



INSTITUTO
**Mais
Saúde**

**PROPOSTA DE TRABALHO
ENVELOPE 02:**

**PROPOSTA TÉCNICA, PLANO DE TRABALHO,
COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE GESTÃO**

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2025

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS)

CNPJ/MF nº 18.963.002/0001-41

Rua Alvorada, nº 1.289, Conjunto 1.501, Vila Olímpia,

CEP: 04.550-004, São Paulo - SP

**Promovendo a gestão
dos serviços de saúde
em todo o Brasil**



Humanização



Excelência



Integridade



Transparência



Sustentabilidade



Diversidade



Responsabilidade Social

SUMÁRIO

A.	PROPONENTE:	7
B.	PROPOSTA DE TRABALHO:.....	8
1.1.	DECLARAÇÕES	8
C.	APRESENTAÇÃO	11
1.1.	Identidade Organizacional	11
1.2.	Modelo de Gestão.....	13
1.3.	Programa de Modernização da Gestão.....	15
1.3.1.	DRG (Diagnosis Related Groups)	16
1.3.1.1.	Importância e Resultados	16
1.3.1.2.	Benefícios	17
1.3.1.3.	Fases de Implantação.....	17
1.3.2.	Certificações de Qualidade para Hospitais.....	17
1.3.3.	ONA (Organização Nacional de Acreditação)	18
1.3.4.	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)	18
1.3.5.	Green Kitchen	18
1.3.6.	Certificação de Qualidade do Cofen.....	18
1.3.7.	Programa Hospitais Saudáveis (PHS).....	19
1.4.	Caracterização do modelo de gestão	19
1.5.	Gestão corporativa.....	20
1.6.	Remuneratório Baseado em Valor. Pagamentos por Desempenho (Pay-for-performance)	22
D.	TÍTULO	24
1.1.	Contexto.....	24
1.2.	Objeto.....	25
1.3.	Vigência:	25
1.4.	Descrição Dos Serviços A Serem Executados.....	25
1.	CRITÉRIO A - ATIVIDADE.....	34
1.1.	Implantação de fluxo	34
1.1.1.	Fluxos operacionais, compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.	34
1.1.2.	Fluxos para registro de documentos de usuários e administração	99
1.1.3.	Fluxo para materiais esterilizados	124
1.1.4.	Fluxo para processamento de roupas	141
1.1.5.	Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)	148
1.2.	Implantação da gestão.....	169

1.2.1.	Proposta para Regimento Interno do Hospital.....	169
1.2.1.1.	Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional.....	247
1.2.1.2.	Proposta para Regimento Interno do Serviço de Enfermagem.....	266
1.2.1.3.	Proposta para Regimento do Corpo Clínico.....	319
1.2.2.	Proposta para logística de suprimento.	330
1.2.3.	Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.	424
1.2.4.	Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados. ¹	430
1.3.	Implantação de processos.....	441
1.3.1.	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.	441
1.3.2.	Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.....	454
1.3.3.	Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação.....	494
1.3.4.	Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas. .	622
1.3.5.	Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP)	719
1.3.5.1.	Atendimento a Emergências Clínicas.....	722
1.3.5.2.	Atendimento à Vítima de Trauma	724
1.3.5.3.	Carro de Urgência e Emergência: Conferência e Testes.....	728
1.3.5.4.	Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica	742
1.3.5.5.	Transporte Intra e Inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico).....	747
1.3.5.6.	Avaliação de Risco, Estadiamento e Tratamento de Lesão por Pressão	763
1.3.5.7.	Higienização das Mãos.....	776
1.3.5.8.	Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	792
1.3.5.9.	Identificação do Paciente.....	797
1.3.5.10.	Avaliação de Risco e Prevenção de Quedas	808
1.3.5.11.	Cirurgia Segura.....	827
1.3.5.12.	Preparo para Realização de Exames Laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de Imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e Procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia).....	846
1.3.5.13.	Segurança do Paciente na UTI Adulto	885
1.3.5.14.	Internações para cirurgias eletivas	981
1.3.5.15.	Acidente de Trabalho com Material Biológico	988
1.3.5.16.	Processamento de Materiais na Central de Material e Esterilização (CME).....	1112

1.3.5.17. Implantação, Manutenção e Remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	1160
1.3.5.18. Implantação, Manutenção e Remoção de Acesso Venoso Central por Cateter de Curta Permanência	1177
1.3.5.19. Terapia Nutricional Enteral Adulto e Pediátrico: Instalação, Administração da Dieta, Manutenção, Cuidados e Gestão de Intercorrências.....	1190
1.3.5.20. Terapia Nutricional Parenteral Adulto e Pediátrico: Instalação, Administração da Dieta, Manutenção, Cuidados e Gestão de Intercorrências.....	1220
1.3.5.21. Prevenção das principais infecções relacionada a assistência à saúde: de sítio cirúrgico, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção de trato urinário associada à cateter vesical de demora.	1243
1.3.5.22. Manejo de Óbitos.....	1248
1.3.5.23. Contenção Mecânica do Paciente no Leito	1263
1.3.5.24. Processo de Hemodiálise da Terapia Renal Adulto: Instalação, Monitorização e Retirada do Paciente da Máquina de Hemodiálise e Gestão de Intercorrências	1278
2. CRITÉRIO B - QUALIDADE.....	1310
2.1. QUALIDADE OBJETIVA.....	1310
2.1.1. Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIRAS)	1310
2.1.2. Comissão de Ética Médica, de Enfermagem e Multidisciplinar	1317
2.1.3. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários (CRP)	1338
2.1.4. Comissão de Verificação de Óbitos (CVO)	1346
2.1.5. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).....	1355
2.1.6. Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)	1371
2.1.7. Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)	1443
2.1.8. Comissão de Gerenciamento de Riscos	1450
2.1.9. Comitê Transfusional	1456
2.1.10. Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT).	1461
2.1.11. Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	1467
2.1.12. Comissão Multidisciplinar de Terapia Nutricional (CMT).....	1473
2.1.13. Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias	1478
2.1.14. Outras Comissões:	1483
2.2. Qualidade do atendimento/ acolhimento	1616
2.2.1. Manual com indicação das formas de recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares.....	1616

2.2.2.	Protocolo de classificação de risco e protocolos clínico-assistenciais, considerando-se o Perfil Assistencial do Hospital;	1659
2.2.3.	Implementação de processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, identificando o paciente segundo o grau de sofrimento ou de agravos à saúde e de risco de morte.....	2423
2.2.4.	Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.	2427
2.2.5.	Proposta para implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes.	2430
2.2.6.	Proposta para implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário, conforme Política Nacional de Humanização.	2432
2.2.7.	Proposta de realização periódica de pesquisa de satisfação dos usuários, no atendimento ambulatorial e hospitalar, com definição do uso das informações e ações preventivas e corretivas.	2456
3.	CRITÉRIO C - TÉCNICA	2460
3.1.	Estrutura diretiva do Hospital.....	2460
3.1.1.	Apresentação de organograma indicando os profissionais que ocuparão os dois primeiros níveis, com as suas devidas qualificações e a definição das competências de cada cargo.	2460
3.2.	Implementação de serviços e funcionamento de equipe interdisciplinar	2470
3.2.1.	Apresentação quadro de pessoal médico compatível com as atividades propostas no Plano de Trabalho, constando forma de vínculo, horário e, quando for o caso, título de especialista dos responsáveis pelos serviços (observar a legislação para cada caso).	2470
3.2.2.	Apresentação de quadro de pessoal técnico, por área de atividade do Plano de Trabalho, constando forma de vínculo e horário.....	2496
3.3.	Implementação e funcionamento de outros serviços	2516
3.3.1.	Normas e funcionamento da Administração Geral do Hospital e do Núcleo Interno de Regulação, com especificação de estrutura, rotinas, horário, equipe mínima e qualificação profissional.	2516
3.3.2.	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção predial, elétrica e hidráulica (preventiva e corretiva).....	2573
3.3.3.	Normas para o funcionamento do serviço de manutenção de equipamentos hospitalar (preventiva e corretiva).....	2607
3.3.4.	Normas para realização dos procedimentos de aquisição de equipamentos e materiais hospitalares, medicamentos e correlatos, bem como recebimento, guarda e distribuição/dispensação para os setores.	2621

3.3.5.	Critérios para contratação de terceiros ou equipe própria, de serviços de limpeza, vigilância e cozinha/nutrição.	2740
3.3.6.	Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ativo e regular.	2876
3.4.	Ciência e tecnologia.....	2879
3.4.1.	Apresentação de projeto de Tecnologia da Informação, descrição do sistema de gerenciamento eletrônico e sua relação com os Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar, com vistas à melhoria dos registros quali-quantitativos de produção, do atendimento ao usuário e de controle gerencial da Unidade.....	2879
3.5.	Política de recursos humanos	2902
3.5.1.	Proposta para estabelecimento de normas para seleção de pessoal, contrato de trabalho e avaliação de desempenho, com sugestões de condutas para combater absenteísmo e estimular a produção.....	2902
3.5.2.	Proposta para registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho.	2974
3.5.3.	Apresentação de projeto em educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar das unidades.	2992
3.5.4.	Proposta de metodologia utilizada para avaliação de desempenho dos colaboradores e pesquisa de clima institucional.....	3082
3.5.5.	Proposta de plano de cargos e carreiras para o quadro de funcionários.....	3123
3.6.	Descritivo do projeto	3135
3.6.1.	Apresentar roteiro contendo planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos acima descritos.....	3135
4.	D) DA EXPERIÊNCIA DA GESTÃO	3278
4.1.	Experiência anterior em gestão em serviços em saúde.....	3278
4.2.	Experiência anterior em gestão de serviços de saúde com acreditação ONA	3848
4.3.	Experiência anterior em gestão em serviços com metodologia de valor em saúde	4097
5.	ANEXOS.....	4098
	Anexo Critério C - item 354 - Descrição de Cargos	4098

A. PROPONENTE:

Razão Social: INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE

CNPJ/MF: 18.963.002/0001-41

Endereço: Rua Alvorada, 1.289, 15º andar, Conjunto 1.501, Vila Olímpia, São Paulo (SP)

E-mail: projetos@ismsaude.org.br | juridico@ismsaude.org.br

Telefone: (11) 3842-1501

Objeto: seleção de Organização Social para celebrar Contrato de Gestão com objetivo de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatorial de internação, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e nos anexos integrantes deste Edital, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

Título: Proposta técnica para implantar e gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, conforme determina edital.

Sessão de abertura: As sessões públicas, relativas ao presente Chamamento Público, serão realizadas: Sala de Reunião Beatriz Dobashi – Secretaria de Estado de Saúde

Data da primeira sessão: 04 de novembro de 2025 às 8:00 (HORÁRIO LOCAL).

Endereço da sessão: Avenida Poeta Manoel de Barros, s/n, Bloco VII – Jardim Veraneio – CEP: 79031-350 – Parque dos Poderes.

Edital no site: www.saude.ms.gov.br

Ícone: Organização Social – Chamamento Público 2025

Validade da proposta : 120 dias

B. PROPOSTA DE TRABALHO:

1.1. DECLARAÇÕES

EDITAL - ANEXO IX – MODELO DE DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM CONFORMIDADE COM A PROPOSTA DE TRABALHO



Validador

**DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM CONFORMIDADE COM A
PROPOSTA DE TRABALHO**

Ref.: Chamamento Público nº 0001/2025-SES/MS
Processo nº 27/026.652/2025

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE – ISMS, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado do Mato Grosso do Sul, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.963.002/0001-41, com sede na Rua Alvorada, nº 1.289, 15º Andar, Conjunto 1501, Vila Olímpia, CEP: 04.550-004, São Paulo - SP, neste ato representado por sua Presidente, **Dra. MARIANA MONIZ MEIRELLES REIS**, brasileira, solteira, advogada, regularmente inscrita na OAB/SP sob o nº 211.389, portadora do RG nº 13.598.304-6 – SSP/SP e do CPF/MF sob o nº 153.710.818-28, **DECLARA**, para os devidos fins, que compromete-se em prestar todos os serviços descritos na PROPOSTA TÉCNICA apresentada no Chamamento Público nº 001/2025-SES/MS - Processo nº 27/026.652/2025, aos custos indicados na PROPOSTA FINANCEIRA, no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto - HRDJSN, localizado no município de Ponta Porã/MS.

DECLARA, ainda, que a validade das propostas apresentadas é de 120 dias a partir da data da abertura da seleção.

DECLARA, ainda, que conhece as leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerá aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como, respeitará o caráter público das Unidades de Saúde.

São Paulo/SP, 27 de outubro de 2025.



INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE
Mariana Moniz Meirelles Reis
Presidente

institutomaissaude.org.br

Assinado com Assinatura Eletrônica Qualificada (Lei 14.063/2020 | Regulamento 910/2014/EC)
Link de validação: <https://valida.br/valida/5850071458e57b421a326f4419836fc5d48415145eeef449f?sv>





Autenticação eletrônica pg. 2
Data e horários em GMT -3:00 Sao Paulo
Código identificador do documento: 585007f458e57b42fa326f4419836fc5d48415f45eeef449f

Página de auditoria



Link de validação: <https://valida.ae/585007f458e57b42fa326f4419836fc5d48415f45eeef449f>
Assinatura Eletrônica Qualificada com base na lei 14.063/2020 e Regulamento 910/2014/EC



Escaneie o QRCode ao lado ou acesse o link de validação para obter o arquivo assinado e os dados de assinatura no Autentique



Este documento foi assinado usando certificados da cadeia ICP-Brasil, acesse validar.it.gov.br ou abra o arquivo em um leitor PAdES para verificar as assinaturas

C. APRESENTAÇÃO

Esta proposta técnica apresenta o modelo de gestão do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** e os princípios que orientam a administração de unidades de saúde sob nossa responsabilidade. Também detalha a estrutura organizacional e os métodos adotados para o gerenciamento de serviços de saúde.

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** é uma associação sem-fins lucrativos fundada em 1º de agosto de 2013, que realiza gestão de unidades de saúde, certificada, pelo Ministério da Saúde, como entidade beneficente de assistência social (CEBAS) na área da saúde e, como tal, presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1. Identidade Organizacional



Missão

Cuidar das pessoas promovendo saúde e bem-estar.



Visão

Até 2030 ser reconhecido em todo o território nacional pela excelência na gestão de serviços em saúde



Valores

- Excelência
- Integridade
- Transparência
- Sustentabilidade
- Diversidade
- Responsabilidade Social

Atualmente, o ISMS tem em seu portfólio a gestão de 38 unidades de saúde, localizadas em cinco estados brasileiros, em todos os perfis de atendimento estruturados pelo SUS (Sistema Único de Saúde):

- Atenção Primária — Unidades Básicas de Saúde;
- Atenção Secundária — Ambulatórios de Especialidades;
- Atenção Terciária — Hospitais de baixa, média e alta complexidades;
- Urgências e Emergências — SAMU, Pronto Socorro, UPA 24h.

A abordagem do modelo gerencial do ISMS busca a otimização de fluxos, o uso eficiente de recursos e o cumprimento de metas e demandas, alinhando-se às normas vigentes e às diretrizes de segurança.

A gestão por processos é aplicada como um conjunto de práticas voltadas ao aprimoramento contínuo das atividades organizacionais, estruturadas com base na cadeia de valor.

Esse modelo possibilita um mapeamento abrangente da atuação institucional, promovendo integração entre as áreas e aprimoramento dos resultados operacionais.

