o retorno da mesma. Apoiar tecnicamente e atuar com as áreas internas, visando a solução do problema apontado pelo cidadão.

Após encaminhamento da Ouvidoria, as Coordenações e/ou supervisões terão até 05 dias úteis de prazo para responder por escrito os registros encaminhados. Caso a resposta não satisfaça o questionamento contido no registro, este deverá retornar aos supervisores para maiores esclarecimentos e terá mais 03 (três) dias de prazo.

A Ouvidoria, através do seu ouvidor, acompanhará cada um dos casos, tendo como responsabilidade, dar retorno ao usuário no prazo máximo de 10 (dez) dias.

Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , durante o atendmento, após o questionário, haverá um campo especial para deixar a opinião sobre o serviço. Críticas e elogios servem para avaliar o trabalho da equipe e a organização da unidade hospitalar, além de nortear as ações da Secretaria de Estado da Saúde (SES).

Segue abaixo modelo de pesquisa de satisfação a ser utilizada:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Prezado Cliente,

A pesquisa de satisfação traz benefícios para todos os envolvidos.

Sabendo o que o cliente pensa e espera da empresa, os erros tendem a diminuir, os processos são mais bem direcionados e os ajustes são realizados partindo de dados concretos sobre o que deve ser aperfeiçoado.

Este questionário é de natureza confidencial. Ao preencher o questionário tenha em conta que o grau de satisfação:

1 = Muito Insatisfeito, 2 = Insatisfeito, 3 = Pouco Satisfeito, 4 = Satisfeito e 5 = Muito Satisfeito.

***Caso algum item não seja aplicável, responder com "N/A"**

Nº	Indicador	Grau de Satisfação

		1	2	3	4	5
1	Desempenho geral no serviço oferecido					
2	Agilidade e clareza no retorno quanto às informações					
3	Relacionamento com a nossa equipe local/ prepostos					
4	Documentação enviada para ateste com qualidade de informações					
5	Desempenho da equipe operacional de execução do objeto do contrato					
6	Observações:					

Comentários:

_____

_____

DATA DO PREENCHIMENTO: ___/___/___ **REPRESENTANTE DA UNIDADE:**_____

Obs.: Para cada setor existira uma pesquisa de satisfação especifica.

Site do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) : Os usuários e toda a população terão acesso às informações do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , por meio de um site próprio, onde será possível conferir como funciona o atendimento, se informar sobre o que acontece no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , conferir sobre as formas de acesso, área de abrangência, conhecer cada setor da unidade, entre outras informações.

8.3.5.3 Análise das demandas

As opiniões registradas nos canais de atendimento serão mensuradas e seus resultados analisados pelo Núcleo de Satisfação do Paciente, onde serão discutidos e elaborados planos

de ação e ciclos de melhoria. Os elogios serão reproduzidos em informativos pela Assessoria de Comunicação Social e encaminhados para ciência dos interessados e público externo. As sugestões relacionadas ao nível institucional serão encaminhadas às Coordenações e/ou Diretorias e aquelas relacionadas ao processo de trabalho das unidades serão encaminhadas aos supervisores, para análise e aproveitamento se for o caso.

A Ouvidoria será responsável pelo feedback (retorno) aos usuários com a solução do caso ou com a análise da demanda.

8.3.5.4 Plano de Comunicação Social

O Plano de Comunicação Social do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) visa à melhoria do relacionamento entre todos os públicos internos da organização, desde usuários, profissionais, prestadores, voluntários e a divulgação das ações e resultados também ao público externo, municiando os veículos de comunicação em massa com dados positivos do trabalho realizado ou gerenciando crises. Para atingir esses objetivos, primeiro faz-se necessária a análise aprofundada dos públicos envolvidos no sistema global de comunicação da instituição. Este é um item prioritário no planejamento de ações para que esta possa atuar de forma mais efetiva.

Na busca de atingir estes públicos, além do desenvolvimento de todas as atividades inerentes ao setor de comunicação, tais como produção de releases e avisos de pautas, atualização rotineira do mailling, produção de artigos, monitoramento de clipping, acompanhamento de entrevistas, produção de materiais de divulgação interna (cartões de aniversário, de datas especiais, etc), monitoramento de redes sociais, serão adotadas ferramentas da comunicação, como jornais murais, informativos impressos e eletrônicos, sites, intranet. Todas as ações serão feitas de forma integrada, em encontro aos valores e ideais do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) .

COMUNICAÇÃO INTERNA

Murais

Os informativos fixados nos murais do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , poderão ter periodicidade quinzenal ou de acordo com o volume de notícias geradas. Será fixado nos murais internos e divulgará as ações voltadas para os recursos humanos e valorização dos profissionais, além de notícias de interesse dos usuários. O mural

não se restringirá às notícias, mas também poderá ser utilizado como forma de comunicação entre pacientes e profissionais ou pacientes e pacientes, com quadro de recados. Dicas de saúde também poderão ser divulgadas neste espaço.

Segue abaixo modelo do mural a ser utilizado :

Intranet

Desenvolvimento de uma página de intranet a fim de melhorar a comunicação dos profissionais e ampliar a divulgação das ações promovidas pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . A página de intranet poderá ter informações cruciais para uma padronização universal da linguagem da equipe, como atuação dos médicos, exames, comunicados urgentes, portarias, resoluções e outros assuntos de interesse do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , primordiais para o conhecimento de toda a equipe de profissionais.

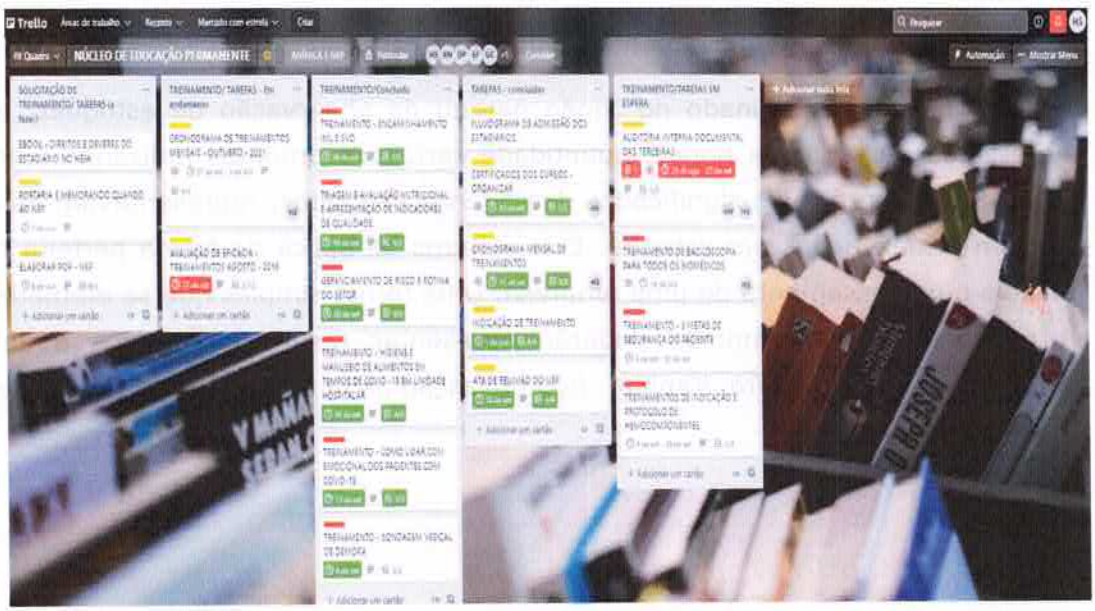
Segue abaixo modelo de ferramenta de gestão a ser utilizada:

O Sistema Kanban originado no Japão nasceu da observação de estoques, a partir da necessidade de repor na hora a quantidade certa dos produtos utilizando "cartões" com variações de cores cujos significados das diferenças destas, representavam as caixas que estavam armazenadas em estoque. Este sistema se aplica de forma perfeita na área de controle e processamento de uma empresa. Uma forma simples que se efetuada conforme as necessidades da empresa poderão apresentar resultados rápidos e satisfatórios. (JUNIOR, Rui Paulo Pereira. Kanban: Sua utilização na indústria, visando redução de custos

através da organização e controle de estoque. Florianópolis, 2003.