Atualmente, o ISMS realiza a gestão de seis hospitais, cinco dos quais localizados no Estado do Pará e um em Mato Grosso do Sul. São eles:

- **Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, Belém (PA)** — Maior hospital público do Pará e a segunda maior maternidade do Estado, onde atuam 1.500 profissionais e 500 médicos. São 450 leitos, entre enfermaria, UTI e Pronto Atendimento. Possui a certificação Acreditado, nível 1 da Organização Nacional de Acreditação (ONA);
- **Hospital Regional do Baixo Amazonas, Santarém (PA)** — Referência em atendimento oncológico, hemodiálise e transplantes, possui 1.200 profissionais, 200 médicos e 230 leitos, entre enfermaria, UTI e Pronto Atendimento. Possui a certificação Acreditado com Excelência, nível 3 da ONA;
- **Hospital Regional do Tapajós, Itaituba (PA)** — Referência regional em traumatologia, atende mais de 20 especialidades, possui cerca de 900 profissionais, 120 médicos e 320 leitos, entre enfermaria, UTI e Pronto Atendimento;
- **Hospital Geral Público Castelo dos Sonhos, Altamira (PA)** — Referência atendimento de baixa e média complexidade, possui 170 profissionais, 20 médicos e 35 leitos de enfermaria e Pronto Atendimento;
- **Hospital Regional de Oriximiná Menino Jesus, Oriximiná (PA)** — Referência para a população residente em municípios da região da Calha Norte, a unidade conta com 26 leitos de enfermaria e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de 16 leitos de acolhimento.
- **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, Ponta Porã (MS)** — Considerado uma das principais unidades de saúde pública da região, o hospital possui 117 leitos (de enfermaria, UTI e emergência) e tem seu serviço focado para o atendimento nas seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia, obstetrícia, atendimento de urgência e emergência e Ponto Socorro 24h.

Em 2024, os hospitais que gerenciamos realizaram mais de 3 milhões de atendimentos, 30 mil cirurgias, 2,3 milhões de exames, 150 mil sessões de hemodiálises, por meio do trabalho de 5.000 profissionais. No ano, o Instituto contabilizou R\$ 80 milhões de compras em escala de suprimentos.

1.2. Modelo de Gestão

O modelo de gestão do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** está estruturado em cinco pilares:

Governança Corporativa — Foco na implantação de processos sólidos no âmbito administrativo, operacional e assistencial. A governança do **ISMS** é composta pelos seguintes documentos institucionais com diretrizes aplicadas no âmbito de sua atuação:

- Política de Compliance;
- Política de Comunicação;
- Política de Consentimento Informado e Livre Esclarecido;
- Política de Cuidados Paliativos;
- Política de Diversidade;
- Política de Gestão Ambiental;
- Política de Gestão da Qualidade;
- Política de Governança Clínica;
- Política de Gestão da Segurança da Informação;
- Política de Gestão de Compras;
- Política de Gestão de Fornecedores;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão de Práticas Assistenciais;
- Política de Governança de Dados Pessoais;
- Política de Prevenção e Combate ao Assédio e Outras Violências;
- Política de Segurança do Paciente.

Cada política possui manuais técnicos e instruções de trabalho, detalhando e padronizando as atividades, estabelecendo um padrão de qualidade nas unidades gerenciadas.

Integridade e Compliance — Conformidade com a legislação, gestão do capital humano, qualidade dos serviços e canais (digitais e presenciais) estruturados para denúncias e

atendimento ao usuário e demais públicos envolvidos direta ou indiretamente com a gestão da unidade de saúde;

Sustentabilidade — Utilização racional dos recursos a partir de critérios que visam garantir economicidade e a perenidade dos serviços, em consonância com a demanda existente;

Transparência — Produção periódica de relatórios operacionais com evidências;

Privacidade — Cumprimento rigoroso da legislação por meio de processos internos, treinamento do capital humano e uso de tecnologia.

Essas diretrizes criadas pelo ISMS orientam o plano de trabalho aplicado ao hospital sob contrato de gestão. Também definem os instrumentos de planejamento, implantação e controle dos processos organizacionais inerentes a atividade.

A assistência é prestada de acordo com as diretrizes do SUS e com as definições das Políticas Nacionais de Saúde (como urgência e Emergência e de Humanização), complementadas por diretrizes e normas específicas da Secretaria Estadual de Saúde.

Todos os contratos vigentes, celebrados com a administração direta e indireta são mantidos operantes até a sua conclusão, quando poderão ter sua responsabilidade transferida.

Neste projeto será apresentada a metodologia de gerenciamento por resultados adotado pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** nas unidades geridas pela entidade e que será adotada na gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, além de serem observadas as disposições do Art. 10, caput e incisos I e III, da Lei Estadual nº 4.698/2015 e suas alterações.

A apresentação da presente proposta técnica está dividida em seções:

- **CRITÉRIO A – ATIVIDADE** — abordagem dos itens relativos à implantação dos fluxos, da gestão e de processos nas atividades de gerenciamento da Unidade, além de demonstrar a potencialidade em alcançar os resultados propostos, conforme determina edital.
- **CRITÉRIO B - QUALIDADE** — abordagem dos itens relativos às ações de qualidade em dois aspectos:
 - a. **Qualidade objetiva:** aborda a instituição de comissões de monitoramento dos serviços.
 - b. **Qualidade do atendimento/acolhimento:** aborda a percepção que o usuário e familiares obtém de sua passagem pela unidade.

- **CRITÉRIO C - TÉCNICA** — abordagem dos itens relativos à demonstração capacidade gerencial por experiências anteriores bem-sucedidas, estrutura diretiva, habilidade na execução das atividades, meio de suporte para a efetivação das atividades assistenciais, com profissionais habilitados, na busca de desenvolvimento tecnológico e científico benéficos à saúde, planejamento, cronograma de execução, objetivos e metas a serem alcançadas, além definição de estratégias de implantação e resultados esperados dos projetos
- **ITEM D - EXPERIÊNCIA DE GESTÃO** — abordagem dos itens com o objetivo de assegurar a adequada execução das atividades propostas no projeto, demonstração de: Experiência anterior em gestão em serviços em saúde; Experiência anterior em gestão de serviços de saúde com acreditação ONA, e Experiência anterior em gestão em serviços com metodologia de valor em saúde

Por fim, cumpre destacar que nos anexos desta proposta técnica, referente ao **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** apresentam, de forma clara e estruturada, os documentos e protocolos que evidenciam a capacidade técnica e assistencial do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**.

1.3. Programa de Modernização da Gestão

Para desenvolver, aprimorar e incorporar soluções em saúde voltadas às unidades gerenciadas, o Instituto Social Mais Saúde criou o Programa de Modernização da Gestão (PMG).

O PMG atua no aperfeiçoamento permanente da prática da gestão com foco na sustentabilidade do serviço de saúde, maximizando os resultados, identificando e reduzindo os riscos que podem dificultar a operação.

O PMG utiliza tecnologias consolidadas no mercado para buscar os melhores resultados a partir das necessidades e cultura locais:

Tasy — Plataforma de gestão hospitalar para Backoffice, Compras, Suprimentos, Financeiro, Contabilidade, Patrimônio, Contratos e Custos;

Interact — Plataforma que mapeia o desempenho dos indicadores de qualidade, cumprimento do planejamento estratégico e governança de dados;

DOGMAIS — Modelo interno de autoria dos processos assistenciais, administrativos e operacionais para aferir a qualidade dos serviços;

GCPEC — Plataforma de gestão de pessoas por competências;

GUPY — Plataforma de recrutamento e seleção de profissionais;

NEP — Núcleo de Educação Permanente atua na definição e promoção de cursos de aperfeiçoamento periódico dos processos internos das unidades gerenciadas;

Relação com o contratante — Canal permanente e direto com as unidades corporativa e gerenciada para o atendimento das demandas, pautado no cumprimento das cláusulas contratuais e na prática da integridade e transparência;

Acompanhamento — Periodicamente, o Programa de Modernização da Gestão realiza a revisão das estratégias e resultados para a sequência de um novo ciclo de melhoria contínua, em consonância com a evolução da gestão, das necessidades assistenciais dos usuários e da complexidade regulatória.

1.3.1.DRG (Diagnosis Related Groups)

Como parte de nossa estratégia de Governança Clínica, aplicamos a metodologia **DRG – Diagnosis Related Groups (Grupos de Diagnósticos Relacionados)** nos hospitais sob nossa gestão.

O DRG é uma plataforma de gestão de saúde baseada em valor, que melhora a qualidade assistencial e reduz desperdícios. Esse método possibilita uma visão padronizada do cuidado em saúde, permitindo mensurar complexidade assistencial, tempo de permanência, recursos utilizados e qualidade dos resultados clínicos.

1.3.1.1. *Importância e Resultados*

A implantação do DRG é uma inovação relevante no Brasil, pois cria uma base sólida para:

- **Gestão por valor**, focada em desfechos clínicos e eficiência operacional.
- **Transparência na assistência**, permitindo comparação com benchmarks nacionais e internacionais.
- **Segurança do paciente**, por meio da identificação de variações indesejadas no processo assistencial.
- **Melhor alocação de recursos**, favorecendo decisões baseadas em evidências.
- **Redução de custos evitáveis**, como reinternações e complicações.

Na prática, observamos que os hospitais sob nossa gestão que utilizam o DRG apresentam **melhoria contínua da qualidade assistencial, otimização da jornada do paciente, aumento da previsibilidade dos resultados e fortalecimento da sustentabilidade financeira.**

1.3.1.2. *Benefícios*

- **Para os pacientes:** mais qualidade, segurança e resolutividade.
- **Para os gestores:** indicadores confiáveis para tomada de decisão estratégica.
- **Para os profissionais de saúde:** feedback clínico preciso e incentivo ao aperfeiçoamento da prática assistencial.
- **Para os financiadores:** maior transparência e controle na utilização dos recursos públicos.

1.3.1.3. *Fases de Implantação*

Nos hospitais gerenciados pelo Instituto Social Mais Saúde, seguimos um **plano estruturado de implantação do DRG**, dividido em etapas:

1. **Diagnóstico situacional** – avaliação dos processos assistenciais e análise do perfil epidemiológico dos pacientes.
2. **Capacitação das equipes** – treinamento multiprofissional em conceitos do DRG, codificação e registro clínico adequado.
3. **Adequação dos sistemas de informação** – integração tecnológica para coleta, classificação e análise dos dados.
4. **Monitoramento e validação dos dados** – aferição da qualidade da informação registrada e ajustes necessários.
5. **Gestão baseada em indicadores** – uso dos resultados do DRG para orientar melhorias assistenciais, operacionais e financeiras.
6. **Incorporação da ferramenta** de monitoramento e seus resultados no NQSP institucional e na governança clínica através de PDCA's.
7. **Avaliação contínua** – acompanhamento sistemático dos indicadores de qualidade, eficiência e segurança do paciente.

1.3.2. Certificações de Qualidade para Hospitais

Além da avaliação dos usuários dos serviços, que na nossa gestão acontece por meio do Serviço de Atendimento ao Usuário (SUS), também indicamos que os serviços oferecidos à população por meio dos hospitais gerenciados sejam avaliados a partir de critérios técnicos, por metodologia

padronizada e reconhecida no mercado. Assim, o **Instituto Social Mais Saúde** atua para que as unidades sob sua responsabilidade sejam avaliadas por entidades externas, referência no segmento em que atuam.

1.3.3.ONA (Organização Nacional de Acreditação)

A acreditação ONA é a principal certificação de qualidade para instituições de saúde no Brasil, reconhecida nacional e internacionalmente. Avalia padrões de segurança, gestão integrada, processos assistenciais e administrativos. Possui três níveis:

- **Nível 1** – Acreditado: Foco na segurança do paciente.
- **Nível 2** – Acreditado Pleno: Gestão integrada e processos eficazes.
- **Nível 3** – Acreditado com Excelência: Cultura organizacional de melhoria contínua.

A certificação é concedida por entidades acreditadoras credenciadas e é válida por dois anos.

1.3.4.Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)

Criada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), essa certificação é concedida pelo Ministério da Saúde aos hospitais que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno. Os critérios envolvem boas práticas obstétricas e neonatais, capacitação das equipes e cumprimento de normas como os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

1.3.5.Green Kitchen

Certificação concedida pela Fundação Mokiti Okada a cozinhas hospitalares que adotam práticas sustentáveis, saudáveis e seguras na alimentação. Avalia critérios como uso de alimentos naturais, redução de desperdícios, sustentabilidade ambiental e educação alimentar. Destaca o compromisso com a promoção da saúde e o respeito ao meio ambiente.

1.3.6.Certificação de Qualidade do Cofen

Promovida pelo Conselho Federal de Enfermagem, essa certificação reconhece instituições que mantêm boas práticas na gestão e valorização da equipe de enfermagem. Avalia critérios como dimensionamento adequado, condições de trabalho, educação continuada e cumprimento das normativas éticas e técnicas da profissão.

1.3.7. Programa Hospitais Saudáveis (PHS)

Alinhado à agenda global da saúde ambiental, o PHS é uma iniciativa voluntária que reconhece hospitais comprometidos com a sustentabilidade e a redução dos impactos ambientais. Envolve ações como gestão de resíduos, eficiência energética, eliminação de substâncias tóxicas e promoção da saúde ambiental junto à comunidade hospitalar.

1.4. Caracterização do modelo de gestão

O **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** adota um modelo de gestão verticalizado e participativo, em que a estrutura organizacional é hierarquizada, com níveis claros de autoridade e responsabilidades. Neste modelo, as decisões são tomadas em nível de Diretoria Corporativa referente aos principais processos da instituição e depois repassadas para os níveis consecutivos para execução.

Aqui estão algumas das principais características desse modelo verticalizado:

- **Estrutura hierárquica clara:** A organização possui uma estrutura hierárquica bem definida com vários níveis de gestão, desde a alta administração até os funcionários de linha de frente.
- **Cargos e responsabilidades:** As responsabilidades são distribuídas de acordo com os níveis hierárquicos, com uma clara cadeia de comando e supervisão.
- **Centralização do controle:** A alta administração é responsável pelas decisões estratégicas e define as políticas gerais da organização.
- **Execução e implementação:** As decisões são comunicadas aos níveis intermediários e operacionais, que são responsáveis por implementar e realizar as políticas, garantindo sua uniformização dos processos.
- **Processo de tomada de decisão estruturado e centralizado.**
- **Planejamento:** O planejamento estratégico e as decisões principais são centralizados na alta administração tanto na sede quanto nas unidades.
- **Execução:** Os gestores intermediários e operacionais seguem as diretrizes estabelecidas pela alta gestão da unidade e corporativo e se reportam sobre o progresso e os resultados. Sendo que os gestores intermediários se reportam diretamente ao diretor-geral da unidade e este, por sua vez, ao corporativo.

- Comunicação hierarquizada: A comunicação segue um fluxo de cima para baixo, com a alta administração transmitindo e padronizando políticas e os principais processos para os níveis demais níveis.
- Relatórios: São fornecidos relatórios e feedback à administração corporativa de acordo com SLA pré-estabelecido.

Funções e responsabilidades bem definidas.

- Especialização: Cada departamento ou unidade tem funções claramente definidas e responsabilidades específicas, com uma ênfase na especialização de tarefas.
- Controle e monitoramento: A alta administração monitora o desempenho e a conformidade dos departamentos e das unidades através de relatórios e avaliações periódicas.
- Padronização de processos: Os processos e procedimentos são padronizados e controlados rigorosamente para garantir a conformidade com as políticas estabelecidas.
- Políticas e manuais: diretrizes de procedimentos detalhados seguido por todos os níveis da organização.
- Gestão centralizada: A gestão centralizada no corporativo permite unificação de processos o que é fundamental para a uniformidade e conformidade de processos e regulatórias.
- Transparência e conformidade: Publicização periódica de conteúdo em conformidade com a legislação em vigor.
- Racionalização de recursos: A verticalização permite uma alocação mais eficaz de recursos baseada em uma visão centralizada de necessidades e prioridades.

1.5. Gestão corporativa

Nossa gestão acontece por meio da integração entre unidade gerenciada e unidade corporativa, cuja missão é promover o modelo de gestão e desenvolver soluções customizadas para as unidades de saúde.

Seu time de profissionais oferece suporte integral e permanente para as unidades gerenciadas, monitora o cumprimento de metas e, ainda, fornece *insights* importantes para agilizar a tomada de decisão.

A gestão corporativa envolve diferentes práticas e princípios essenciais que garantem a saúde e o crescimento de uma organização. Aqui estão alguns pontos mais importantes desse modelo:

1. **Planejamento Estratégico:** Definir claramente a missão, visão e valores da empresa, além de estabelecer metas de curto, médio e longo prazo. Isso inclui a análise de mercado, a identificação de oportunidades e ameaças, e o desenvolvimento de estratégias para alcançar os objetivos.
2. **Organização e Estrutura:** Criar uma estrutura organizacional eficiente que define claramente os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe. Isso pode incluir a definição de hierarquias e a criação de processos para comunicação e tomada de decisão.
3. **Gestão Financeira:** Monitorar e gerenciar as finanças da empresa, incluindo orçamentos, fluxo de caixa, investimentos e relatórios financeiros. A gestão financeira eficaz é crucial para a sustentabilidade e o crescimento da empresa.
4. **Gestão de Recursos Humanos:** Recrutar, treinar e reter talentos, além de desenvolver uma cultura organizacional positiva. Isso também envolve a gestão de desempenho, a resolução de conflitos e a promoção de um ambiente de trabalho inclusivo e motivador.
5. **Comunicação e Marketing:** Desenvolver e implementar estratégias para preservar a reputação e gerar confiança junto aos diversos públicos de interesse, assegurando o cumprimento das normas de transparência e privacidade, a promoção da orientação social e da informação confiável.
6. **Inovação e Desenvolvimento:** Incentivar a inovação e a melhoria contínua dos serviços e processos. Investir em pesquisa e desenvolvimento para manter a organização competitiva e adaptada às mudanças do mercado.
7. **Gestão de Operações:** Garantir que as operações diárias das unidades administradas sejam eficientes e eficazes. Isso envolve a gestão da cadeia de suprimentos, a otimização dos processos produtivos e a garantia de qualidade.
8. **Gestão de Riscos:** Identificar, avaliar e mitigar riscos que possam impactar a instituição, incluindo riscos financeiros, operacionais, legais e de mercado. Implementar planos de contingência para lidar com possíveis crises.
9. **Compliance e Governança:** Assegurar que a empresa esteja em conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis e adote boas práticas de governança corporativa. Isso inclui a transparência nas operações e a responsabilidade para com os acionistas e outras partes interessadas.
10. **Tecnologia e Sistemas:** Utilizar tecnologia para melhorar a eficiência e a eficácia das operações, desde sistemas de gerenciamento até ferramentas de análise de dados. Manter-se atualizado com as tendências tecnológicas relevantes para o setor.

11. **Relacionamento com Stakeholders:** Gerenciar relacionamentos com contratantes, clientes, fornecedores e outras partes interessadas. Estabelecer e manter uma comunicação eficaz e construir parcerias estratégicas.

Avaliação e Melhoria Contínua: Monitorar o desempenho da empresa regularmente e realizar avaliações para identificar áreas de melhoria. Implementar mudanças e ajustes com base em feedback e dados para aprimorar continuamente a gestão.

1.6. Remuneratório Baseado em Valor. Pagamentos por Desempenho (*Pay-for-performance*)

A adoção de modelos de remuneração baseados em valor vem se consolidando como uma das mudanças mais relevantes para a sustentabilidade do setor de saúde no Brasil. Alinhado a essa tendência, o **Instituto Social Mais Saúde** iniciou, em 2025, a implantação dessa estratégia em suas unidades.

Essa decisão é fruto de um processo iniciado em 2023, com ações bem-sucedidas que buscaram incluir, nos contratos médicos, a corresponsabilidade pelos resultados assistenciais, aliando metas quantitativas, relacionadas à produção de serviços, e metas qualitativas, voltadas ao engajamento do corpo clínico na governança clínica.

Esse movimento culminou na implementação de indicadores de desfecho clínico e experiência do paciente, consolidando um modelo em que a remuneração está atrelada ao valor entregue ao usuário, e não apenas ao volume de procedimentos realizados.

Ao substituir a lógica tradicional de pagamento por volume (*fee-for-service*), o modelo baseado em valor busca alinhar eficiência financeira, qualidade assistencial e desfechos clínicos, estimulando práticas seguras, resolutivas e centradas no paciente.

Durante a fase de análise de desfechos e de avaliação de performance, as estratégias desenvolvidas reforçam que a seleção das condições clínicas prioritárias deve considerar fatores como prevalência, impacto financeiro, complexidade assistencial e disponibilidade de dados clínico-administrativos.

Nesse contexto, a implantação da metodologia DRG (*Diagnosis Related Groups*) foi fundamental para apoiar a gestão de custos assistenciais, mensuração de resultados e comparabilidade de desempenho entre unidades e equipes. O DRG tornou-se a base técnica que sustenta o modelo de remuneração por performance, permitindo identificar desperdícios e oportunidades de melhoria contínua.

Como destaca André Médici, presidente do IBRAVS:

“O objetivo do pagamento por performance não é reduzir custos. Reduzir custos pode ser consequência da eliminação de desperdícios, mas a finalidade central é melhorar desfechos e garantir maior resolutividade para o paciente.”

E complementa:

“Não se trata de pagar menos, mas de pagar melhor. O futuro da saúde não é pagar por fazer, e sim pagar por resolver.”

O **Instituto** estruturou um setor de Remuneração por Performance, que mescla componentes fixos e variáveis nos pagamentos, garantindo previsibilidade financeira e, ao mesmo tempo, incentivando a qualidade assistencial e o alcance de metas de valor.

Para sustentar o modelo, foi criada uma Comissão de Práticas Clínicas e Protocolos Assistenciais, responsável pela padronização clínica, validação de protocolos baseados em evidências e monitoramento contínuo dos indicadores de qualidade e segurança.

A implantação contou com um grupo de trabalho multidisciplinar, com forte ênfase em transparência, clareza contratual e gestão de risco compartilhada. Também foi reforçada a política de educação permanente, reconhecendo que a transformação cultural é essencial para consolidar o cuidado centrado em valor.

Com essa iniciativa, o **Instituto Social Mais Saúde** reafirma seu compromisso com a qualidade, a eficiência e a humanização da assistência, contribuindo para um sistema de saúde mais sustentável, inovador e focado em resultados que realmente importam para o paciente.

D. TÍTULO

Título: Proposta técnica para implantar e gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)**, conforme determina edital.

1.1. Contexto

A finalidade é a seleção de Organização Social para celebrar Contrato de Gestão com objetivo de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatorial e de internação, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e nos anexos integrantes deste Edital, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** localizado na Rua Baltazar Saldanha, 1.501, Centro, cidade de Ponta Porã-MS, CEP: 79.900-000 e que está sob gestão estadual;

O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto faz parte da Rede Estadual de Atenção Hospitalar, compondo a rede assistencial da macrorregião Cone Sul. Em seu escopo, contempla consultas e cirurgias nas seguintes áreas: Cirurgia geral, incluindo Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) terapêutica, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Vascular, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, bem como tratamentos clínico- cirúrgicos em obstetrícia e pediatria. No atendimento ambulatorial, oferta endoscopias (esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia), ultrassonografias, tomografia, ressonância e tratamento esclerosante de varizes não estético;

A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização e ambulatorial, compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no Hospital até sua alta hospitalar, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar e ambulatorial, inclusive as relacionadas a Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Os serviços devem ser executados observando as Políticas Nacional e Estadual de referência da Atenção à Saúde, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde.

A proponente vencedora do certame deverá atender com os recursos oriundos do Contrato de Gestão, exclusivamente os usuários do Sistema Único de Saúde, respeitando os fluxos de acesso estabelecidos por esta Secretaria de Estado de Saúde.

O Contrato de Gestão terá vigência de 60 (sessenta) meses, contados a partir de sua assinatura, que poderá ser prorrogada por iguais e sucessivos períodos, atendendo o art. 13, da Lei nº

4.698/15, desde que demonstrado o alcance das metas pactuadas, a constatação de adequação das metas e a aprovação das prestações de contas pela Comissão de Avaliação.

1.2. Objeto

Objeto: seleção de Organização Social para celebrar Contrato de Gestão com objetivo de gerenciar, operacionalizar e executar as ações e serviços de saúde ambulatorial de internação, bem como a promoção de todas as atividades constantes do Plano de Trabalho e nos anexos integrantes deste Edital, no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

1.3. Vigência:

O prazo da execução do objeto ora selecionado será de até 60 meses, contados a partir da assinatura do Contrato de Gestão. A vigência poderá ser prorrogada por iguais e sucessivos períodos, atendendo o art. 13, da Lei nº 4.698/15, desde que demonstrado o alcance das metas pactuadas, a constatação de adequação das metas e a aprovação das prestações de contas pela Comissão de Avaliação de Contrato de Gestão.

1.4. Descrição Dos Serviços A Serem Executados

Identificação da Unidade

Nome: Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

CNES: 2651610

Endereço: Rua Baltazar Saldanha nº 1.501, Centro, Ponta Porã-MS, CEP: 79900-000

Tipo de estabelecimento: Hospital Geral, médio porte, média e alta complexidade.

Gestão: Pública estadual - Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

Atividades: demanda referenciada ambulatorial, demanda espontânea e referenciada de urgência e emergência 24 horas ininterruptas, todos os dias da semana, internação hospitalar com leitos clínicos e/ou cirúrgicos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Vascular, Urologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria e serviço de Unidade de Terapia Intensiva para adultos.

Observação: Os atendimentos referenciados serão regulados pela Central Estadual de Regulação.

Estrutura

A Unidade possui 117 leitos, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos minimamente da seguinte forma:

2.1. Clínica Cirúrgica	Leitos existentes
Cirurgia Geral	10
Ginecologia	3
Ortopedia e traumatologia	19
Subtotal Clínica Cirúrgica	32
2.2. Clínica Médica	Leitos existentes
Clínica geral	28
Psiquiatria	4
Subtotal Clínica Médica	32
2.3. Obstetrícia	Leitos existentes
Obstetrícia cirúrgica	3
Obstetrícia clínica	14
Subtotal Obstetrícia	17
2.4. Pediatria	Leitos existentes
Pediatria cirúrgica	2
Pediatria clínica	14
Subtotal Pediatria	16
2.5. Unidade de Terapia Intensiva	Leitos existentes
UTI adulto – tipo II	20
Total geral	117

Instalações físicas para assistência

Bloco 1	
Ambiente	Quantidades
Consultório médico ambulatorial	4
Sala de gesso	1
Sala de procedimento	1
Sala de conforto	1
Sala da Tecnologia da Informação (TI)	1
Sala de equipamentos da Tecnologia da Informação (TI)	1

Sala de Vigilância Epidemiológica	1
Sala de Vigilância Sanitária	1
Sala de ouvidoria	1
Sala de triagem	1
Recepção social	1
Banheiros	6
Bloco 2	
Ambiente	Quantidades
Consultório obstetra	1
Sala de medicação	1
Enfermarias	7
Enfermaria privativa	1
Sala de pré-parto	3
Posto de Enfermagem	2
Sala de cuidados com recém-nascido	1
Sala de conforto médico	2
Sala de relatório	1
Sala de ultrassom	1
Sala de higiene do recém-nascido	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Expurgo	1
Copa	1
Banheiros	21
Bloco 3	
Ambiente	Quantidades
Enfermarias	5
Enfermaria privativa	2
Posto de Enfermagem	1
Sala de procedimento	1
Sala de conforto de Enfermagem	2
Sala de relatório	1
Sala de medicação	1
Sala de utilitários	1

Sala de rouparia	1
Brinquedoteca	1
Copa	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Expurgo	1
Banheiro	9
Bloco 4	
Ambiente	Quantidades
Enfermarias	10
Enfermaria privativa	2
Posto de Enfermagem	1
Sala de conforto de Enfermagem	1
Sala de relatório	1
Sala de medicação	1
Sala de cuidados do Paciente	1
Sala de rouparia	1
Copa	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Expurgo	1
Banheiro	16
Bloco 5	
Ambiente	Quantidades
Depósito de medicação	1
Depósito de controlados	1
Copa	1
Sala administrativa	2
Refeitório	1
Cozinha	1
Sala de manipulação	1
Sala de deposito de suplementos	1
Sala de Nutrição	1
Depósito de alimentos	1
Área de serviço	1

Câmara fria	2
Despensa	1
Depósito	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Banheiros	4
Bloco 6	
Ambiente	Quantidades
Leitos de UTI	9
Leitos privativo de UTI	1
Sala de medicação	1
Posto de Enfermagem	2
Sala de cirurgia	3
Sala de conforto de Enfermagem	2
Sala de conforto médico	1
Sala de arsenal	1
Sala de recebimento de recém-nascido	1
Vestiário	2
Sala administrativa	1
Sala de espera	1
Expurgo	2
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2
Lavabo	1
Banheiros	6
Bloco 7	
Ambiente	Quantidades
Enfermarias	4
Leitos de UTI	9
Leitos privativo de UTI	1
Sala de conforto de Enfermagem	1
Sala de relatório	1
Sala de medicação	1
Posto de Enfermagem	2
Sala de relatório	1

Sala de rouparia	1
Repouso de Enfermagem	2
Sala de conforto médico	1
Copa	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2
Expurgo	2
Banheiro	13
Bloco 8	
Ambiente	Quantidades
Sala de direção geral	1
Sala de direção administrativa	1
Sala de direção técnica	1
Sala de direção de Enfermagem	1
Sala do SESMT	1
Sala da auditoria	1
Sala do RH	1
Sala do Núcleo de Gestão da Qualidade e Segurança do Paciente	1
Auditório	1
Sala de assessoria de faturamento	1
Sala de faturamento	1
Sala do financeiro	1
Deposito faturamento	2
Copa	1
Recepção administrativo	1
Sala administrativo do laboratório	1
Expurgo laboratório	1
Sala de exames laboratório	2
Sala de exames tomografia	1
Sala de exames de RX	1
Sala de controle da tomografia	1
Sala de controle da RX	1
Sala administrativo do setor de imagem	1
Sala de utilidades	1

Sala de repouso setor de imagem	1
Sala do psicólogo	1
Rouparia	1
Sala de conforto dos motoristas	1
Sala assessoria de comunicação	1
Sala de controle de acesso	1
Sala de banco de sangue	2
Sala administrativo de sustentabilidade	1
Necrotério	1
Banheiro	8
Boco 9	
Ambiente	Quantidades
Consultório médico	3
Consultório médico pediátrico	1
Recepção / Registro	1
Sala de espera	1
Sala de triagem	1
Sala de serviço social	1
Sala de procedimento	1
Sala de supervisão de Enfermagem	1
Sala de utilidades	1
Núcleo Interno de Regulação (NIR)	1
Sala vermelha	1
Sala verde	1
Sala verde Pediátrico	1
Sala amarela	1
Enfermaria privativa	1
Clínica de internação feminina	1
Clínica de internação masculina	1
Sala de conforto médico	1
Sala de coleta	1
Sala de eletrocardiograma (ECG)	1
Sala do fiscal de contratos	1

Sala de rouparia	1
Copa	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	1
Expurgo	1
Banheiro	11
Bloco 10	
Ambiente	Quantidades
Área limpa de serviço lavadeira	1
Área suja de serviço lavadeira	1
Depósito dos campo estéril lavanderia	1
Sala administrativo da lavanderia	1
Área de material limpo (CME)	1
Área de material sujo (CME)	1
Deposito de material limpo	2
Sala de lavagem de material (CME)	1
Depósito de medicamentos (CAF)	4
Depósito do almoxarifado	1
Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)	1
Depósito de Material de Limpeza (DML)	2
Vestiário	3
Banheiros	4
Bloco Externo	
Ambiente	Quantidades
Serviço de Higiene e Limpeza (SHL)	1
Depósito SHL	1
Engenharia Hospitalar	1
Depósito Engenharia Hospitalar	1
Depósito de lixo hospitalar	1
Capela	1
Central de gases medicinais	1
Guarita	1
Central da caixa de agua	1

1. Habilitações ativas junto ao Ministério da Saúde

Descrição	Origem
Laqueadura	Local
Vasectomia	Local
UTI II – adulto	Nacional

1. CRITÉRIO A - ATIVIDADE

1.1. Implantação de fluxo

1.1.1. Fluxos operacionais, compreendendo circulação em áreas restritas, externas e internas.

Apresentação dos Fluxos Operacionais

Conforme a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 50, as circulações externas e internas das Unidades Assistenciais de Saúde, correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050, acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos. Deste modo é possível entender as áreas de circulação hospitalares em 03 principais dimensionamentos:

Áreas restritas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco Cirúrgico, Lavanderia – área suja, CME – área suja, entre outros. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade.