Scrum oferece visibilidade das tarefas de um projeto e seu "status"



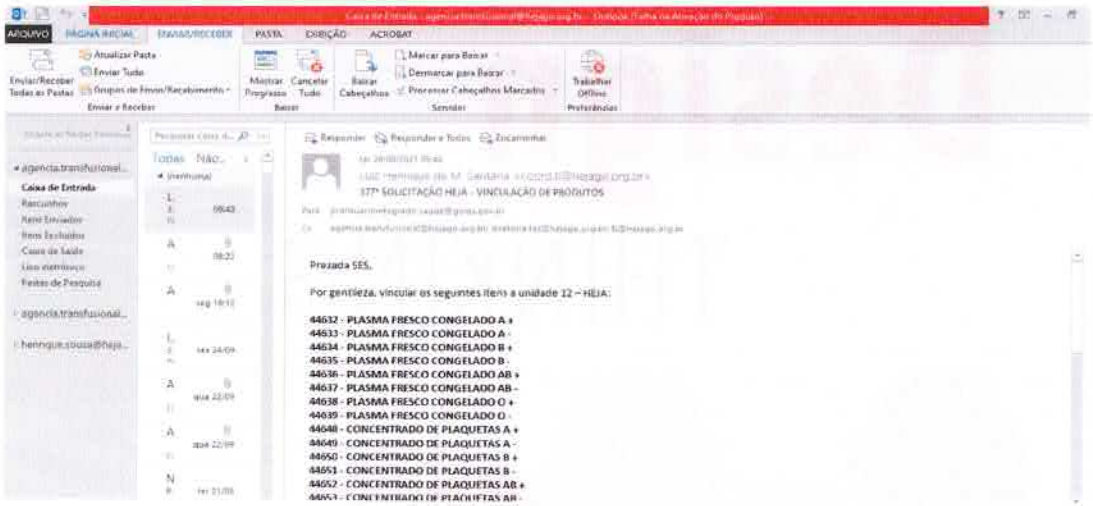
Obs.: Todos os gestores do hospital utilizaram a ferramenta KANBAN para gerenciamento das demandas da unidade.

Informativos eletrônicos

Destinado à diretoria e coordenações do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , o informativo eletrônico ou newsletter deverá ser disparado

por e-mail e trará assuntos estratégicos para melhorias na gestão da unidade. Informações a respeito de mudanças organizacionais, novos profissionais, trabalhos médicos inovadores, atuação das comissões entre outras informações poderão ser abordadas. Poderá ser criado também um informativo especial aos médicos e residentes.

Segue abaixo modelo do mural (E-mail) a ser utilizado :



Obs.: Comunicação formal será realizada por email com a ferramenta da Microsoft Outlook.

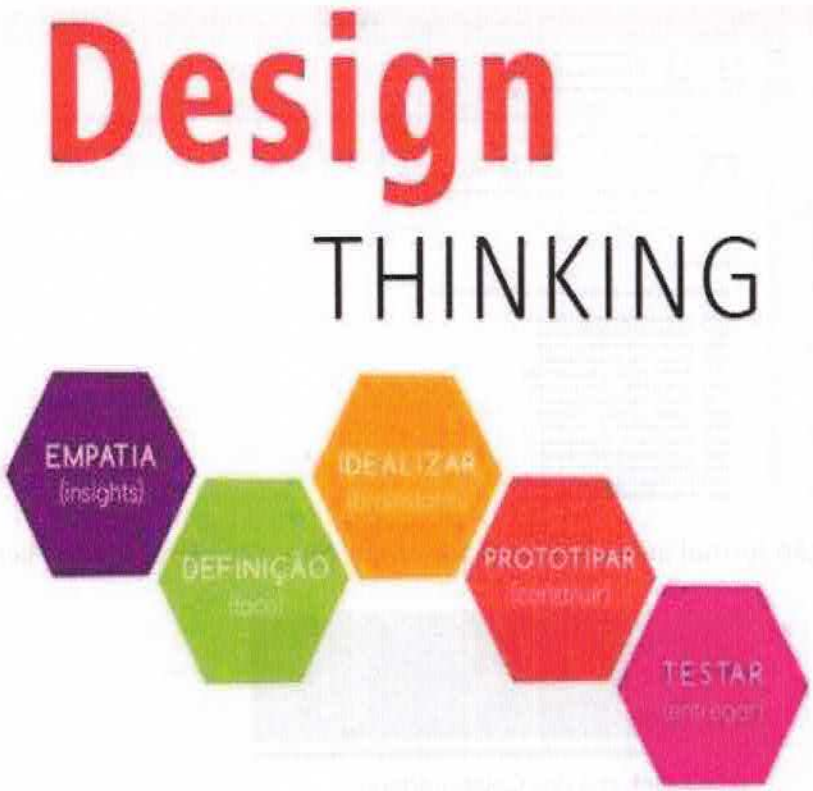


Obs.: A comunicação interna quanto a queixas será realizada atraves da ferramenta Google Forms.

Campanhas

Serão promovidas campanhas internas para incentivar os profissionais a se engajarem em processos ou atividades voltadas para a promoção da imagem institucional do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , como unidade de referência em credibilidade, sustentabilidade, qualidade no atendimento e outras.

Segue abaixo modeo da ferramenta/método que será utilizado para inovação:

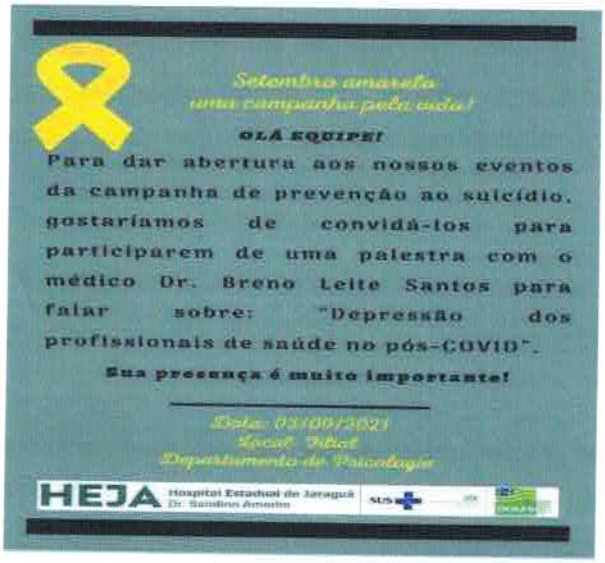


Segue abaixo modelo de ferramenta para agendamentos de campanhas no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) :



Obs.: A comunicação por campanhas será previamente organizada pela ferramenta Google Agenda.

Segue abaixo modelo de Campanha que poderá ser realizada:



COMUNICAÇÃO EXTERNA

Site institucional

O site institucional deve ser a principal ferramenta de pesquisa de seus públicos. Por isso, será composto por 3 (três) conteúdos diferentes: O primeiro será o conteúdo institucional, onde estarão inseridas as informações gerais sobre o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , (quem somos), descrição dos serviços oferecidos,

relatórios de produtividade, Publicações Legais e Licitações (editais e extratos de licitação, etc) Sala de Imprensa (vídeos institucionais, materiais impressos, cópias de reportagens veiculadas sobre o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) na imprensa), Seção de transparência (contratos e relatórios de gestão, atas de reuniões, etc), Notícias de interesse do público externo, Responsabilidade Social (ações que serão desenvolvidas nesta área pela unidade hospitalar), Prêmios, Fale Conosco e Trabalhe Conosco (para envio de currículos).

O segundo conteúdo será destinado especificamente aos usuários, terá informações específicas para este público, com publicações sobre horários de atendimento, telefones úteis, regras de acesso, versão virtual do manual do usuário, e outras informações que forem consideradas úteis para facilitar o acesso e o trânsito do usuário na unidade.

O último conteúdo será destinado aos profissionais da equipe do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . Nesta parte, que será acessada mediante senha funcional, serão disponibilizadas informações técnico- científicas e funcionais. Nela estará hospedado o conteúdo da intranet (descrito no capítulo sobre comunicação interna) e também conteúdos de produção científica da equipe, conteúdos sobre bioética, artigos de produção interna e externa, acesso a bibliotecas virtuais gratuitas para pesquisa, entre outros.

Segue abaixo modelo do site institucional:

Link do site:

Revista ou boletim impresso

De periodicidade mensal ou bimestral, o informativo impresso será destinado a pacientes e familiares e parceiros do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) . O informativo, que pode ser em formato de jornal ou revista, mostrará um resumo das ações desenvolvidas.

Segue abaixo o modelo de link gerado por paciente para o boletim virtual ou impresso:

PACIENTE: NAIR MIGUEL DE SOUZA

CPF: 00000000000
Data Nascimento: 01/02/1954
MAE: ANA MIGUEL DE SOUZA
Numero do Atendimento: 171858

Boletim do dia : 28/09/2021

Estado Geral
Estável

Alimentação
Via Oral

Pressão
Normal

Respiração
Espontânea com Oxigênio

Nível de Consciência
Consciente

Urina
Normal

Diagnóstico
COVID 19


Observação Médica
PACIENTE SEGUE CALMA, ACORDADA, ESTAVEL, EM USO DE OXIGENIO EM CATETER NASAL 3L/MIN, COM LEVE DESCONFORTO RESPIRATORIO

Registrado por:

Médico
SHAIDY ALVES BOAVENTURA
Data Cadastro
28/09/2021 10:14

Histórico:

Boletim do dia : 28/09/2021 10:14

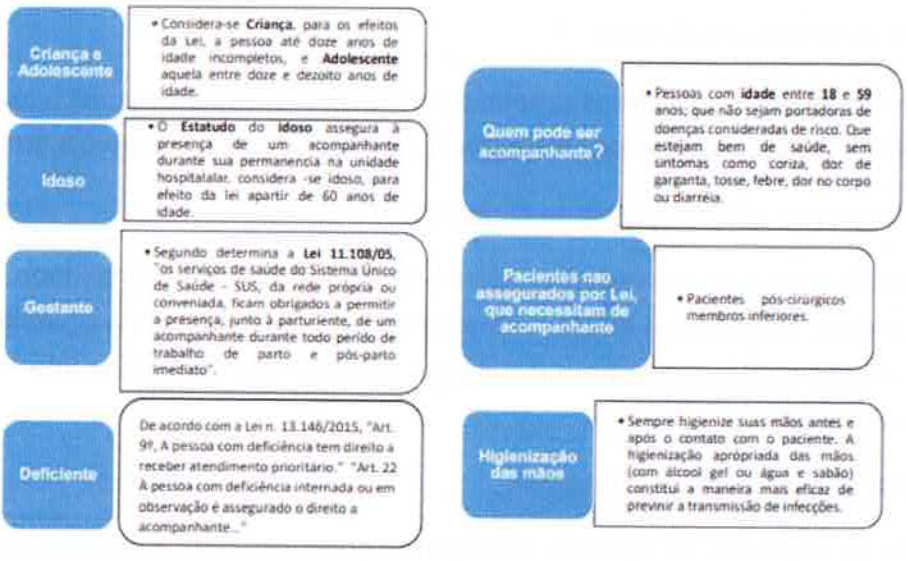
Boletim do dia : 27/09/2021 11:13

Portfólio institucional

Será desenvolvido um folder institucional sobre o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , para distribuição externa, com informações sobre a unidade, especialidades que oferece equipamentos e demais dados sobre equipe e estrutura. Este material será uma espécie de cartão de visita.

Segue o modelo de portfólio que será utilizado:





8.3.5.5 Atendimento Médico e de Enfermagem

O paciente terá assistência permanente dos médicos para eventuais intercorrências.

A Divisão de Enfermagem da Unidade manterá, nas enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam e prestam cuidados aos pacientes. Os cuidados de Enfermagem serão prescritos pela enfermeira, que além de desenvolver planos de assistência individualizada será também, responsável pela execução da prescrição médica.

8.3.5.6 Programas de Ação do SAU

Módulo 1. Programa Fale Conosco

Funcionará na sala do SAU através de atendimento personalizado às demandas espontâneas dos cidadãos, usuários, familiares e profissionais, pessoalmente ou por telefone.

Módulo 2. Programa Acesse a Unidade Assistencial de Saúde

É o acesso do cidadão (usuário ou não) ao SAC, via Internet, e mail.

Módulo 3. Programa Caixa de Contribuição à Melhoria

Mensagens escritas pelos profissionais da Unidade Assistencial e depositadas em urna para coletar sugestões, críticas etc. dos funcionários sobre o dia a dia, de. trabalho. Podem ser anónimas.

Módulo 4. Programa Ouvindo Você

Visitas às enfermarias e corredores ambulatoriais para o contato com. os usuários, através da busca ativa de suas expressões, sugestões, queixas; elogios e:djvulgãção o SAC.

Módulo 5. Programa Telemarketing da Qualidade

Contatos telefônicos com os usuários após atendimento, com a finalidade de averiguar possíveis queixas, Sugestões e elogios sobre os serviços que utilizou na Unidade Assistencial de Saúde, nos diversos setores, proporcionando feedback para a equipe interna da Unidade Assistencial de Saúde.

Módulo 6. Programa Caixa de Sugestões

Questionário de Pesquisa de Opinião, respondido pelos usuários e depositados nas Caixas de Sugestões disponíveis nas recepções da Unidade.

Funcionamento Do Sac

O SAC é o órgão representativo do usuário junto à direção da Instituição, destinado a receber, avaliar, divulgar e cobrar solução das reclamações ou sugestões dos usuários, além de propor alternativas de solução rápida e ágil.

Horários de Atendimento do SAC:

Com atendimento pessoal direto na sala do SAC, de segunda a sexta feira, de 8:00 as 12:00 h e de 13:00 As 17:00 h demanda espontânea.

Com atendimento por telefone de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 12:00 h Com atendimento por correio eletrônico 12 horas por dia.

Atuação do SAC:

Toda pergunta deverá ser respondida.

Atribuições Do Sac

Escutar, investigar e representar o usuário junto à equipe diretiva da Unidade Assistencial de Saúde.

Mediar a resolução de questões conflituosas extrajudicialmente, de forma rápida e ágil.

Registrar e investigar denúncias, dando respostas ao reclamante no prazo máximo de 3 dias úteis.

Incentivar os usuários a fazerem uso do SAC.

Atender pessoalmente aos pacientes, familiares e acompanhantes por demanda espontânea, na sala da SAC, para escuta e registro de suas colocações, sobre os serviços oferecidos vela Unidade Assistencial de Saúde, queixas e elogios ou reclamações.

Efetuar as ligações telefônicas para pacientes de para busca ativa avaliações sobre os serviços oferecidos pelo HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , queixas, elogios e ou reclamações.

Atender às intercorrências — chamados: nos vários setores do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , para encaminhar resolver problemas de insatisfação ou dificuldades dos usuários quanto aos serviços oferecidos pelas Unidades Assistenciais de Saúde.

Realizar visitas aos pacientes nos corredores ambulatoriais, salas de espera, para busca ativa sobre os serviços oferecidos pela Unidade Assistencial de Saúde, queixas, elogios ou reclamações.

Fazer contatos com gerentes e profissionais dos diversos Núcleos bem como com outros serviços de saúde do Município, para encaminhamento às resoluções dos problemas dos usuários, com relação às responsabilidades da SAC.

Preparar e encaminhar cartas oficiais para resposta aos usuários. Nenhuma reclamação ou sugestão poderá ficar sem resposta.

Coletar dados e informações, registrando os e analisando os através de métodos estatísticos.

Estabelecer indicadores de avaliação, tabulando por motivos, gravidade etc. dos

Preparar relatórios mensais sobre os registros do SAC, para apresentação aos gestores e diretoria da Unidade Assistencial de Saúde.

Zelar pelo cumprimento dos direitos do usuário.

ESTRUTURA FÍSICA DO SAC

Sala reservada, com mobiliário e material de escritório, para atendimento ao usuário.

Linha telefônica (independente) disponível para atendimento ao usuário.

Formulário de Registro de Expressão do Usuário.