Áreas internas: são os ambientes gerais do Hospital que circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, os fornecedores.

Áreas externas: tipos de serviços ao usuário que requer estacionamento na Unidade:

- Paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância ou helicóptero;
- Paciente a ser internado (paciente interno), ou em observação;
- Funcionários (médicos, enfermeiros), se possível vaga de uso exclusivo;
- Entrega de insumos: combustível, mantimentos, medicamentos etc.;
- Remoção de cadáveres;
- Remoção de resíduos.

Os acessos nas Unidades estão relacionados diretamente com a circulação de sua população usuária e de materiais, devendo se restringir ao máximo os números desses acessos, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação, evitando-se o tráfego indesejado

em áreas restritas, o cruzamento desnecessário de pessoas e serviços diferenciados, além dos problemas decorrentes de desvios de materiais. Entretanto os acessos de pessoas (pacientes, funcionários, alunos e público), devem possibilitar que os portadores de deficiência possam adentrar ao prédio sem a ajuda de terceiros.

Intitula – se fluxos, para efeito didático, em duas grandes abordagens: fluxos interfuncionais, que são aqueles que se desenvolvem entre diferentes unidades do hospital e fluxos intrafuncionais, aqueles que sucedem -se no âmbito da mesma unidade.

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

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

Linhas de Tráfego

Segundo o arquiteto Jarbas B. KARMAN (1974, p. 11), “a eficiência do hospital está intimamente condicionada ao seu sistema de comunicações, de interligação e, particularmente, de circulação”. As relações entre as diferentes unidades e serviços do hospital e suas interligações, através das circulações e fluxos provenientes de cada uma delas, irão condicionar o funcionamento do edifício. Um edifício que não funciona corretamente pode, por exemplo, trazer problemas de orientação aos visitantes, desgaste físico aos funcionários através do aumento das distâncias a serem percorridas e do tempo gasto na realização das tarefas, bem como aumento nos custos com sinalização, barreiras divisoras dos fluxos, controle de infecção hospitalar, segurança e vigilância, proteção contra incêndios - mecanismos de prevenção e saídas -, entre outros.

Ao analisarmos o elemento circulação dentro do edifício hospitalar, podemos avaliá-lo tanto sob o ponto de vista do visitante e paciente externo – usuários externos -, quanto sob o ponto de vista do funcionário e paciente interno – usuários internos. Considerando a complexidade dos sistemas de circulação dos nossos edifícios hospitalares, sob o ponto de vista dos usuários externos, preocupa-nos primordialmente a questão da orientação e sob o ponto de vista dos pacientes internos, principalmente o funcionário ou profissional da saúde, é de fundamental importância a avaliação dos excessivos deslocamentos realizados durante as jornadas de trabalho, principalmente porque estes implicam em sobrecargas físicas e psicológicas a estes profissionais.

Para os pacientes externos e visitantes, a questão primordial é a orientação. O modo através do quais as pessoas chegam ao seu destino final ou se orientam no espaço torna-se difícil em hospitais que se parecem com labirintos. Isto é particularmente mais difícil para pessoas com dificuldade em reconhecer padrões e sinais, devido à doença ou estado emocional alterado, como é o caso de pacientes e visitantes. Estes aspectos, somados à falta de familiarização com o edifício, resultam em uma inquietação do usuário no que diz respeito a sua segurança. Para resolver isso o **Instituto Social Mais Saúde** investe em HUMANIZAÇÃO das áreas de comuns e circulação que podem contribuir para o bem-estar dos pacientes e visitantes, reduzindo a angústia e a insegurança causada pela falta de familiarização com o edifício e estado emocional alterado.

O acesso principal ao **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é realizado através da Rua Baltazar Saldanha, nº1.501 - Centro – Ponta Porã/ MS, sem barreira física ou humana para controle de acesso à área de estacionamento social do Hospital. A área de estacionamento social contempla todo espaço em frente a unidade, com delimitações e restrições de acesso ao estacionamento dos colaboradores.

O acesso ao Pronto Socorro do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é realizado através da Rua Damian Walter Avelino, sem barreira física ou humana para controle de acesso à entrada de Emergência e ao estacionamento do pronto socorro do Hospital. A área de estacionamento social contempla um espaço lateral e posterior a unidade, com delimitações e restrições de acesso ao estacionamento dos colaboradores.

O acesso ao estacionamento de colaboradores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é realizado através da Rua Damian Walter Avelino, com barreira física e humana para controle de acesso à entrada de colaboradores e a área de carga e descarga de fornecedores e prestadores de serviços. A área de estacionamento de colaboradores contempla um espaço a unidade, com delimitações e restrições de acesso às áreas internas do Hospital.

O acesso à área interna do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é realizado por uma entrada principal:

1. Social

- Recepção com 03 posições de atendimento;
- Possui barreira física efetiva e posto de controle de acesso para controlar acesso à unidade;
- Recepção para atendimento ao público para solicitações de serviços administrativos, controle de visitantes e acompanhantes e;

- Fluxo principal para entrada administrativa.

2. Pronto Socorro - Urgência

- Acolhe todo fluxo do Pronto Socorro da Unidade;
- Acesso para pacientes de demanda espontânea e ambulância;
- Totem para retirada de senhas;
- Recepção com duas posições de atendimento;
- Após a abertura de Ficha de Atendimento, os pacientes são direcionados para aguardarem a classificação de risco;
- A identificação dos pacientes e acompanhantes realizada;

3. Entrada Lateral

- Entrada de colaboradores, acesso pelo estacionamento de colaboradores;
- Entrada para carga e descarga e entregas de fornecedores.

4. Entrada Posterior

A parte posterior do hospital é destinada à entrada do Setor Administrativo.

O **Instituto Social Mais Saúde** (ISMS) apresenta nesta proposta de trabalho a implementação de fluxos hospitalares, em um ambiente de circulação restritiva, externa e interna, roupas, além de resíduos de serviço de saúde, envolvendo um planejamento detalhado para garantir segurança, eficiência e conformidade com normas regulamentares e que integram a estratégia do Modelo de Gestão a ser implantado, com foco na busca pela melhoria contínua do atendimento e segurança dos pacientes, colaboradores e visitantes.

A compreensão dos fluxos envolverá a implantação do fluxo operacional a seguinte matriz:

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

ITEM	GRUPO	DESCRIÇÃO
		sempre portando de identificação (etiqueta e/ou crachá) cedida pela unidade.
2	Paciente Interno	São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação ou observação, dentro da própria unidade, ou quando acompanhados por funcionários e/ou acompanhantes, acessam os diferentes setores funcionais para diagnóstico ou terapia, sempre portando de identificação (etiqueta e/ou crachá) cedida pela unidade.
3	Acompanhantes	São constituídos pelos fluxos de familiares e/ou responsáveis dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na Unidade, inclusive na fase de internação ou observação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita e com a identificação nas áreas funcionais.
4	Visitantes	São constituídos de indivíduos que demandam a unidade para visitar os pacientes internados e/ou em observação, ou em função de algumas atividades administrativas, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros e visitas de cunho religioso, focada em humanização. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade. OBS – O visitante de cunho religioso passa por uma integração envolvendo as áreas pertinentes, com o objetivo de orientar sobre controle de infecção e normas gerais.
5	Insumos	São constituídos pelos fluxos dos insumos que permeiam e suprem as diferentes unidades funcionais do hospital, distinguindo – se dentre várias características, o volume e a importância, como por exemplo: recebimento de alimentos, material cirúrgico, medicamento, equipamentos, entre outros.

ITEM	GRUPO	DESCRIÇÃO
6	Materiais Contaminados e resíduos	Fluxos constituídos por material contaminado e resíduos sólidos, como por exemplo: roupa suja, pelos resíduos sólidos (contaminados ou não), pelos resíduos de serviços de saúde (RSS) etc. O processamento desses materiais observará a normatização aplicável, fazendo – se uso de técnicas adequadas para o seu transporte e destinação final, condições que eliminarão a necessidade de circulações exclusivas para essa modalidade de fluxo entre diferentes unidades funcionais, quando necessário.

Circulação dos usuários em atendimento, em espera e em áreas restritas como salas de observação, de atendimento, de sutura e curativos

Fluxo Pacientes Externos

O fluxo dos pacientes externos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que pretendem um atendimento imediato (urgências e emergências). Quando procura assistência à saúde, o paciente externo, geralmente, não necessita de internação, ou seja, não pernoita na Instituição.

Entre a admissão e alta hospitalar, a estadia do paciente externo na Instituição Saúde não excederá as 24 (vinte e quatro) horas, no entanto, caso suceda alguma complicação do seu estado clínico que exija o seu internamento, o paciente externo passa a ser um paciente interno.

Como o paciente externo não necessita de internamento, o seu deslocamento e o dos seus acompanhantes pelo serviço será restringido apenas às unidades funcionais que prestem os serviços de atendimento correspondentes a este tipo de paciente.

O fluxo do paciente é RESTRITO aos serviços de urgência e emergência e, seguirá por meios de diagnóstico, de terapêutica e do setor de urgência e emergência, sendo monitorado por fluxos e critérios pré-estabelecidos.

Os fluxos dos pacientes que buscam o atendimento de urgência e emergência, a circulação destes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas circulações reservadas aos funcionários e pacientes internados.

O gerenciamento do fluxo de pacientes de um pronto socorro é uma das tarefas mais importantes e desafiadoras na gestão de saúde, e visa melhorar a qualidade assistencial nos hospitais, além de poder reduzir filas e custos.

Ele pode ser definido como uma forma organizacional que busca otimizar os serviços de saúde, aumentando a segurança do paciente desde o momento em que este dá entrada no pronto socorro até o momento de sua alta, assegurando os cuidados necessários durante toda a internação.

Além disso, temos um paciente cada vez mais exigente e que demanda qualidade e rapidez no atendimento de urgência e emergência.

Dessa forma, uma gestão de fluxo de pacientes efetiva é necessária e de extrema importância para minimizar possíveis intercorrências, reduzir filas, maximizar a utilização de leitos, otimizar os processos das equipes de saúde e reduzir custos.

Implementar estratégias de gestão de fluxo de pacientes efetiva pode trazer diversos benefícios para as instituições e para cada pessoa que recebe atendimento no pronto socorro. Entre eles:

- Diminuição no tempo de espera de atendimento;
- Melhora na atenção e cuidados ao paciente;
- Aumento da produtividade;
- Redução de custos operacionais.

O controle dos atendimentos, com *classificação de risco* correta e monitoramento adequado do percurso do paciente torna mais eficiente o atendimento, reduzindo assim filas e tempo de espera.

Nesse contexto, o **Instituto Social Mais Saúde** para a implantação da gestão de fluxos de pacientes no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**:

- Avaliação do cenário inicial através do mapeamento do fluxo atual;
- Levantamento das etapas e jornadas possíveis que permitirá avaliar as oportunidades de melhoria e proposição de soluções que confirmem celeridade aos processos;
- Instituir a metodologia de classificação de risco através da ferramenta Protocolo de Manchester para guiar os processos e melhorias;
- Instalação de Totens e painéis para retirada de senha;
- Instituir a Meta 1 da Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a identificação correta do paciente;
- Capacitação da equipe, com treinamentos e reciclagens para adesão da equipe a estratégia;
- Estabelecimento de indicadores para monitoramento os resultados de sua estratégia;

- Reavaliações periódicas para aprimorar o fluxo de pacientes.

O **Instituto Social Mais Saúde** compreende acerca da importância da avaliação criteriosa dos pacientes, a fim de garantir acesso a população que busca o serviço de saúde e ainda, promover equidade durante as situações mais críticas. Assim sendo, utilizamos no serviço de triagem o Protocolo de Manchester e, protocolos assistenciais a fim de nortear o melhor cuidado baseado em evidências.

Rever Protocolo de Classificação de Risco – Estabelecimento e adoção

A Classificação de Risco de Manchester é uma ferramenta crucial no atendimento de urgências e emergências, desempenhando um papel vital na organização dos serviços de saúde e na garantia de um atendimento eficiente e seguro.

Sua importância reside na capacidade de priorizar o atendimento de pacientes com base na gravidade de seus sintomas, o que é fundamental em ambientes onde a demanda por cuidados médicos é alta e os recursos, como tempo e profissionais de saúde, são limitados.

Priorização de Casos Graves: A principal função da Classificação de Risco de Manchester é identificar rapidamente os pacientes em risco de vida ou com condições muito graves que requerem atendimento imediato. Ao categorizar os pacientes em diferentes níveis de urgência, como emergente (vermelho) ou muito urgente (laranja), o sistema garante que aqueles que necessitam de cuidados imediatos sejam atendidos sem demora, evitando complicações graves ou até mesmo a morte.

Otimização do Atendimento: Em um ambiente de emergência, onde cada segundo conta, o sistema de Manchester ajuda a otimizar o fluxo de pacientes. Ele permite que os profissionais de saúde foquem primeiro nos casos mais críticos, enquanto os pacientes com condições menos graves (classificados como verde ou azul) podem esperar sem comprometer sua saúde. Isso resulta em um uso mais eficiente dos recursos de saúde e melhora a capacidade de resposta em situações de alta demanda.

Redução de Riscos e Erros: Ao fornecer um método estruturado para a avaliação inicial dos pacientes, a Classificação de Risco de Manchester reduz o risco de erros no processo de triagem. A padronização dos critérios de classificação contribui para a consistência nas decisões, independentemente de quem realiza a triagem, aumentando a segurança do paciente e a qualidade do atendimento.

Comunicação Eficaz: A utilização de um sistema de classificação reconhecido internacionalmente, como o Manchester, facilita a comunicação entre os profissionais de saúde. As cores e categorias são universalmente compreendidas, permitindo uma rápida transmissão

de informações sobre o estado dos pacientes entre equipes e departamentos, o que é essencial em emergências.

Assim sendo, a Classificação de Risco de Manchester é uma ferramenta indispensável no gerenciamento de emergências médicas, garantindo que os pacientes mais necessitados recebam atendimento prioritário, otimizando o uso de recursos e contribuindo para a segurança e eficácia do sistema de saúde.

Rever Protocolos Assistenciais – Estabelecimento e adoção

Os protocolos clínicos institucionais são diretrizes estabelecidas por instituições de saúde para padronizar o atendimento médico, garantindo que os profissionais sigam práticas baseadas em evidências científicas e alinhadas com as melhores recomendações disponíveis. Esses protocolos são ferramentas fundamentais para promover a qualidade, a segurança e a eficiência no cuidado ao paciente.

Importância dos Protocolos Clínicos Institucionais

Padronização do Atendimento: Um dos principais objetivos dos protocolos clínicos é assegurar que todos os profissionais de saúde adotem uma abordagem uniforme no tratamento dos pacientes. Isso é crucial para reduzir a variabilidade nos cuidados prestados, que pode ocorrer devido a diferentes níveis de experiência, formação ou interpretações pessoais. A padronização ajuda a garantir que todos os pacientes recebam o mesmo nível de cuidado, independentemente de quem esteja fornecendo o tratamento.

Segurança do Paciente: Protocolos clínicos bem definidos ajudam a prevenir erros médicos, que podem ocorrer por falhas na comunicação, decisões clínicas equivocadas ou por omissão de cuidados essenciais. Ao seguir protocolos claros, os profissionais minimizam os riscos de tratamentos inadequados ou omissões, aumentando a segurança do paciente e melhorando os desfechos clínicos.

Eficiência no Uso de Recursos: Em um ambiente onde os recursos de saúde, como tempo, medicamentos e pessoal, são frequentemente limitados, os protocolos clínicos desempenham um papel vital na otimização do uso desses recursos. Eles orientam os profissionais sobre as melhores práticas e os tratamentos mais eficazes, evitando desperdícios e contribuindo para a sustentabilidade dos serviços de saúde.

Base Científica e Atualização Contínua: Protocolos clínicos são baseados em evidências científicas, o que significa que as decisões de tratamento são fundamentadas nas melhores pesquisas disponíveis. Além disso, esses protocolos são frequentemente revisados e atualizados para refletir novos avanços e descobertas na medicina, garantindo que os pacientes tenham acesso aos cuidados mais atuais e eficazes.