8.3.5.7 Proposta De Pesquisa Periódica/Continua de Satisfação do Usuário, com definição de Uso das Informações.

A percepção dos usuários sobre como são prestados os serviços: na, Unidade de Saúde é de extrema importância, visto que a população que utiliza estes serviços é a razão da existência da unidade. Por meio de sua avaliação o sujeito,ó capaz de modificar o próprio sistema, o que fortalece a democracia em saúde, além dê favorecer uma humanização do serviço, e constituir uma oportunidade dê saber o que a comunidade pensa a respeito da oferta do serviço de saúde oferecido, Como também permitir a adequação do (mesmo tem relação ao que a comunidade tem como expectativa (COTTA et al., 2006), Esta pesquisa justifica se por se propor a percepção dos usuários. e de satisfação dos mesmos sobre a

atuação da equipe de saúde e a partir dos dados encontrados proporcionar um feedback para a equipe, para assim manter os pontos positivos e solucionar os negativos.

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

As pesquisas de satisfação do usuário acontecerão diariamente e terão um indicativo como meta, tanto de quantidade de pessoas pesquisadas quanto de nível geral de satisfação. Serão oferecidas duas formas de pesquisa, todas de forma eletrônica e com resultados simultâneos, que podem ser acessadas por qualquer gestor, com possibilidade de comunicação direta com o Conecta SUS da Secretaria de Estado da Saúde.

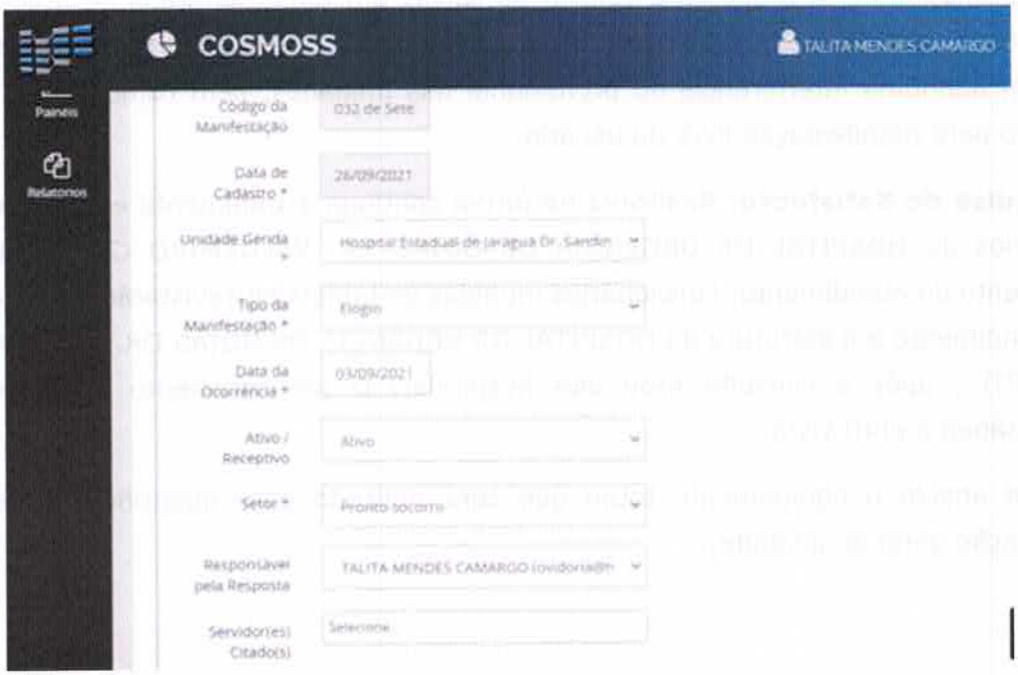
Caixas de Opinião: É quando o usuário poderá, de forma espontânea responder uma pesquisa de satisfação, avaliando as equipe e serviços do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , como as dos médicos, enfermagem e multiprofissionais. A proposta é colocar as caixas em todas as áreas de atendimento do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , São perguntas rápidas e sem nenhuma interferência do profissional das unidades, bem como dispõe de campo aberto para manifestação livre do usuário.

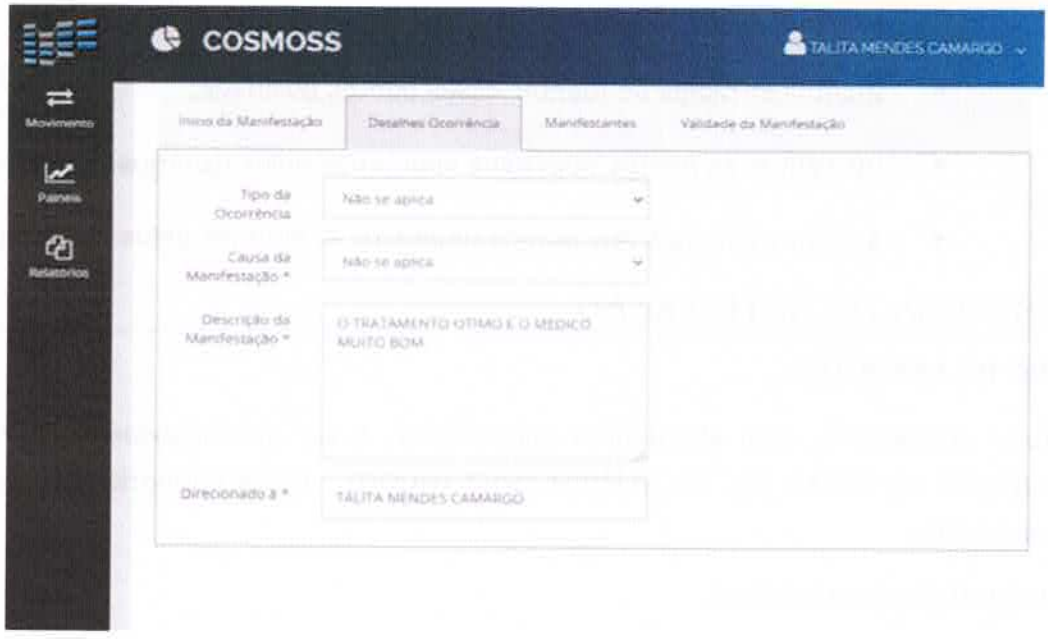
Pesquisa de Satisfação: Realizada de forma contínua e totalmente eletrônica junto aos usuários do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , no momento do atendimento. Funcionários munidos de tablets entrevistarão os usuários sobre o atendimento e a estrutura do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , após a consulta e/ou alta hospitalar. O preenchimento do questionário é simultâneo à entrevista.

Segue abaixo o equipamento toten que será utilizado para quantificar a pesquisa de satisfação geral da unidade:

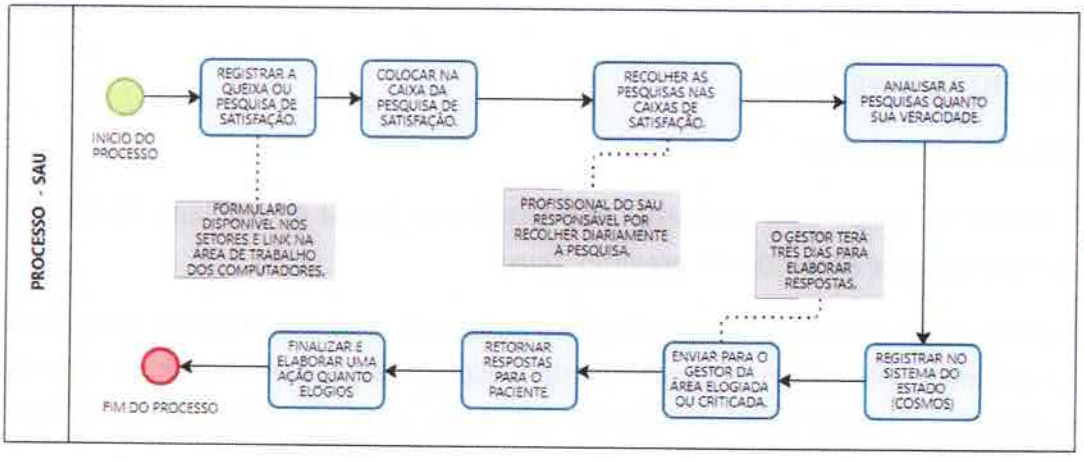


Segue abaixo o sistema que será utilizado para registros das pesquisas de satisfação:





Segue abaixo o fluxo de processos do SAU:



Modelo de pesquisa de satisfação do usuário já implantada em nossa gestão

OBJETIVOS

- Avaliar o grau de satisfação dos clientes e Monitorar o desempenho da Unidade ao longo do tempo.
- Levantar o conhecimento do usuário sobre o funcionamento da Unidade.