Treinamento e Capacitação: Para os profissionais de saúde, os protocolos servem como uma ferramenta de aprendizagem contínua. Eles facilitam o treinamento e a capacitação, especialmente para novos membros da equipe ou em emergências, onde é crucial agir rapidamente com base em informações confiáveis e pré-estabelecidas.

Monitoramento e Avaliação de Desempenho: Instituições que adotam protocolos clínicos têm melhores condições de monitorar e avaliar a qualidade do atendimento prestado. Eles fornecem uma base para auditorias e revisões de desempenho, permitindo que as instituições identifiquem áreas de melhoria e implementem mudanças necessárias para aprimorar o cuidado ao paciente.

Assim sendo, os protocolos clínicos institucionais são essenciais para garantir um atendimento de saúde consistente, seguro e de alta qualidade. Eles servem como guias confiáveis para os profissionais de saúde, promovendo a padronização, aumentando a segurança do paciente, otimizando recursos e garantindo que os cuidados prestados estejam sempre alinhados com as melhores práticas e evidências científicas disponíveis.

Em um cenário de saúde cada vez mais complexo, os protocolos são fundamentais para manter a excelência no atendimento e enfrentar os desafios diários de maneira eficaz e eficiente.

Por fim, a implantação da Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) baseado no Protocolo de Manchester possui os seguintes benefícios:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários, e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços;
- Atendimento médico, do enfermeiro, fazendo com que o usuário seja assistido de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação aos pacientes e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

Destacamos então, como atribuições das equipes da ACCR:

- Capacidade de comunicação e interação com equipe multidisciplinar, usuários, SAMU-192, Bombeiros, e outros;
- Resolutividade de problemas e conflitos;

- Agilidade, observação e julgamento crítico;
- Qualificação por meio de treinamentos para a atividade proposta;
- Experiência no atendimento em urgências.

O **Instituto Social Mais Saúde** buscará primar pela qualidade de seus serviços desde a “porta de entrada”, executando o acolhimento com o respeito preconizado nas políticas de humanização do SUS.

Ressaltamos que compreendemos e seguimos apoiados pela Política Nacional de Humanização, no qual “acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (PNH/MS, 2006).

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares dos Pacientes. Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

O acolhimento como uma tecnologia para viabilizar o direito ao acesso, atendimento e resolutividade em tempo adequado, passa a ser adotado no SUS a partir da reivindicação dos usuários, dos conselhos e das conferências de saúde. Faz parte das estratégias do SUS para qualificar a assistência, fomentar e ampliar relações humanas, democráticas e de solidariedade entre profissional-usuário, reconhecidos como sujeitos e participantes ativos no processo de produção da saúde. O acolhimento favorece a construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços.

O ato de acolher não deve se restringir a uma atitude voluntária de “bondade” e “favor” por parte de alguns profissionais. não se reduz a uma reorganização espacial com adequação de recepções administrativas e outros ambientes, nem também a uma ação de triagem (administrativa, de enfermagem ou médica) com seleção daqueles que serão atendidos pelo serviço naquele momento. Essas perspectivas, quando tomadas separadamente dos processos de trabalho em saúde, reduzem o acolhimento a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de corresponsabilização e de produção de vínculo. A implementação do ACCR passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança.
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços.
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência.
- Informação aos Pacientes e familiares/acompanhantes dos tempos de espera prevista para atendimento.

Além da recepção cordial, das instruções verbais, dos eventuais esclarecimentos de dúvidas, também verbais, o paciente e acompanhante receberão um manual para orientação.

O **Instituto Social Mais Saúde** compreende acerca da importância da avaliação criteriosa dos pacientes, a fim de garantir acesso a população que busca o serviço de saúde e ainda, promover equidade durante as situações mais críticas. Assim sendo, utilizamos no serviço de triagem o Protocolo de Manchester e, protocolos assistenciais a fim de nortear o melhor cuidado baseado em evidências.

Assim, abaixo discorreremos um tanto sobre a metodologia de construção de documentos que possibilitam a construção do cuidado em saúde:

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 tomada 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 psicológico, o médico e enfermagem serão os únicos profissionais que poderão acionar a área de psicologia para tomar a iniciativa de entrar em contato, novamente, com o paciente e familiares.

A principal proposta é que haja um profissional Assistente Social e um Psicólogo em 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 da unidade, em busca de qualidade da atenção, acolhimento e recepção. Estes profissionais deverão ter autonomia para executar, coordenar e conduzir a equipe de profissionais responsáveis pela recepção destes cidadãos que demandam a unidade, 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. Na urgência e emergência de uma Unidade de Saúde os profissionais devem estar preparados para atender 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 de emergência, pelo apoio, orientação e pelas psicoterapias breves, 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 no atendimento aos pacientes:

- 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 pela recepção e 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 hospitalar.
- Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica).
- Contactar 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 de óbito.
- Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento.
- Contactar por telefone e/ou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas.
- Orientar os familiares e/ou paciente sobre a importância e necessidade de doação de sangue.
- Inserir usuários especiais na 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 realizar.
- Agendar o teste do pezinho e o retorno ambulatorial do recém-nascido.
- Executar demais atividades afins.

Para melhor desempenho do trabalho faz-se necessário que o profissional de Serviço Social tenha como perfil:

- Ser dinâmico/ pró-ativo;
- 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).

Abaixo, descrevemos as principais atribuições do serviço social e da psicologia conforme contexto da área hospitalar:

- Acolher pacientes, acompanhantes e/ou familiares, esclarecendo-os sobre a expectativa de atendimento nos hospitais de emergência
- Informar aos pacientes internados e/ou familiares da possibilidade de transferência para outras unidades;
- Orientar sobre direitos sociais: passe livre, acidente de trabalho etc.;
- Referenciar os pacientes 'em situação de rua' para rede de proteção social;
- Encaminhar com o conhecimento do fluxo, vítimas de violência e pessoas portadoras de necessidades especiais;
- Informar-se por meio do NIR das transferências dos pacientes, e informar aos familiares;
- Interagir com a equipe multiprofissional da unidade;
- Responsabilizar-se integralmente pelas demandas dirigidas a esta categoria;
- Apresentar relatórios mensais com atividades desenvolvidas.

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** funcionará 24 horas por dia, 7 dias por semana, para atendimento de urgência e emergência trazidos pelo SAMU, demanda referenciada pela Central de Regulação Estadual e demandas espontâneas que justifiquem o atendimento imediato do paciente nos Hospitais, conforme acolhimento por classificação de risco.

Médicos emergencistas e equipe de enfermagem estarão dedicados ao atendimento dos pacientes deste setor, capacitadas para atendimentos de urgência e emergência clínica ou cirúrgica adulta e pediátrica. Demais especialidades médicas e multiprofissionais estarão à disposição no próprio hospital sob acionamento.

Ademais, há acolhimento com classificação de risco para atendimento inicial à demanda espontânea a fim de, após atendimento de enfermagem e médico, determinar pela classificação o correto destino do paciente (sala de emergência do Hospital, atendimento consultório ou contrarreferência para a rede).

Protocolos assistenciais tempo dependentes terão início desde a entrada do paciente (tanto pela classificação de risco quanto pela sala de emergência), visando a segurança do atendimento e melhor desfecho para o paciente.

Os exames solicitados, tanto de imagem quanto laboratoriais terão SLA de acompanhamento, não excedendo 2 horas para o laudo, exceto nas situações que o processamento do exame seja superior a este prazo.

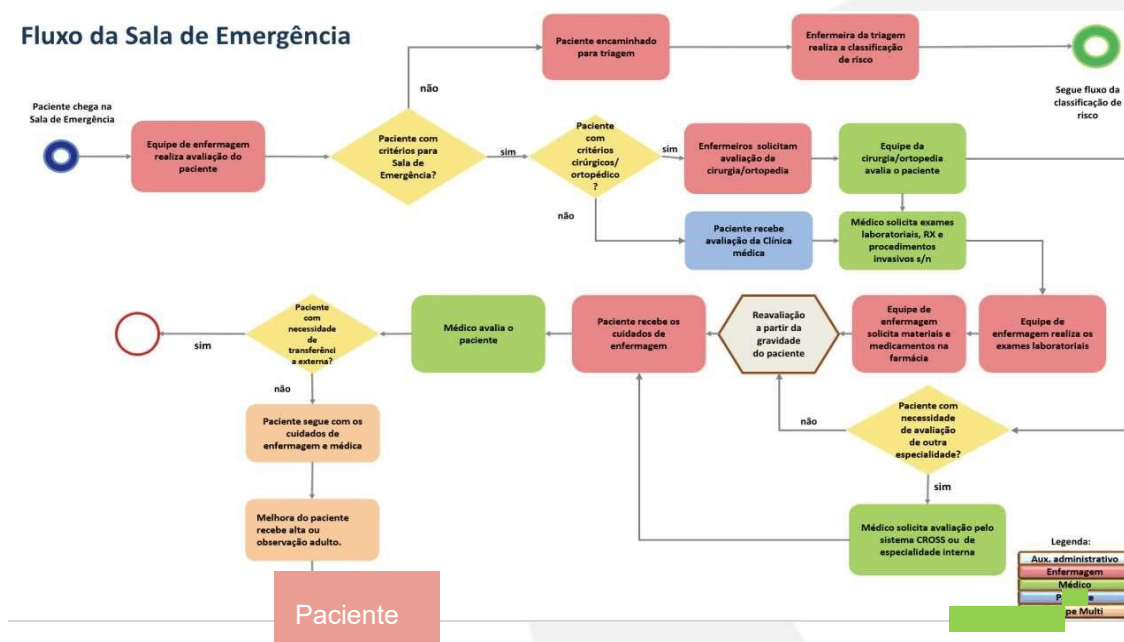
O manejo do paciente, aguardando internação, será customizado para o nível de necessidade de cada paciente, de acordo com seu perfil de gravidade e dependência, garantindo saída segura do mesmo para o centro cirúrgico, unidade de internação (UTI ou enfermaria) ou transferência externa. Os Núcleos Internos de Regulação e a gestão de fluxo dos pacientes acompanharão a jornada do mesmo ao longo de sua hospitalização.

O fluxo do paciente no pronto socorro, de ambas as unidades, será baseado na classificação de risco de forma a garantir o recurso e equipe adequada para condução segura da urgência e emergência. Os pacientes que derem entrada pela sala de emergência serão atendidos por equipe enfermagem e médica e serão avaliados critérios de emergência para permanência em sala de emergência. Pacientes sem critérios de emergência serão encaminhados para fluxo de classificação de risco.

Pacientes com critérios de emergência passarão por primeiro atendimento conforme protocolo institucional e posterior acionamento de equipes multi-especialidade necessárias para tratamento do caso.

Fluxo da Sala Emergência

Fluxo da Sala de Emergência



O fluxo de atendimento dos pacientes de demanda espontânea iniciará quando o usuário entrar na unidade e retirar a senha para atendimento da Recepção e, posteriormente passar pelo Acolhimento de Classificação de Risco, neste momento, o paciente é atendido por um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas a partir do Protocolo de Manchester, classifica o grau de risco do paciente, identificando a cor da sua classificação e inserindo os dados pré - cadastro no sistema, o paciente receberá a pulseira de identificação com os seus dados impressos e com a cor da classificação. A pulseira será afixada pelo Enfermeiro que orientará ao paciente a mantê-la durante todo o período que estiver em atendimento na unidade.

Desta forma, atendimento assistencial passa a ser encaminhado de acordo com gravidade do caso, e não por ordem de chegada.

A Recepção da Urgência realizará o cadastro e a abertura da ficha de atendimento. Os pacientes autorizados, por lei, a terem acompanhante, esses receberão também uma etiqueta de identificação para o acompanhante, que deverá ser afixada na roupa, em local de fácil leitura.

Após a abertura da Ficha de Atendimento o paciente será encaminhado para a área de espera, onde aguardará a chamada no painel de senhas para atendimento médico. A partir da consulta médica, o paciente poderá fazer exames, receber medicação (na sala de medicações), realizar sutura ou curativo ou ainda ser encaminhado para Observação, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.

Destes pacientes, aqueles que necessitarem de internação para elucidação diagnóstica, tratamento terapêutico clínico, cirúrgico ou ainda transferência, passarão a ser usuário em internação sendo conduzido pela enfermagem ao leito de acordo com quadro clínico.

Em relação a suturas e curativos, dependendo do tipo de lesão, o profissional médico decide se o paciente precisará de suturas ou apenas de **curativos**.

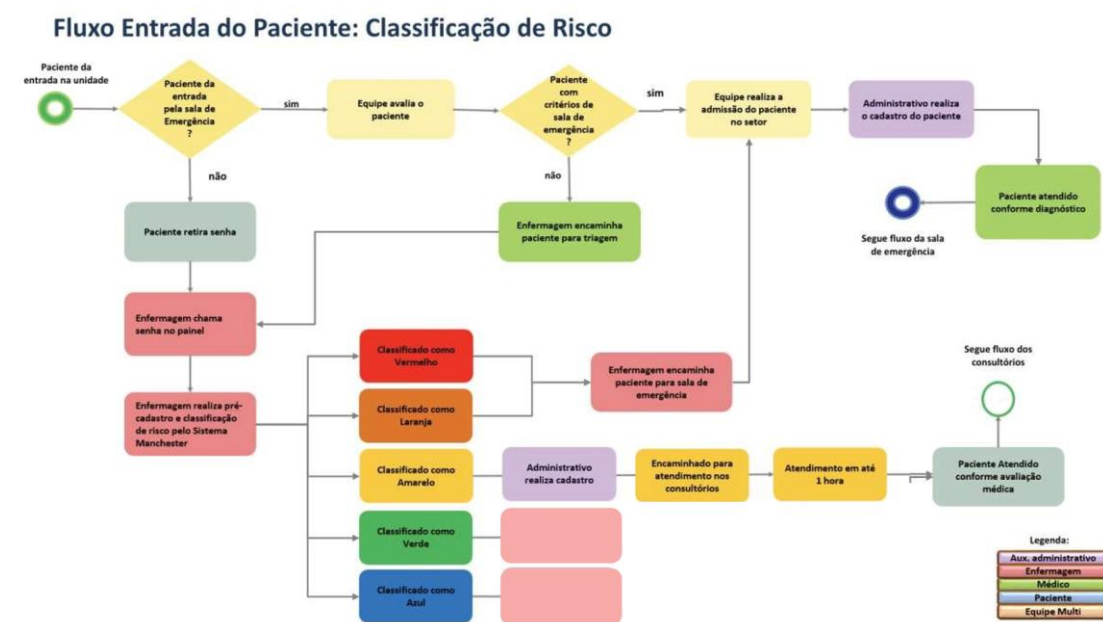
- **Suturas:** Para lacerações profundas ou grandes, onde há necessidade de fechar a pele ou tecidos internos.
- **Curativos:** Para ferimentos menores ou superficiais, onde o objetivo é proteger a lesão e promover a cicatrização.

Acompanhamento Pós-Sutura/Curativo

- **Retorno para remoção de pontos:** O paciente retorna para a remoção dos pontos (caso tenha sido suturado) geralmente entre 7 a 14 dias, dependendo da localização e do tipo de ferida.
- **Monitoramento contínuo:** Caso o paciente tenha sinais de complicação, como infecção ou cicatrização inadequada, ele pode ser reavaliado e novos tratamentos podem ser prescritos.

Caso o paciente precise de tratamento especializado que o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** não oferece, ele pode ser transferido para uma unidade especializada, como um hospital de referência para doenças específicas.

Fluxo Entrada do Paciente: Classificação de Risco



Fluxo Pacientes Internos

O fluxo dos pacientes internos diz respeito aos deslocamentos dos pacientes que são internados. O paciente interno, no nosso entender, é o mesmo que o paciente internado. Consideramos o paciente internado o indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento para diagnóstico ou tratamento, que ocupa uma cama com permanência igual ou superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Serão também considerados como pacientes internados aqueles que venham a falecer, os que sejam transferidos para outro estabelecimento de saúde ou os que saiam do estabelecimento contra o parecer médico, independentemente de permanecer menos de 24 (vinte e quatro) horas nesse estabelecimento.

O fluxo dos pacientes internos não se restringe apenas às unidades de internação, estes podem ainda aceder a outras unidades funcionais para diagnóstico, terapia ou cirurgia, sempre que necessário.

Fluxo nas áreas internas da unidade

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospital dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma.

Nesse sentido, o Instituto Social Mais Saúde sistematizará no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

Áreas Críticas: São aquelas onde há maior reunião de pacientes graves (baixa resistência), maior número de procedimentos invasivos e, portanto, maior número de infecções. Essas áreas são absolutamente restritas aos funcionários que nelas desempenham suas atividades diárias e pacientes sob tratamento;

Áreas Semicríticas: São aquelas onde os pacientes se encontram internados, mas com risco de transmissão de infecção menor;

Áreas não críticas: São todas as áreas hospitalares onde não há risco de transmissão de infecção, não ocupadas por pacientes, ou destinadas a exames clínicos.

Fluxo de acompanhantes

O fluxo de acompanhantes é relativo aos deslocamentos das pessoas que encaminham e apoiam o paciente, as quais tanto podem ser familiares como amigos.

Os acompanhantes encaminham os pacientes aos serviços hospitalares e poderão estar presentes até à sua admissão formalizada na Instituição, de forma a oferecer-lhes apoio naquele

momento difícil. Por vezes, os familiares ou acompanhantes poderão permanecer no Hospital durante o período de internação dos pacientes, nos casos previstos em legislação.

Fluxo de visitantes

Os visitantes são demandas para a unidade hospitalar para as visitas aos pacientes internados, ou atividades administrativas como serviços de terceiros, compras e outros. Situação em que o acompanhamento dos fluxos é de extrema importância tanto para verificar as restrições e permissões de acesso às áreas específicas, de acordo com a visita.

Fluxo de funcionários

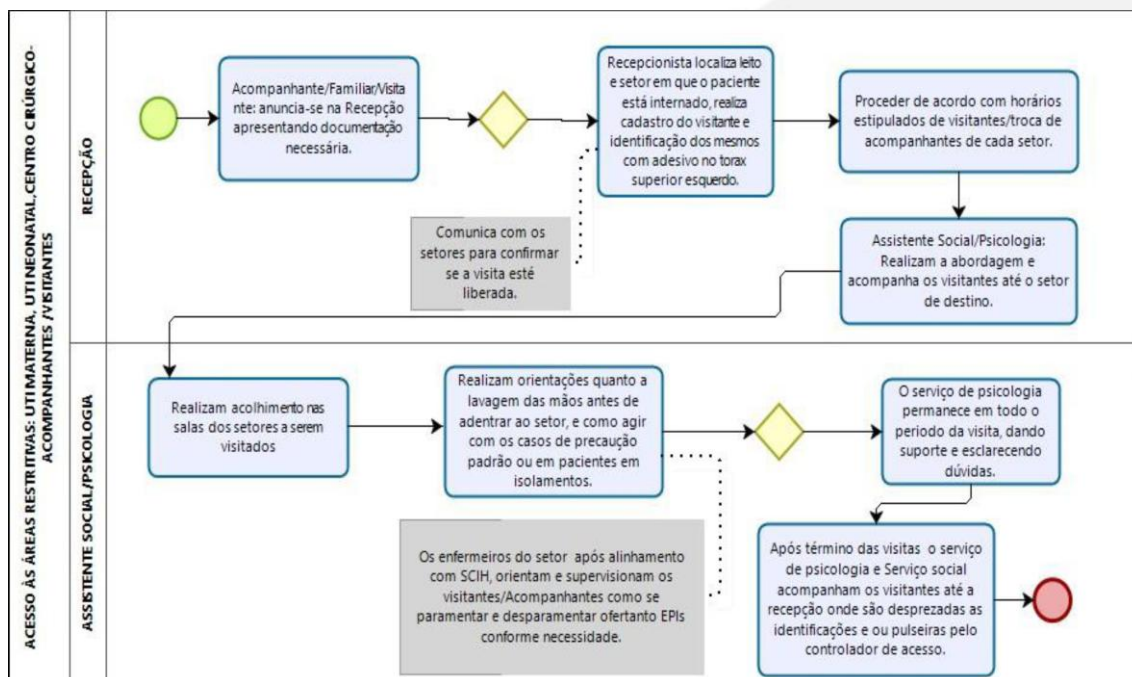
O processo de acesso de funcionários é constituído pelos profissionais de saúde e de todos técnicos e colaboradores de apoio para que a unidade de saúde possa estar em operação. Os profissionais da unidade hospitalar, tem que apresentar identificação para o acesso da unidade, o registro da entrada e o momento para assumir o serviço.

Fluxo nas Áreas Restritas

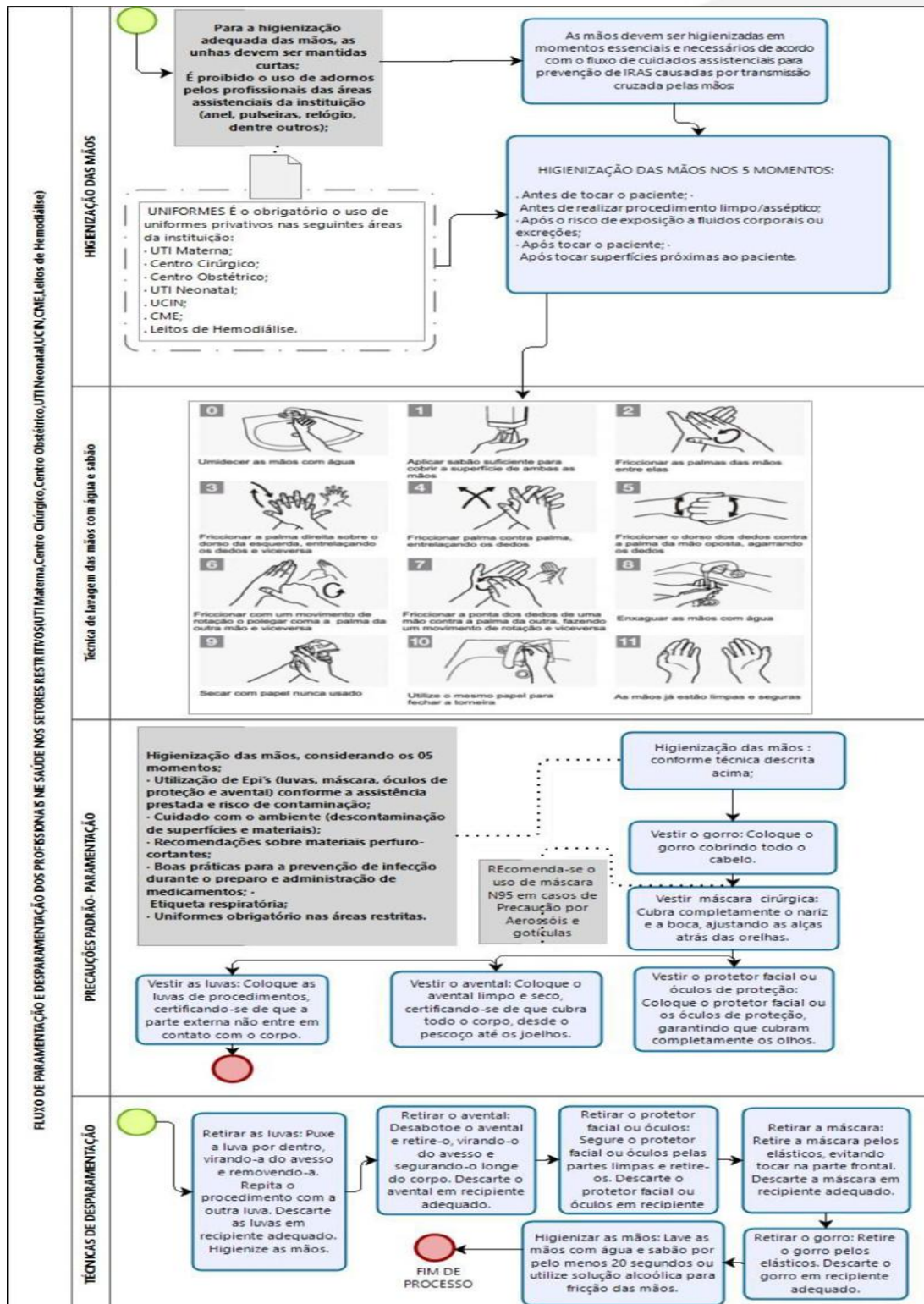
São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente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

Em relação ao fluxo em áreas restritas, o acesso tem que ser requisitado pelo responsável do setor, serão orientados quanto ao processo de higienização, às normas e procedimentos e os funcionários será supervisionado em relação ao cumprimento das medidas restritivas.

Fluxograma Áreas Restritas – Visitantes/ Acompanhantes



Fluxograma Áreas Restritas – Colaboradores



Fluxos de Gestão de Acesso

Em relação aos fluxos de gestão de acesso, o **Instituto Social Mais Saúde** tem como proposta a Política de Acesso às dependências do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**. A circulação nas dependências da unidade será controlada pelos profissionais do Serviço de Recepção e do Serviço de Segurança Patrimonial, por meio dos Controladores de Acesso e Recepcionistas.

Para acesso as áreas restritas e/ou internas, como por exemplo, enfermarias e leitos de observação, o acesso será autorizado e liberado após coleta e registro das informações pessoais do solicitante em sistema, além do fornecimento de etiqueta de identificação. Nesse caso, se enquadram visitantes de pacientes internados e/ou em observação, acompanhantes, fornecedores, prestadores de serviços e visitantes administrativos.

Aos profissionais que atuam nas unidades, o acesso somente será liberado mediante o porte do crachá funcional, durante o horário de trabalho e desde que o profissional esteja devidamente uniformizado.

Para os pacientes o acesso será de acordo com os fluxos de atendimento sendo supervisionado pelos profissionais do setor e controladores de acesso.

Os Serviços de Recepção e Controle de Acesso consistem no processo de identificação, cadastramento e autorização de acesso de usuários gerais nas dependências da unidade, autorizando o acesso aos locais previamente aprovados. O Serviço de Recepção solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente, comprovantes de agendamento e/ou demais documentos necessários, conforme padronização institucional.

No caso dos atendimentos por urgência, sem que tenha ocorrido apresentação da documentação necessária, a mesma deverá ser entregue pelos familiares e/ou responsáveis pelo paciente, num prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

Este serviço se difere do trabalho voltado ao atendimento a pacientes, no que tange a cobertura de internação, funcionamento de processos internos, de autorização de procedimentos médicos, clínicos ou cirúrgicos. Não inclui, portanto, o grupo de usuários sujeitos a triagem para procedimentos médicos.

Define-se como Portaria, as vias de acesso externo às instalações da unidade de saúde, as entradas do depósito dos resíduos do serviço de saúde, de ambulâncias, entre outras.

O serviço de portaria consiste no processo de fiscalização do acesso de pessoas e veículos nas portarias da unidade de saúde, orientando os usuários sobre os procedimentos básicos a serem

observados, de acordo com o Manual de Controle de Acesso, restringindo o trânsito em locais onde existem restrições expressas.

A execução desses serviços (Recepção e Portaria) pressupõe a utilização de sistemas informatizados de monitoramento e controle de acesso, que estarão controlados permanentemente pelo Serviço de Segurança Hospitalar.

O Serviço de Segurança Hospitalar será responsável por:

- Fornecer os recursos técnicos e materiais, a cobertura de postos de trabalho que operarão o sistema de controle de acesso com uso de barreiras físicas e dispositivos de porte obrigatório para liberação de acesso, cuja especificação consta deste documento;
- Responder pelo cumprimento dos parâmetros relativos ao serviço de recepção, portaria e monitoramento, conforme Plano de Segurança;
- Garantir que os postos de recepção e portaria integrem ao Serviço de Segurança Hospitalar;
- Definir os locais em cujo trânsito deve ser restrito e nos quais devem ser implantados postos de recepção ou controle de acesso;
- Definir quantitativa e qualitativamente os equipamentos e recursos técnicos e sua funcionalidade, bem como dos recursos humanos;
- Elaborar e divulgar o Manual de Controle de Acesso, contemplando todas as ações objetivas para atender os requisitos qualitativos e quantitativos.
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel;
- Promover programa de treinamento periódico, reciclando parâmetros técnicos e comportamentais para a execução das tarefas;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de colaboradores, pacientes, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao Serviço de Segurança Hospitalar;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços, em sistema informatizado com vistas à eliminação do uso de papel;
- Promover Programa de Orientação e Apoio aos Usuários, alinhado à Política Nacional de Humanização;

As atividades de portaria serão realizadas por Controladores de Acesso, em sistema de rodízio de postos de trabalho. Serão denominados como controladores de acesso os responsáveis pelo

controle de acesso e serão denominados como recepcionistas os responsáveis pelo cadastramento, orientação e demais atividades administrativas de recepção.

O **Instituto Social Mais Saúde** irá promover o pleno funcionamento e realização das principais atividades do serviço, sendo as principais atividades da equipe:

- Garantir o funcionamento dos postos de serviços durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, de segunda-feira a domingo, com exceção de Portarias que atendem atividades administrativas, com horários de funcionamento determinados no Manual de Controle de Acesso das unidades.
- Assumir os postos devidamente uniformizados, identificados com crachá na altura do peito e com aparência pessoal adequada;
- Comunicar imediatamente quaisquer anormalidades verificadas, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
- Manter afixado no posto, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da região, do Corpo de Bombeiros, da Polícia Ambiental, dos responsáveis pela administração da unidade e outros de interesse;
- Permitir o ingresso nas instalações somente de pessoas previamente autorizadas e identificadas; Obs.: Quando o documento de identidade for indispensável para a entrada da pessoa, seus dados serão anotados no ato e o documento imediatamente devolvido ao interessado, conforme disposto em legislação;
- Fiscalizar a entrada e a saída de veículos nas instalações, identificando o motorista e anotando a placa do veículo, inclusive de profissionais autorizados a estacionar seus carros particulares na área interna da instalação, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e a saída de ambulâncias nas instalações, identificando e anotando o nome do motorista e anotando a placa do veículo e origem, inclusive anotar o nome do paciente e setor de destino, mantendo sempre os portões fechados. Em caso de emergências, autorizar a entrada, comunicando o volante/ líder por rádio afim de acompanhamento e anotação das informações;
- Fiscalizar a entrada e a saída de carros funerários, IML e SVO nas instalações, identificando e anotando o nome do motorista e anotando a placa do veículo e origem, realizar a efetiva liberação do óbito conforme protocolo institucional, inclusive anotar o nome do óbito e local de destino, mantendo sempre os portões fechados;
- Fiscalizar a entrada e a saída de materiais mediante conferência das notas fiscais ou de controles próprios padronizados pela unidade;

- Não permitir a saída de nenhum tipo de material, caixa, equipamentos sem a autorização expressa e formalização através dos controles próprios padronizados pela unidade;
- Controlar a entrada e a saída de veículos, profissionais e visitantes após o término de cada expediente de trabalho, feriados e fins de semana, na conformidade do que venha a ser estabelecido pelo Contratante;
- Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados nas instalações sem que estejam devidos e previamente autorizados pela Diretoria;
- Não permitir a entrada e circulação na área interna das instalações de taxistas, motoristas de aplicativos, entregadores delivery;
- Fiscalizar e orientar o trânsito interno de profissionais, visitantes ou pessoas, bem como dos estacionamentos de veículos, anotando eventuais irregularidades e comunicando ao responsável pelo Serviço de Segurança;
- Percorrer sistematicamente o entorno dos locais a que foi designado, inspecionando suas dependências, para evitar incêndios, roubos, entrada de pessoas estranhas e outras anormalidades;
- Registrar em livro de ocorrências próprio quaisquer situações anômalas presenciadas durante a realização de suas atividades regulares;
- Reportar, imediatamente, a Diretoria do Hospital ou ao responsável pelo Serviço de Segurança situações problema e riscos à segurança, sugerindo medidas saneadoras;
- Colaborar nos casos de emergência ou abandono das instalações, visando à manutenção das condições de segurança;
- Constando furto e/ou roubo deverá, após cientificado o responsável pelo Serviço de Segurança e Diretoria, convocar imediatamente as autoridades públicas competentes;
- Reportar, imediatamente, a Diretoria do Hospital ou ao responsável pelo Serviço de Segurança designado para esta atividade situações problema e riscos à segurança, sugerindo medidas saneadoras;
- Colaborar com as Polícias Civil e Militar nas ocorrências de ordem policial dentro das instalações da unidade. Facilitar, na medida do possível, a atuação das mesmas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventuais acontecimentos;
- Registrar e controlar diariamente as ocorrências do posto em que estiver prestando seus serviços;