- Levantar quais são os pontos positivos apontados pelos usuários.
- Identificar meios de manter esses pontos positivos.
- Identificar os pontos negativos apontados pelos usuários.
- Sugerir melhorias nos pontos negativos apontados pelos usuários

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

TIPO DE PESQUISA:

Estudo prospectivo, com abordagem quantitativa. A ser desenvolvido no HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , nas enfermarias de observação e ambulatório.

POPULAÇÃO (AMOSTRA):

A população (amostra) será constituída pelos pacientes da Unidade que sàirem.de alta ambulatorial, no mês de período proposto com o nível de e margem de erro de 3% na unidade em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS

COLETA DE DADOS

A coleta de dados será realizada pela Assistente Social da Unidade Conforme modelo de questionário apresentado no próximo item.

A pesquisa de satisfação será aplicada a cada mês e as informações *levantadas digitadas no sistema IPPS. Com o resultado da pesquisa será identificada as oportunidades de melhorias e elaborados os Planos de Ação para a implementação das melhorias identificadas.

INSTRUMENTAL (QUESTIONÁRIO)

Sua Opinião Vale Muito Para Nós !

1- Unidade de Observação: _____

Data:_____

2- Está e a sua primeira vez em atendimento neste HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ,

(1) **Sim (2) Não**

3- Faixa etária do entrevistado:

(1) **0 a 4 anos**

(2) **6 a 10 anos**

(3) **11 a 20 anos**

(4) **21 a 40 anos**

(5) **41 a 40 anos**

(6) **41 a 60 anos**

(7) **Acima de 60 anos**

4-Sexo do entrevistado

(1) Masculino (2) Feminino

5-Qual o grau de instrução do entrevistado?

(1) **Não alfabetizado**

(2) **Alfabetizado**

(3) **1 ^{0} grau completo e incompleto**

(4) **2^{0} grau completo e incompleto**

(5) **3^{0} grau completo e incompleto**

(6) **NR/NS**

6- Renda Familiar do entrevistado:

(1) **Menos de 1 salário mínimo**

(2) **De 1 a 2 salários mínimos**

(3) **De 3 a 4 salários mínimos**

(4) **Acima de 4 salários mínimos**

7-Qual o nível de satisfação em relação à VIGILÂNCIA? Considerar: cordialidade, agilidade e orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

8- Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE MEDICA? Considerar: Cordialidade, agilidade, respeito à privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

9--Qual o nível de satisfação em relação a EQUIPE DE ENFERMAGEM? Considerar: Apresentação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, cordialidade, agilidade, respeito a privacidade, orientações quanto aos procedimentos e alta

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

10- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO SOCIAL? Considerar: Cordialidade, apoio na resolução de problemas e orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

11- Qual o nível de satisfação em relação a LAVANDERIA? Considerar: Disponibilidade das roupas para a Obse!ueez qualidade da lavagem e estado de conservação das roupas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

12- Qual o nível de satisfação em relação ao SERVICO DE NUTRICAO E DIETETICA? Considerar: Apresentação dos copeiros, cordialidade dos copeiros e nutricionistas, agilidade, orientações dos nutricionistas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

13- QuaI o nível de satisfação em relação à HIGIENIZACAO? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, limpeza das áreas comuns e banheiros

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

14-Qual o nível de satisfação em relação a MANUTENCAO PREDIAL? Considerar: Apresentação dos funcionários, cordialidade, condição da rede elétrica, hidráulica e dos moveis

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

15- Qual o nível de satisfação em relação a RECEPCAO DA ENTRADA PRINCIPAL da Unidade? Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

16.Qual o nível de satisfação em relação ao SAME? (Considerar: Cordialidade, agilidade, orientações precisas)

(1) **Muito satisfeito**

(2) **Satisfeito**

(3) **Insatisfeito**

(4) **Muito insatisfeito**

(5) **NR/NS**

17- 0 que é mais IMPORTANTE para o(a) Sr.(a) ficar satisfeito com os serviços da Unidade? [LER CADA ITEM] e entre [REPETIR OS ITENS, EXCLUINDO A PRIMEIRA RESPOSTA] qual e a 2ª mais importante?

A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)

O atendimento dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

A capacidade dos funcionários: (1) (2) (99 NS/NR)

O serviço ser feito direto: (1) (2) (99 NS/NR)

A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)

18- Agora vou ler de novo estas características dos serviços e peço que o(a) Sr.(a) de uma nota de "0" a "10" para a QUALIDADE de cada uma.

De "0" a "10", que nota o (a) Sr.(a) dá para:

a) **A conservação e limpeza: (1) (2) (99 NS/NR)**

b) **O atendimento dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)**

c) **A capacidade dos funcionários (1) (2) (99 NS/NR)**

d) **O serviço ser feito direito: (1) (2) (99 NS/NR)**

e) **A facilidade para conseguir o serviço: (1) (2) (99 NS/NR)**

E, de "0" a "10", que nota o(a) Sr.(a), dá para .a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr.(a) RECEBEU desta Unidade de saúde?

Nota:_____

Antes de vir a esta Unidade, todo mundo tem uma ideia sobre a qualidade dos serviços que vai receber aqui. Para responder as próximas perguntas, lembre se de como imaginava que seria a qualidade dos serviços desta Unidade antes de ser atendido.

A nota "0" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade muito ruim e a nota "10" quer dizer que o (a) Sr.(a) imaginava uma qualidade ótima antes de ser atendido.

Dê uma nota de zero a 10, para dizer como imaginava que seria a qualidade geral dos serviços desta Unidade antes de vir até aqui.

Nota:_____

OBS: Se o entrevistado, espontaneamente, afirmar ser usuário antigo e não se lembrar de como imaginava que seria o serviço, troque os termos "imaginava" para "imagina" e "antes de vir até aqui" para "a cada vez que vem aqui",

Dê uma nota para do serviço, que o Sr.(a) imagina sobre a qualidade dos serviços que irá receber a cada vez que vem até aqui.

De uma nota de "0" a "10" para dizer o que o (a) Sr.(a) imagina com relação a:...

[REPETIR PARA CADA ITEM]

a) **A conservação e limpeza ( ) (99 NS/NR)**

b) **O atendimento dos funcionários ( ) (99 NS/NR)**

c) **A capacidade dos funcionários ( ) (99 NS/NR)**

d) **O serviço ser feito direito ( ) (99 NS/NR)**

e) **A facilidade para conseguir o serviço ( ) (99 — NS/NR)**

PESQUISA DE OPINIÃO

A pesquisa de opinião a seguir será Solicitada a todos nossos pacientes

A pesquisa estará disponível junto às Caixas de Sugestões e também será utilizada quando a pesquisa for feita por meio de telefone.

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A sua opinião é muito importante para nós!

Nos ajudará a melhorar cada vez mais o atendimento aos usuários do SUS.

Pedimos um minuto da sua atenção para saber o que você achou dos nossos serviços.

Nome completo (opcional):_____

Contato: _____ **Fone:**_____ **E-mail:**_____

Unidade/setor em que foi atendido(a):_____

Data e horário do atendimento: _____às_____ **horas**

	SIM	NÃO
Para melhorar nossos serviços, diga nos: Sentiu se bem recebido(a), acolhido(a)?		

As instalações estavam adequadas e limpas? A espera, os banheiros, o quarto etc.? Detalhar abaixo, se desejar.			
Houve facilidade de acesso aos diversos setores?			
O ambiente estava limpo e em ordem? A espera, os banheiros, corredores, quarto etc.			
Houve rapidez no atendimento?			
Houve cortesia e profissionalismo?			
As informações foram transmitidas corretamente?			
Exames realizados foram entregues em tempo hábil?			
Ao procurar o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) você tinha uma imagem idealizada sobre ela. Após o atendimento, as expectativas foram atendidas?			