- Repassar para o (s) controlador (s) de Acesso que está (ão) assumindo o Posto, quando da rendição, todas as orientações recebidas e em vigor, bem como eventual anomalia observada nas instalações e suas imediações;
- Manter absoluto sigilo quanto às informações contidas nos documentos ou materiais manipulados, dedicando especial atenção à sua guarda quando for o caso;
- Orientar aos usuários quanto à localização e horário de funcionamento dos serviços bem como organizar filas para atendimento, dando preferência aos idosos, gestantes e deficientes, conforme previsto em lei;
- Prestar informações aos usuários, pessoalmente, por telefone ou qualquer outro meio de comunicação, vinculadas as normas internas de funcionamento das unidades;
- Orientar aos usuários quanto à localização e horário de funcionamento dos serviços, bem como organizar filas para atendimento, dando preferência aos idosos, gestantes e deficientes, conforme previsto em lei;

Normas de vias de acesso de pessoas (portarias)/ permissão de acesso

Entrada permitida: com fluxo estabelecido para entrada de colaboradores administrativos, colaboradores assistenciais e de serviços de apoio, visitantes, pacientes, visitantes e/ou acompanhantes

Critérios para ter acesso às dependências das unidades:

- a) Todos os colaboradores e prestadores de serviços, inclusive médicos, alocados na unidade, deverão utilizar crachá de identificação com foto recente posicionado na altura do peito;
- b) Os colaboradores que utilizarão os vestiários para uniformização deverão utilizar vestimenta adequada para adentrar as unidades, evitando assim: saias curtas, blusas decotadas, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, chinelos entre outras;
- c) Todos os colaboradores deverão utilizar as entradas devidamente designadas para funcionários para adentrar as unidades.
- d) Os visitantes serão previamente identificados no Serviço de Recepção e receberão a etiqueta correspondente ao seu local da visita, esta deverá permanecer em local visível na altura do peito;
- e) A entrada de visitantes de pacientes será permitida apenas no horário de visita ou quando autorizado pela chefia do setor/ enfermaria, ser comprovadamente maior de 18 (dezoito) anos, em caso de acompanhante, e maior de 12 (doze) anos, para visitação;

- f) Os visitantes e/ ou acompanhantes deverão apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente da Unidade (evitando saia curta, decote grande, roupas transparentes, bermuda, camiseta sem mangas, entre outras) e não é permitido adentrar as Unidades portando qualquer gênero alimentício, exceto quando aprovado formalmente pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
- g) Não apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;

Considerações/Observações:

- Os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências das Unidades para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis pela Instituição;

Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da Instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios servidores da Instituição, de acordo com o inciso XVIII, Art.117, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990;

Os visitantes oficiais poderão ter acesso às dependências dos Serviços de Saúde desde que estejam acompanhados de um colaborador designado pela Direção Geral.

Quando não estiverem devidamente trancadas, as portarias do estabelecimento, não ficarão descobertas em momento algum pelos controladores de acesso.

Em caso de necessidade do controlador de acesso se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar apoio para substituí-lo imediatamente.

Procedimentos Gerais dos Controladores de Acesso

No controle de acesso de visitantes e acompanhantes

- Acolher o usuário/visitante/acompanhante de forma respeitosa, confirmando a finalidade de sua visita e disponibilizando senha numérica de atendimento;
- Efetuar o chamado dos usuários através do Painel de Eletrônico de Senhas para início de atendimento.
- Caso o usuário deseje visitar paciente internado, confirmar no sistema se o mesmo se encontra internado nesta instituição e se possui algum tipo de restrição a visitas. Em casos de pacientes com alta, informar a data e hora em que esta ocorreu
- Não é permitido passar informações do estado de saúde do usuário internado por telefone e/ou pessoalmente. Ao familiar que desejar essa informação, solicitar que compareça no horário designado para a visita, conforme Manual de Orientações ao Usuário e Acompanhante.

- Caso o usuário deseje visitar algum profissional ou setor do hospital, entrar em contato com o setor ou a pessoa desejada, informando os dados do visitante (nome, empresa ou o motivo da visita) e solicitar ao profissional ou responsável do setor a autorização para entrada do visitante. O visitante deverá aguardar até que haja a liberação do setor ou pessoa que irá recebê-lo. Em caso afirmativo, realizar o cadastro no sistema e fazer a impressão da etiqueta de identificação na cor verde (específica para este tipo de visita) e registrar em sistema o nome do colaborador que autorizou a entrada. Caso não seja possível a liberação do acesso, informar com cordialidade os motivos da impossibilidade da visita.
- Sempre que necessário, informar aos visitantes que, conforme Manual de Orientações ao Usuário e Acompanhante, não é permitido acesso de pessoas com trajas inadequados, independente do gênero, como: saias curtas, miniblusas, shorts, roupas decotadas e transparentes.
- Entregar ao visitante a etiqueta de identificação correspondente ao local que este deseja visitar (identificação setorial por cores), liberando o acesso;
- Providenciar a guarda de pertences de usuários, visitantes ou fornecedores (caso os tenham) em local específico, seguindo as instruções dos Procedimentos para a Guarda de Pertences;
- Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), salvo quando houver autorização da Assessoria de Comunicação;
- Não permitir a entrada de materiais de divulgação de empresas, eventos ou qualquer material, salvo quando houver autorização da Assessoria de Comunicação;
- Controlar a entrada de autoridades, solicitando a apresentação de suas “identidades funcionais”, verificando se estas estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios;
- A recepção avisará imediatamente a direção do hospital sobre a chegada de qualquer autoridade a serviço de sua instituição;
- Estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a qualquer hora, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir) do hospital, sempre acompanhado de um representante da direção. Não estando a serviço de sua instituição, a autoridade obedecerá à mesma condição dos visitantes em geral.
- Não compete aos colaboradores da recepção geral assinar ou receber documentos registrados, devendo acionar assistente da direção hospitalar para o recebimento de todas as correspondências do hospital. Caso não encontre alguém responsável pelo

setor, encaminhar às assistentes das demais diretorias para que posteriormente os documentos sejam encaminhados à diretoria hospitalar;

- Os auxiliares administrativos que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão verificar em Livro de Ocorrência as anotações relatadas pela equipe anterior;
- Não é permitido repassar informações referente à localização de profissionais médicos em casos de visitas, haja vista que as visitas devem ser comunicadas a recepção previamente, inclusive para a segurança do próprio profissional;

No controle de acesso dos colaboradores e prestadores de serviços alocados nas unidades:

- Usar o crachá de identificação com foto na altura do peito, em situação visível;
- Exibir, quando solicitado, qualquer volume que estiver portando, ao entrar ou sair da Instituição de Saúde;
- Utilizar somente as vias de acesso determinadas pelo Manual de Controle de Acesso;
- Trajar-se adequadamente no ambiente hospitalar;
- Se eventualmente esquecer o seu crachá, apresentar algum documento que o identifique ao controlador de acesso, e solicitar o crachá provisório, o qual deverá ser devolvido na saída;
- Devolver o crachá provisório ao controlador de acesso, quando sair das dependências da Instituição;

Atribuições do Recepcionista e Controlador de Acesso:

- Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, funcionários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão;
- Somente permitir o acesso de pessoas da comunidade interna/externa, devidamente identificadas (pela recepção, quando for o caso) e portando o crachá de identificação de acordo com o local de acesso destinado a elas. Pacientes e Acompanhantes para o Ambulatório;
- Identificar todos os usuários para a entrada identificada;
- Verificar na listagem dos visitantes referentes ao nome do paciente em observação e/ou internação; em caso afirmativo sinalizar na lista e solicitar documento de identificação, anotando os dados e entregando o adesivo ou crachá ao paciente e a um acompanhante. Caso o nome não se encontre na listagem e não estiver de posse do cartão de marcação,

ligar para a chefia do Serviço para autorizar a entrada. Na saída do solicitar a devolução dos adesivos ou crachá;

- Pacientes de Cirurgia: Verificar se está agendada a cirurgia. Se confirmada, encaminhar ao Setor de internamento com apenas um acompanhante que receberá o crachá de VISITANTE e encaminhar ao Agente de Humanização para, acompanhando seu paciente até o leito para preencher a ficha do Serviço Social e receber os seus pertences. Em seguida, o acompanhante será orientado a descer e esperar o horário de visita;
- Visita Administrativa: Telefonar para o setor informando da visita. Se a visita for para os cargos dirigentes, encaminhar o visitante para o Agente de Humanização para o encaminhamento ao local desejado;
- Se for ao prédio do Serviço, solicita ao servidor que compareça à recepção. Autorizada à visita, solicita um documento de identificação anotando os dados e entregando o crachá ou etiqueta. No término da visita solicita a devolução dos mesmos, normas da Instituição;
- Acompanhante: Solicita a autorização de acompanhamento fornecida pelo Serviço Social, devolvendo em seguida. Procura saber o nome e a enfermaria em que o paciente se encontra. Confere na relação se já existe alguém acompanhando. Caso não exista, solicita um documento de identificação, anota no mapa próprio e entrega o crachá de acompanhante. Em se tratando de troca de acompanhante, ela deverá ser realizada na Recepção da Instituição.
- Fornecer um crachá provisório ao colaborador, quando este não estiver de posse do seu, mediante o preenchimento do Controle de Acesso e assinatura do colaborador e informar a necessidade de entrega do crachá por ocasião da saída.
- Controlar a entrada de autoridades, no caso de autoridades jurídicas (Juizado de Menores, Juizado da Vara da Infância e Juventude, Conselhos Tutelares, etc), Casas de Apoio e policiais não fardados, solicitar a apresentação de suas "identidades funcionais", verificando se eles estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios - estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a qualquer hora, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir), da Instituição;
- Orientar os clientes, fornecedores e visitantes, quando solicitado
- Avisar aos visitantes que a Instituição não se responsabiliza por valores e pertences deixados na Recepção, assim como por qualquer tipo de aparelho eletroeletrônico trazido por acompanhantes ou visitantes;

- Indicar a localização de cada setor / enfermaria a ser visitado (a);
- Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), TV acima de 14 polegadas, ventiladores, salvo quando houver autorização por escrito da Diretoria Geral ou Gerências Assistenciais e/ou de Enfermagem;
- Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas e com roupas inadequadas;
- Conferir permanentemente a etiqueta de identificação com o seu portador, para verificar se uma pessoa não está utilizando o crachá de outra;
- Impedir a saída de qualquer paciente internado, sozinho ou acompanhado, sem o aviso de alta e, caso exame externo deverá estar devidamente acompanhado de um profissional da equipe assistencial;
- Em caso de extravio do crachá do colaborador, encaminhar o mesmo ao Departamento Pessoal para ser destinado à confecção de um novo crachá;
- Controlar a saída dos visitantes e recolher os respectivos crachás, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção, quando for o caso;
- Fazer rondas internas e externas, exercendo a vigilância ostensiva, as quais deverão ser realizadas constantemente, com o objetivo de evitar tumultos e/ ou circulação de acompanhantes em locais não autorizados após as 21 (vinte e uma) horas, não será permitida a saída do mesmo caso não haja autorização por escrito do serviço de enfermagem para melhorar o sistema de segurança do Serviço de Saúde.

Considerações/ Observações:

- Os Controladores de Acesso, nas rondas irão verificar se todas as portas e janelas estão devidamente fechadas, luzes apagadas, quando for o caso, se não há violação de grades ou cerca, torneiras abertas, vazamento de água e gás, se há avarias visíveis em máquinas, equipamentos, móveis e veículos, se há pessoas estranhas no ambiente vigiado, se há suspeitos rodando o Serviço de Saúde.
- Qualquer anormalidade observada quando da realização da ronda, entrar em contato imediato com a sede e coordenação de vigilância ou responsável pelo posto, adotando as primeiras medidas de segurança, fazendo o devido registro no livro de ocorrência. Para melhorar o sistema de segurança da Instituição;
- Não impedir, caso não haja autorização por escrito, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais da Instituição, mesmo que portado por servidores. Observações: - Caso não haja autorização por escrito ("Autorização para Saída de Bens

Patrimoniais" — ASBP), reter o bem patrimonial e comunicar imediatamente o fato ao Setor de Infraestrutura - Logística da Instituição;

- Todo bem patrimonial da Instituição de Saúde somente poderá sair (mesmo para conserto, manutenção, descarte, substituição, etc), mediante a apresentação da ASBP, preenchido, carimbado e assinado pelo Setor de Patrimônio ou pelo responsável pela guarda do mesmo;
- Quando da retirada de um bem patrimonial, o controlador de acesso/vigilante deverá conferir o equipamento com a ASBP, verificando se os dados e o preenchimento estão de acordo;
- Reter uma cópia da ASBP, a qual deverá ser datada, assinada e encaminhada ao setor que autorizou a saída (para o devido controle).
- Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área da unidade de saúde, exceto no caso de retirada de cadáveres. (Obs.: Se necessário, acionar a Polícia Militar).
- Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata;
- Não fumar, quando estiver no seu posto de trabalho, principalmente se estiver atendendo ao público;
- Caso o recepcionista for agredido moralmente ou fisicamente, deverá relatar o fato no "Livro de Ocorrência da Recepção";
- Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores / discentes deverão ser encaminhados, via Comunicado Interno (CIs), para as respectivas chefias para as providências cabíveis;
- Conforme o grau da ocorrência, as chefias superiores também deverão ser chamadas, imediatamente.

Manual de Controle de Acesso

1. Finalidade

Normatizar e disciplinar os procedimentos para um efetivo controle de entrada, circulação e saída de pessoas e/ou bens materiais pelas portarias do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

2. Âmbito De Aplicação

Os clientes internos e externos que necessitam entrar e transitar no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

3. Conceitos E Definições Básicas

- Autoridades

Pessoas que representam o poder público ou que estão investidas de cargo público podendo ser: policiais e membros dos Poderes Executivo, Jurídico ou Legislativo.

- Colaboradores

Pessoas que contribuem com a missão e o negócio do Hospital (funcionários, médicos, residentes, estagiários, voluntários, discentes e profissionais de empresas terceirizadas).

- Usuários

Pessoas da comunidade que necessitam ter acesso ao hospital.

- Crachá

Documento de identificação que contribui para o controle de acesso, no que se refere a circulação e saída de colaboradores nas dependências física do Hospital.

- Etiqueta

Documento de identificação que contribui para o controle de acesso, circulação e saída de usuários e visitantes nas dependências física do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

- **Horário Hospitalar** (atendimento ao público externo)

Portaria: Funcionamento 24 horas.

- Horário de funcionamento das principais Recepções:

Recepção Social: 07h às 19h (domingo à domingo);

Recepção Pronto Socorro: funcionamento 24 horas,

- Portarias:

Recepção Social

Exclusivo para a entrada e saída de pacientes, acompanhantes e visitantes

Recepção Pronto Socorro

Específico para a entrada e saída de pacientes em ambulância ou carro.

Guarita Lateral

Acesso de colaboradores, prestadores de serviços, acesso ao estacionamento e fornecedores mediante autorização do setor responsável e identificação do fornecedor

Acesso Administrativo

Acesso ao estacionamento da Administração e Acesso da Diretoria.

4. Normas Para Visitas

4.1. – Visitas extraordinárias a pacientes internados

São realizadas somente com o acompanhamento e autorização da Enfermeira do setor. Para as visitas no período diurno, o visitante deverá encaminhar-se a Recepção Social para fazer a solicitação de visita, a qual será avaliada pela Assistente Social, que após analisar o caso com equipe de Enfermagem da Unidade de Internação, dará parecer positivo ou negativo para a solicitação, sendo que, para os casos positivos, será preenchido formulário com descrição dos horários e nome do visitante, além de suas assinaturas.