Comentários/Sugestões:

_____

_____

_____

Contatos da Unidade: _____ **e mail..**

_____

Obrigado por nos ajudar a servi-lo(a) melhor!

PESQUISA DE OPINIÃO PARA PACIENTES

A pesquisa poderá ser respondida pelo paciente no momento do encerramento do atendimento, se o desejar, ou através de contato telefônico do SAC posteriormente. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO

NOME (opcional)				
SEXO	MASC ( )	FEM ( )	IDADE(ANOS)	
ESCOLARIDADE	NENHUMA ( )	FUNDAMENTAL ( )	MÉDIO ( )	SUPERIOR ( )
QUAL A SUA OCUPAÇÃO?		DESEMPREGADO ( )	ESTUDANTE ( )	OUTROS ( )
QUAL FOI O ATENDIMENTO?		CONSULTA ELETIVA( )	EXAMES()	TRATAMENTO( )
QUAL FOI O TEMPO DE ESPERA PARA O ATENDIMENTO?		ATÉ 30 min ( )	DE A 60 min ( )	
		DE 60 A 120 min ( )	MAIS DE 2 HORAS ( )	
COM0 AVALIA O SEU TENDIMENTO?		ATENDIMENTO MÉDICO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDEMENTO DE ENFERMAGEM SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DO ACOLHIMENTO SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DA FARMÁCIA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DA SEGURANÇA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
		ATENDIMENTO DA LIMPEZA SATISFATÓRIO S ( ) N ( )		
AVALIE A PRIVACIDADE DO SEU ATENDIMENTO		TEVE PRIVACIDADE NA CONSULTA?		
		TEVE LOCAL APROPRIADO PARA A TROCA DE ROUPA PARA REALIZAÇÃO DO EXAME?		

NO CASO DE FALTA DE MEDICAMENTOS	SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?			
	QUASE SEMPRE RECEBE ORIENTAÇÃO?			
	POUCAS VEZES RECEBE MEDICAÇÃO?			
	NUNCA RECEBE ORIENTAÇÃO?			
AVALIE AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA DA UNIDADE				
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR	RUIM( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE COLETA	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
AVALIE AS CONDIÇÕES DE CONFORTO DA UNIDADE				
SALA DE ESPERA	MUITO BOA ( )	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )
CONSULTÓRIOS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
SALA DE.COLETA	MUITO BOA	BOA()	REGULAR ( )	RUIM ( )
BANHEIROS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
AVALIE A SINALIZAÇÃO DA ESTRUTURA DA UNIDADE				
SETOR DE INFORMAÇÃO	MUITO BOA ( )	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

SETOR DEDOCUMENTAÇÃO	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
RESULTADO DE EXAMES	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
LOCALIZAÇÃO DE SALAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )
OUTRAS	MUITO BOA (	BOA ( )	REGULAR ( )	RUIM ( )

VOCÊ SABE O QUE É O SAC?	VOCÊ CONHECE O SAC DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ? S() N.()
VOCÊ JÁ UTILIZOU O SAC DO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ?	

AVALIE O ACESSO AO SAC	MUITO DIFÍCIL (	DIFICIL()	FÁCIL()	MUITO FÁCIL()
CASO TENHA UTILIZADO, COMO FOI A RESPOSTA?		SATISFATÓRIA ( )	NÃO SATISFATÓRO ()	NAO HOUVE()
REGISTRE SUAS OBSERVAÇÕES CRÍTICAS, OU SUGESTÕES:				

UTILIZAÇÃO DO RESULTADO DAS PESQUISAS DE SATISFAÇÃO

As pesquisas serão transformadas em indicadores para que possam ser interpretadas muito mais rápidas e muito mais facilmente, sem a necessidade de analisar extensos documentos.

Os indicadores se subdividem em:

- indicadores de satisfação dos usuários, provenientes das pesquisas ativas e passivas junto aos usuários,
- indicadores de ocorrências de Insatisfação usuários manifestam desagrado objetivas e
- indicadores de falhas operacionais onde são registrados os erros operacionais que impactaram no atendimento elou satisfação dos usuários.

Os indicadores serão computados mensalmente e enviados para a Diretoria Geral, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, Gerência de Enfermagem e Chefias das Clínicas.

As áreas operacionais deverão responder a todas as ocorrências que forem de insatisfação dos usuários (o grau de insatisfação do usuário é alto) e a todas as ocorrências de falha operacionais.

As pesquisas que identificarem insatisfações e/ou sugestões de melhorias deverão ser tabuladas e consolidadas por área e assunto.

CONSENTIMENTO INFORMADO

O Consentimento Informado é uma exigência legal no atendimento de unidade saúde, quando existe a necessidade de procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que envolvam algum risco ao paciente em decorrência de ato cirúrgico ou uso medicamentoso.

O modelo de Consentimento Informado a ser utilizado na atividade Assistencial de Saúde:

Por este instrumento particular o(a) paciente Sr.(a, _____, RG:_____, CPF:_____ e demais familiares e responsáveis por mim declaramos por solicitação verbal do médico assistente, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr.(a) Régis Vieira de Castro, inscrito(a) no CRM-GO sob o nº12014 e RQE 8128, que por livre e espontânea vontade o procuramos para tratamento na área de ORTOPEDIA para a doença FRATURA DE PUNHO , onde irá proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR

EXTERNO E FIOS STEIMAN", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestesias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. O NOME DO MÉDICO me explicou com termos NÃO médicos do que se trata esta doença e o seu tratamento proposto e eu entendi perfeitamente, tendo sanado todas as dúvidas pré-existentes.

Declaro também que o Dr. Régis Vieira de Castro informou a mim e aos meus familiares as diversas possibilidades de tratamento, sendo decidido por mim que a opção seria o tratamento cirúrgico e a proposta cirúrgica é TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO COM USO DE PLACA, PARAFUSOS, FIXADOR EXTERNO E FIOS STEIMAN com utilização de OPME (descrita anteriormente). Eu estou ciente de como este procedimento é realizado; o Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me explicou em TERMOS NÃO MEDICOS e eu entendi.

Sendo cirúrgico o tratamento, fui também informado que serei submetido ao ato anestésico, e que os eventuais riscos anestésicos devem ser discutidos com o anestesiologista. O Dr. RÉGIS VIEIRA DE CASTRO me indicou procurar o grupo de anestesia do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) onde serei operado. Caso não me manifeste sobre o anestesista de minha preferência, serei submetido ao ato anestésico pelo plantonista do hospital, ou o designado pelo chefe de anestesia para cumprimento da escala para aquele dia cirúrgico.

Tenho informações e considero que a Instituição Hospitalar onde serei tratado reúne as condições técnicas adequadas.

Declaro, outrossim, que o referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22 e 34 do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre o procedimento a ser adotado no tratamento clínico ora autorizado, especialmente as que se seguem:

Ainda declaro ter sido inteirado de que tal tratamento cirúrgico pode ocasionar complicações (neurológicas e gerais), inerentes ou não ao procedimento cirúrgico, podendo ser permanentes (lesões neurológicas) e inclusive fatais (por ex, infecções ou hemorragias), mesmo porque não existe procedimento médico livre de riscos e, embora todas as precauções sejam tomadas para evitar complicações, certos riscos devem ser

considerados em qualquer tipo de cirurgia. O NOME DO MÉDICO me informou que estes riscos existem e não podem ser desconsiderados e eu fui informado e esclarecido sobre eles. Também fui informado que pode haver necessidade de receber transfusão sanguínea, e me autoriza a realizar tal procedimento, cajo haja necessidade.

O NOME DO MÉDICO também me ressaltou que o meu tratamento vai continuar após a cirurgia, por exemplo, com acompanhamento ambulatorial, em consultas médicas, além necessidade de medicação e trabalho de fisioterapia. Também não foi descartado que eu posso ser submetido à outra cirurgia no futuro.

PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES:

Trombose venosa profunda

Embolia pulmonar

Fratura intra-operatória (novas fraturas)

Lesão vascular

Lesão nervosa

Deformidade Estética

Diminuição da Mobilidade(ADM)

Diminuição de Força

DOR

Distrofia Simpático Reflexa

Ossificação heterotópica

Infecção

Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).

Sangramento com necessidade de transfusão E OU Anemia

Pseudoartrose (Falha de Consolidação)

Síndrome Compartimental

CID - S52

Infecção hospitalar: A portaria nº 2.616, de 12/05/1998 do Ministério da Saúde estabeleceu as normas do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH), obrigando os hospitais a constituir a SCIRAS (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar). Os índices de infecção hospitalar aceitos são estabelecidos usando-se como parâmetro o NNIS (Nacional Nosocomial Infectores Surveillance - Vigilância Nacional Nosocomial de Infecção), órgão internacional que estabelece os índices de infecção hospitalar aceitos e que são: Cirurgias Limpas - 2%, Cirurgias potencialmente contaminadas - 10%, Cirurgias contaminadas - 20%, Cirurgias Infectadas - 40%.

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o (a) médico (a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o (a) mesmo (a) autorizado (a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Código de Ética Médica - Art. 22 - É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Art. 34 - É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Lei 8.078 de 11/09/1990 - Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9º - O fornecedor de produtos ou serviços potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. Art. 39 - É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI - executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização

expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.

Por fim, declaro estar ciente do proposto como tratamento, resultados e riscos; bem como todas as informações contidas neste documento.

NOME DO MÉDICO nos deixou a vontade para ouvir opiniões de outros médicos.

Finalmente, nós, considerados responsáveis ou com poderes para decidir junto à paciente, declaramos termos sido devidamente esclarecidos e participado das discussões de tratamento do paciente, concordando com todas as informações recebidas e que tudo acima foi informado e consentido. Assumimos inteira responsabilidade pela veracidade das declarações acima, sob pena das sansões legais.

Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do mesmo, expressando que as informações foram prestadas de viva voz pelo (a) médico (a), tendo sido perfeitamente entendidas e aceitas. Fica também estabelecido que diante o procedimento, o paciente e/ou representante legal pode revogar este consentimento a qualquer momento de maneira formal.

GOIÂNIA _____ de_____ de _____.

Nome:

_____ Ass. do (a) paciente e/ou responsável

_

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02

Medico CRM

8.3.5.8 Proposta De Pesquisa Periódica/Contínua De Satisfação Dos Servidores/Funcionários, Com Definição De Uso Das Informações Pesquisa Periódica de Clima Organizacional

AVALIAÇÕES DE DESEMPENHO:

A Avaliação de Desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de avaliação e um fator de mobilização em torno do fortalecimento da missão da empresa, devendo ser visto, também como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos nossos serviços.

Este instrumento também, fornece informações tanto aos. empregados, quanto às organizações. Para a empresa, acrescenta subsídios de orientação na: contratação de pessoas mais adequadas, motivação; promoção, treinamento e desenvolvimento norteia ainda, o processo de demissão. Para O funcionário, um feedback adequado que, se conduzido com seriedade é um fator de automotivação pois direciona para um plano de desenvolvimento profissional e consequentemente um maior comprometimento com a empresa.

O feedback tem duas prioridades: informar e motivar, isto é, dizer ao funcionário como melhorar o seu desempenho e incentivar adoção de uma nova postura profissional.

A motivação, por sua vez, constituí em um benefício para a organização que deseja ter funcionários comprometidos no sucesso da empresa e o comprometimento, a satisfação traz maior produtividade e qualidade dos produtos e serviços da organização.

O processo deverá ser efetuado em caráter anual, através do preenchimento de um formulário realizado entre o gestor e seu funcionário e este instrumento visa avaliar os

seguintes fatores: conhecimento do trabalho, produção e rendimento do trabalho, ética profissional, organização, disciplina, iniciativa e inovação, apresentação pessoal, hábito de segurança, atendimento ao cliente, relacionamento interpessoal; espírito de equipe, aprendizagem e adaptabilidade.

O funcionário também participará do processo de avaliação do seu gestor, analisando os seguintes fatores: liderança, espírito de equipe, comunicação, tomada de decisão, desenvolvimento profissional, relacionamento, estabilidade emocional, proatividade, administração de conflitos, gerencia participativa.

Participarão do processo de avaliação, todos os funcionários e gestores que tiverem trabalhado pelo menos 180 dias (6meses), durante o período a que se refere a avaliação.

Os formulários serão entregues aos gestores que repassam a sua equipe para ser efetuado o processo de avaliação da sua gestão, bem como, a avaliação de cada funcionário, preenchendo os formulários e em seguida realizando a entrevista individual de avaliação.

A entrevista terá como objetivo proporcionar um momento de ponderação e de feedback entre o gestor e funcionário no sentido de identificar os pontos que merecem ser trabalhados e utiliza essas informações como feedback para o planejamento de suas ações visando a melhoria do desempenho da sua área.

Nesta etapa, o funcionário compartilhará a pontuação atribuída pelo seu gestor e terá a oportunidade de emitir sua opinião acerca da avaliação realizada por sua chefia imediata. Em seguida será elaborado acompanhado do funcionário o seu plano de desenvolvimento profissional em consonância com os aspectos a serem melhorados.

Os gestores deverão assumir um papel de relevância nesse contexto, na medida em. que devem ser capazes de perceber as necessidades e acompanhar o desenvolvimento dos funcionários quanto às suas competências técnicas e às habilidades pessoais e comportamentais.

O funcionário também terá uma efetiva participação neste processo, pois o. mesmo possui a oportunidade de avaliar o desempenho da sua chefia imediata, sendo um momento onde o gestor recebe um feedback e passa a conhecer como seu funcionário percebe a sua gestã

Finalmente, os resultados da avaliação são mapeados e apresentados a diretoria de cada área, aos gestores e aos funcionários tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação a melhoria de qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

8.3.5.9 Proposta Para Implantação Do Sistema De Contra Referência À Atenção Primária.

A GESTÃO ESTADUAL E A REGULAÇÃO DAS REFERÊNCIAS INTERMUNICIPAIS

Criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da PPI, e das referências intermunicipais.

Monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, por meio de relatórios trimestrais com informações mensais a ser apresentado pela SES, acompanhando os fluxos das referências intermunicipais.

Identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários, realimentando a PPI

Intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com as centrais de regulação regionais ou micro regionais, intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência.

Intervir quando não houver pactuação prévia na PPI entre os municípios, em demandas específicas, verificando em qual central municipal existe vaga disponível referenciando para aquela central a demanda.

Prestar apoio técnico aos municípios na elaboração dos seus planos municipais de controle, regulação e avaliação.

Intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o referencialmente de usuários.

É responsabilidade do INSTITUTO CEM prestar contas mensalmente à SES /GO de todas as atividades desenvolvidas, por meio de reunião previamente agendada. A prestação mensal de contas contém todos os elementos para a correta apreciação das atividades gerais no período, envolvendo aspectos administrativos, sociais econômicos e financeiros.

Para tal atividade utilize se como instrumento de informação o relatório gerencial e também o plano estatístico. Neles estão inseridas as seguintes informações: número de pacientes/dia, números de exames, número de consultas ambulatoriais, quantitativo de recursos humanos da instituição e despesas operacionais.

A comunicação tem que ser estabelecida como uma Via de mão dupla, de realimentação.

O INSTITUTO CEM sentiu a necessidade de explicitar que estabelecer as referências e comunicação com as outras unidades de saúde, ou seja, com os outros pontos de atenção é um processo da Gestão Municipal. Podemos estabelecer os relacionamentos, pois elaborar formulários cartoriais não vai agregar valores ao sistema. Para as referências é preciso o sistema fluir.

Para exemplificar:

A USE faz a contra referência de um egresso ambulatorial, que inclusive é hipertenso e portador de diabetes. Como recolocar o usuário que deveria voltar para a Atenção Primária? Neste sentido são necessários os pactos e a inserção nas redes. A USE não pode também funcionar sem instâncias colegiadas e a educação permanente tem que ser baseada nestas prioridades.

Passos Estratégicos:

Realizar no primeiro mês de parceria o Planejamento Estratégico para o início da parceria destes fóruns, aos funcionários da Unidade de Saúde, as corporações profissionais que fazem articulação com a Unidade, o controle social e prioritariamente com a Secretaria Estadual de Saúde.

Incluir no planejamento da Unidade as propostas de fortalecimento das ações de promoção e vigilância da saúde, de acordo com o perfil e a distribuição das necessidades de saúde da população já no Planejamento Estratégico que será realizado.

Criar e implementar em dois meses, a Diretoria Colegiada e o Conselho Gestor com participação destes vários fóruns de pactuação e controle social.

Reorientar estrutura diretiva da Unidade com a criação da Diretoria Colegiada e a criação dos Colegiados Técnicos.

Articular a participação do Instituto, nos fóruns de pactuação e de controle social, para apresentar o relatório do desenvolvimento do projeto e para também receber feedback, a realimentação da informação e a opinião destes fóruns objetivando ao instituto _trabalhar Ações Corretivas a partir destes retornos. Estas participações serão pactuadas no Conselho Gestor.

Garantir a atenção da Unidade mas linhas de cuidado prioritárias, em, articulação com os demais pontos de atenção com a Gestão Estadual. Definir uma linha de Cuidado prioritária com a Gestão Estadual. Este ponto estar baseado na: construção de Diretrizes Clínicas e Linhas Guias e aportada na Educação Permanente. O processo deve ser iniciado em dois meses e deve levar de 10 a 12 meses para poder ser validado.

MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Entendemos que é vital o modelo regulatório assistencial para a ordenação das atividades no SUS, uma vez que os usuários não podem ficar sem a devida orientação de como e onde sua demanda começará a ser resolvida, sob pena de vermos unidades terciárias sobrecarregadas e uma rede de atenção básica pouco resolutiva e com baixa produção.

Regulação é a introdução de mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. A regulação compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial. Trata-se de um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

No plano de trabalho gerencial do Instituto CEM para o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , consideraremos como objetivos da regulação:

- Oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial;
- Organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime;
- Organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população;
- Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- Fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação;

- Fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada (ppi).

Sabemos que muitas dessas ações extrapolam o objeto de nossa ação junto HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , porém afirmamos que contamos com profissionais experientes e qualificados em saúde pública, os quais podem e vão colaborar junto às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde para que tais objetivos possam ser atingidos e mantidos.

AMBULATÓRIO

Para os consultórios médicos deverão ser disponibilizadas consultas ambulatoriais par usuários egressos do próprio HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , e também encaminhados pela Central de Regulação Municipal, respeitando o limite da capacidade operacional do ambulatório.

O atendimento ambulatorial médico e não médico compreende:

- Primeira consulta de egresso;
- Interconsulta;
- Consultas subsequentes (retornos).

Entende-se por primeira consulta, a visita do paciente encaminhada pela própria instituição ou pela central de regulação, que teve sua consulta agendada no momento da alta hospitalar ou através da central de regulação, para atendimento a especialidade referida.

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

Entende-se por consulta subsequente, todas as consultas de seguimento ambulatorial, em todas as categorias profissionais, decorrentes tanto das consultas oferecidas à rede básica de saúde quanto às subsequentes das interconsultas.

Para os atendimentos referentes a processos terapêutico de média e longa duração, tais como, Fisioterapia sessões de reabilitação, Enfermagem e Fonoaudiologia, os mesmos, a partir do 2º atendimento, devem ser registrados como consulta subsequente.

As consultas realizadas pelo Serviço Social serão registradas em separado e não configuram consultas ambulatoriais, sendo apenas informadas conforme as normas definidas pela Secretaria de Saúde Municipal.

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) será regulado pela Central de Regulação Municipal e Estadual, e sua área de abrangência na Macrorregião.

Além dessa porta referenciada, o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) disporá de uma equipe de acolhimento e classificação de risco que atenderá o usuário que o procurar por iniciativa própria e o encaminhará a Unidade de Pronto Socorro ou Unidade Básica de Saúde nos casos em que se adequarem, e nas situações em que o usuário necessitar do atendimento do próprio HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , será encaminhado ao setor de emergência do mesmo.

O paciente no estabelecimento após ter seu atendimento prestado e ter sua situação resolvida ou controlada será referenciado para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , receberá pacientes eletivos para pequenos procedimentos cirúrgicos. Esse paciente também será encaminhado a rede básica de assistência depois de sanado sua situação de doença.

NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

O Núcleo Interno de Regulação (NIR) funciona como uma central de leitos, possibilitando o monitoramento do paciente desde a sua chegada, do processo de internação, da movimentação interna e da alta. O NIR ainda disponibiliza todas as informações em relação aos leitos vagos e movimentação dos pacientes na unidade. O NIR é a interface do Complexo Regulador Estadual localmente, tendo papel fundamental nas articulações para o encaminhamento correto dos pacientes.

O NIR possui como característica ser um órgão colegiado dentro da unidade hospitalar diretamente vinculado à direção local e possuindo como representantes diferentes setores ligados a informação, internação e alta, chefias clínicas e outros.

O NIR possui como atribuições:

- Coordenar o trabalho da Regulação no âmbito do c;
- Ser a interface do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) com a Central de Regulação Estadual e Complexo Regulador Municipal, interagindo com a equipe interna e com a Central, garantindo o fluxo contínuo da informação e

das internações conforme a pactuação estabelecida e a resolução de situações não previstas.

- Participar da construção e avaliação contínua dos Protocolos de Regulação em sua área de atuação;
- Monitorar diariamente o fluxo de informação entre o HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) e a Central de Regulação, em especial atenção ao censo diário;
- Acompanhar os indicadores gerenciais, qualificando a informação gerencial intra-hospitalar;
- Elaborar relatórios mensais para a Direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidas em instância colegiada.

CONTRA REFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA: E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O Sistema de Atenção à Saúde tem sido organizado de forma fragmentada gerando uma crise da saúde no Brasil e no mundo. A superação dessa crise envolve mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde para que eles superem a fragmentação e instituam as Redes de Atenção à Saúde — RAS, sistemas integrados com capacidade de responder às necessidades da população nas suas demandas por atenção às condições agudas e às condições crónicas, com eficiência, efetividade, qualidade e equidade.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde, provocaram profunda mudança no Sisten Único de Saúde. Para que estas Redes funcionem de forma eficiente e humanizada é necessário distribuir os: usuários classificados por condições de risco e de forma equilibrada, por todos os pontos de atenção, incluindo os hospitais.

Uma das sobrecargas, talvez a maior do processo gerencial do HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos de cuidadores individuais, e que resulte em uma adequada coordenação e integração do cuidado.

A unidade de saúde estará integrada com as unidades de referência e contra referência conforme pactuação.

O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) ,) receberá via Central de Regulação os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos, serão encaminhados paro HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÁS DR. VALDEMIRO CRUZ (HUGO) , e devem ser agendados. A contra referência para as unidades de atendimento hospitalar e emergência que recebem pacientes via porta aberta demanda, e os pacientes que necessitem de avaliações especializadas, recursos diagnósticos e terapêuticos que a unidade de saúde não o tenha, após acolhimento com classificação de risco e atendimento médico, registrados, via sistema de informações na Central de Regulação. Deverá ser emitido solicitação/relatório médico, buscando a transferência com garantia de recursos e de recebimento do paciente pela Unidade de Destino. Deve haver retaguarda hospitalar previamente pactuada com fluxos e mecanismos de transferência claro para os pacientes da Unidade na Instituição com a qual a mesma está vinculada no gerenciamento complementar.

A Central de Regulação fará a seleção indicação, regulação e transferência do paciente da Instituição Prestadora. Caso não estejam disponíveis ou não tenham o perfil assistencial Contratualizado /conveniado, estes pacientes deverão. ser transferidos a outros hospitais da rede pública ou complementar, a serem: determinados pela Central Estadual de Regulação.

Segue abaixo o sistema utilizado para regulações de urgências e emergências e ambulatorial:



Segue abaixo os fluxos de processo do Núcleo Interno de Regulação (NIR):