Durante o plantão noturno, caso ocorra este tipo de situação, os visitantes deverão ser encaminhados para análise diretamente da Enfermeira, que usará os mesmos critérios utilizados no período diurno.

4.2 – Visitas normais a pacientes internados

São realizadas nos seguintes horários:

Clínica Médica

Manhã: 09h00 às 11h00 – 01 visitantes por vez

Tarde: 14h00 às 16h00 – 01 visitante por vez

Clínica Pediátrica

Manhã: 09h00 às 11h00 – 01 visitantes por vez

Tarde: 14h00 às 16h00 – 01 visitante por vez

Maternidade

Manhã: 09h00 às 11h00 – 01 visitante por dia

Tarde: 09h00 às 11h00 – 01 visitante por dia

UTI Adulto A e B

Manhã: 11h00 às 12h00 - 02 visitantes por dia (30 minutos para cada visitante).

Tarde: 17h00 às 18h00 - 02 visitantes por dia (30 minutos para cada visitante).

Visita Ampliada nas UTI's:

Período de Visitação: 09h00min - 19h00 - 2 visitantes (um em cada turno: manhã/tarde). As visitas são liberadas via sistema Tasy na Recepção Geral mediante checagem de lista de

autorização, encaminhada pela equipe da UTI Adulto até as 17h00min de segunda-feira a sexta-feira.

4.3 – Visitas a pacientes na condição de preso ou menor infrator custodiados pelo estado

A visita de preso internado no Hospital dependerá de autorização do Diretor da Penitenciária a qual está vinculado. O menor infrator poderá receber visita de seu responsável legal, nos dias e horários estipulados pelo Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

O advogado não necessita de autorização judicial para manter contato com o preso ou menor infrator por se tratar de prerrogativa da advocacia. O policial ou agente penitenciário será informado quais pessoas possuem autorização para realizar visita ao preso ou menor infrator.

Ressalta-se que devem ser observadas as peculiaridades que o caso requer, bem como as regras de segurança e funcionamento hospitalar, por se tratar-se de unidade hospitalar externa ao sistema penitenciário e às unidades de internação de menor infrator.

Para segurança e vigilância do preso internado, bem como proteção dos funcionários e demais pacientes, as condutas relativas à execução e controle das guardas para segurança, assim como a escolta de presos internados serão padronizadas, seguir as orientações descritas.

Observação: Os pacientes detentos em atendimento de consultas e/ou exames deverão estar acompanhados de guarda policial durante todo o período de atendimento e terão o atendimento priorizado a fim de resguardar a segurança dos demais usuários.

4.4 – Visitas setoriais

Visitas a setores, gestores ou participação em reuniões e treinamentos.

Observação: A Recepção Social deverá receber lista com nomes dos visitantes, incluindo o local da reunião ou do treinamento com antecedência mínima de 24 horas, para que a mesma oportunize a liberação do acesso e rápida identificação dos visitantes. No caso dos visitantes não conhecerem as instalações hospitalar, o responsável pelo setor ou evento de destino deverá comparecer a Recepção Social para conduzir o visitante.

4.5 – Visitas oficiais

Pessoas de órgãos públicos (representantes das esferas executivas, legislativas e judiciárias) ou entidade civil (conselhos, associações e entre outros) que, no exercício de suas atividades, necessitam ter acesso às dependências do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto.

Os visitantes devem dirigir-se à Recepção Social do HRDJSN para que a mesma faça o contato com a secretária da Direção Hospitalar afim de obter autorização para a liberação do acesso.

IMPORTANTE:

Não é permitida a entrada de usuários portando bolsas, sacolas, mochilas e capacetes às Unidades de Internação, UTI's e Centro Cirúrgico. Estes pertences devem ser entregues na Recepção Geral e identificado junto ao formulário.

O pertence deverá ser retirado na Recepção Geral após o término da visita, devendo apresentar senha e etiqueta de identificação para retirada do pertence.

Controle De Acesso às Dependências Do HRDJSN

5. Norma Procedimental

5.1. – Usuários

O acesso será liberado mediante parada obrigatória e prestação de informações referentes ao motivo da visita. O acesso será autorizado mediante as seguintes orientações:

5.1.1. – Usuários Condutores de Veículos

Entrada e saída pelo Portão Principal: segunda-feira à domingo das 06h30 às 19h30;

- Entrada e saída pelo Pronto Socorro: funcionamento 24horas\
- O usuário condutor de veículo será orientado pelo controlador de acesso a seguir até a Recepção Geral para que seja realizado processo de identificação.

Observação: Caso o condutor venha somente fazer o desembarque de usuários, o mesmo será orientado a realizá-lo no hall de entrada da Recepção Social ou Recepção do Pronto Socorro, não sendo permitida a sua permanência de forma que atrapalhe o fluxo dos demais desembarques;

Os acessos de motos no Hospital são permitidos mediante os critérios abaixo:

- A motocicleta do colaborador também deverá estar provida de adesivo de liberação de acesso fornecido previamente pelo Departamento de Pessoal;
- Moto taxistas e usuários do serviço do HRDJSN, conduzindo motocicleta, poderão adentrar no Hospital, porém, deverão manter seus veículos devidamente estacionados, conforme sinalização, evitando parar em local indevido;
- Deverá estacionar somente em áreas identificadas;

Observação:

Para a segurança de todos, serão adotadas as seguintes medidas:

- O HRDJSN disponibiliza gratuitamente estacionamento, sem serviço de vigilância, apenas para comodidade e facilidade dos usuários, sem benefício econômico. Desta forma, cabe ao usuário o cuidado, guarda e vigilância com os objetos pessoais deixados no interior do seu veículo;

- Não será permitido qualquer uso de som e buzinas nas dependências do Hospital;
- Conforme orientação do SESMT, os carros sejam estacionados de ré para evitar acidentes;
- É proibido estacionar em vagas reservados para colaboradores, deficientes e idosos.

5.1.2 – Usuários pedestres

- a) Terão entrada e saída exclusivas pela Recepção Social;
- b) A entrada e saída de usuários pela Recepção do Pronto Socorro é exclusiva para os pacientes e seus acompanhantes em Atendimento de Urgência e Emergência;
- c) O usuário pedestre deverá apresentar guia de marcação de exames ou consultas, ou apresentar justificativa de visitação ao controlador de acesso, para que o mesmo possa orientá-lo e direcioná-lo a Recepção Social;
- d) Devolver ao controlador de acesso ou agente de portaria a etiqueta de identificação para liberação de saída do complexo hospitalar.

5.1.3 – Todo Usuário

Deverá apresentar aos auxiliares administrativos da Recepção Social toda a documentação necessária para realização do cadastro, devendo também responder às informações indispensáveis.

- a) Aos usuários que possuem malas, mochilas, bolsas, capacetes e etc., devem entregar seus pertences ao Auxiliar Administrativo do setor para que o mesmo efetue a guarda do pertence em local específico. Devem colocar os pertences em sacos disponíveis na recepção, lacrando-as, assim como informando aos usuários para não deixarem objetos de valor em suas bolsas e ou mochilas e identificado junto ao formulário.

IMPORTANTE:

Por motivo de segurança do paciente, a recepção deverá informar aos usuários que **não** poderão reportar-se com **bolsas, alimentos, medicamentos e talco** às Unidades de Internação ou para qualquer outro setor onde haja o contato direto com o paciente internado. Também será proibida a entrada de materiais como notebooks, videogame, lençóis, travesseiros, toalhas, bengalas, cadeiras de rodas e brinquedos não passíveis de limpeza para as Unidades de Internação, sem liberação e/ou autorização da SCIH (Serviço de Controle de Infecção Hospitalar).

Deverá estar portando no peito, em situação visível, desprovido de qualquer obstáculo que concorra para encobri-lo, parcial ou totalmente, **a etiqueta** correspondente à área (setor/enfermaria) de destino, a qual será diferenciada por cores;

Orientações referente a visitas

- a. Precisar estar no horário de visita ou devidamente autorizado pelo Serviço Social;
- b. Deverá ser comprovadamente maior de 18 anos, em caso de acompanhante, e maior de 12 anos para visitação;
- c. Não deverá estar portando qualquer gênero alimentício;
- d. Não deverá apresentar sintomas de embriaguez ou transparecer que tenha utilizado drogas ilícitas;
- e. Não poderá estar fumando;
- f. Deverá devolver etiqueta de identificação ao Controlador de Acesso ou Agente de Portaria.
- g. Deverá devolver etiqueta de identificação na Recepção Geral para efetuar a retirada de seus pertences.

5.2 – Colaboradores

5.2.1 – Colaboradores Condutores de Veículos

- a) Entrada e saída exclusiva pela Guarita Lateral.
- b) Os colaboradores deverão possuir selo de identificação no veículo a fim de obter a liberação rápida de acesso e deverá estacionar em local indicado.
- c) Não é permitido a utilização dos estacionamentos da Recepção Social e Pronto Socorro aos colaboradores.

5.2.2 – Todo colaborador

- a. Deverá estar portando seu **próprio crachá** desde a entrada na Portaria do HRDJSN, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação;
- b. Nos casos de esquecimento do crachá de identificação, o colaborador deve se dirigir ao RH para aquisição de crachá provisório.
- c. Os colaboradores terão acesso ao complexo hospitalar preferencialmente pelo acesso lateral, podendo utilizar a entrada do Pronto Socorro ou Recepção Social em casos eventuais chuva;

- d. Apresentar-se com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar (evitando saia ou vestido curto, quatro dedos acima do joelho, decote grande, roupas transparentes, entre outras).
- e. Deverá realizar a guarda de bolsas e mochilas em armários disponibilizados para este fim.

5.2.3 – Critérios para entrada de colaboradores de posse de Bolsas:

a) Todos os colaboradores de áreas assistenciais receberão armário individual para a guarda de bolsas;

- Colaboradores Radioterapia: Armários área interna (vestuário);
 - Colaboradores da hemodiálise: Armários área externa;
 - Colaboradores Fisioterapia: Armários área interna;
 - Colaboradores Unidades de Internação: Armários área externa;
 - Colaboradores UTI's e Centro Cirúrgico: 01 armário interno e 01 armário externo;
- b) Os colaboradores de alas administrativas autorizados a entrarem com bolsas e mochilas nas dependências hospitalar serão identificados com **adesivo verde** no crachá e o mesmo deverá ser disponibilizado pela Supervisão Administrativa. Deverão efetuar a guarda de seus pertences em armário próprio setorial;
- c) Demais colaboradores deverão efetuar a guarda de bolsas e mochilas em armário setorial próprio;
- d) Os controladores de acesso farão o controle de acesso de pessoas em todas as entradas do Hospital e o não seguimento das orientações por parte de colaboradores serão repassados semanalmente a Supervisão de Facilities que encaminhará aos gestores da área, haja vista, que o HRDJN não se responsabiliza por perdas e danos de bens pessoais.

5.3. – Fornecedores e Representantes Comerciais

- a. Entrada específica pela Guarita Lateral
- b. Os fornecedores deverão identificar-se junto ao Controlador de Acesso da Guarita, o qual realizará a comunicação do setor responsável;
- c. Aos fornecedores ou representantes comerciais que necessitem adentrar na unidade hospitalar pelo acesso lateral (bloco de apoio) devem comunicar necessidade ao setor de Compras e/ou Suprimentos, para que após checagem da necessidade de acesso o

responsável pelo setor disponibilize etiqueta de identificação para os mesmos, orientando que a referida etiqueta deverá ser devolvida na Guarita.

- d. Não é permitido receber representantes comerciais na unidade, o contato é realizado exclusivamente pelo Setor de Suprimentos da Sede Administrativa

5.3.1. – Fornecedores condutores de veículos

- a. Entrada específica pela Guarita
- b. Fornecedores deverão parar obrigatoriamente quando abordados pelo controlador de acesso, deverão ser identificados com documento com foto o condutor e demais ocupantes do veículo.

Nota 5:

- Os representantes comerciais não poderão circular pelas dependências do hospital para outros fins que não seja contato comercial com as unidades responsáveis, sempre acompanhados de um profissional do HRDJSN.
- Não será permitido o comércio de produtos ou serviços dentro do espaço físico da instituição, quer seja realizado por representantes comerciais ou pelos próprios colaboradores.
- Caso seja detectado qualquer tipo de comercialização de produtos ou serviços nas dependências do hospital, o responsável pelo setor onde está ocorrendo o ato será notificado pela Supervisão de Facilities para tomada de providências.

5.4 – Médicos;

Entrada específica pelo Portão 1;

- a) Deverão estar portando seu **próprio crachá**, na cor azul desde a entrada na portaria do hospital, o qual deve estar posicionado no peito, em situação visível sem nada a encobri-lo, para efeito da perfeita identificação. Os mesmos receberão crachá de identificação específico com 02 dias antes do início de suas atividades na unidade hospitalar;
- b) Estes profissionais terão acesso ao complexo hospitalar, tendo acesso em qualquer umas das entradas.

Considerando que o fluxo de pessoas é intenso e variado, envolve pessoas de várias culturas e poder aquisitivo, que vão de pacientes a visitantes, de médicos e enfermeiros, a prestadores de serviços de diversas especialidades, o HRDJSN orienta que seus colaboradores tragam somente os pertences necessários para o desenvolvimento de suas atividades. A norma é elaborada para o bom funcionamento do hospital e segurança dos seus usuários e colaboradores, portanto é necessária a colaboração de todos para o seu cumprimento;

6. EVASÃO DE USUÁRIOS

Nos casos de evasão de usuários das Unidades de Internação ou Pronto Socorro, ou seja, saída do paciente do hospital sem autorização médica e sem comunicação de saída ao setor que está internado, a equipe de enfermagem deve acionar o monitoramento através o código QRU, no radio devendo informar os dados do paciente evadido, bem como unidade de internação e leito.

A equipe de enfermagem tem a obrigação de registrar em prontuário ou ficha de atendimento a evasão ocorrida detalhadamente por força dos artigos 25 e 41 do Código de Ética dos profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN – Conselho Federal de Enfermagem, 311/2007). É importante reforçar que na anotação do fato ocorrido devem estar mencionados de forma clara os nomes de duas testemunhas.

A equipe de segurança deverá entrar em contato com a Supervisão Administrativa para que providencie a comunicação do fato à família do paciente e registre o Boletim de Ocorrência de “Preservação de Direitos” à autoridade policial mais próxima, haja vista que o desaparecimento de qualquer paciente sem a comunicação poderá gerar responsabilidade civil, em caso de dano ao paciente. Posteriormente, deverá encaminhar via original do Boletim de Ocorrência para o prontuário do paciente, bem como deverá ser anexada ao prontuário informações sobre a comunicação à família, e uma cópia do registro policial deverá ser encaminhada à Assessoria da Direção.

7. PORTE DE ARMA

Quando identificado à presença de usuários portando arma de fogo nas dependências do hospital, a equipe do controle de acesso deverá ser acionada. O agente de portaria deverá efetuar abordagem e solicitar apresentação de porte de arma ao usuário. Caso o usuário demonstrar o porte de arma nos moldes previsto na Lei 10.826/2003. Poderão adentrar portando as armas nas dependências do hospital sem que haja interferência pelo estabelecimento de saúde. Caso a situação seja contrária e o usuário não apresente o porte solicitado, o agente de portaria orienta o mesmo a não adentrar a unidade com a arma. Se houver recusa, comunicar o departamento de polícia.

É importante reforçar que em situações emergenciais em que o usuário esteja em estado de inconsciência, seja por problemas clínicos ou qualquer outra circunstância, sendo identificado que o mesmo esteja portando uma arma de fogo e considerando o dever legal que a unidade tem em prestar o atendimento necessário, poderá momentaneamente empossar-se do objeto fazendo sua guarda. Concomitantemente, é imprescindível que imediatamente comunicar o departamento de polícia.

8. SAÍDA DE RECÉM-NASCIDOS E CRIANÇAS DO HRDJSN

Durante as altas de pacientes recém-nascido ou criança menor de 12 anos, a equipe de enfermagem acompanhará o paciente e seu acompanhante e entregará o aviso de alta ao agente de portaria, o qual realizará a conferência das documentações e procederá com a retirada da pulseira de identificação do paciente e grampeá-la junto ao aviso de alta.

Os controladores de acesso atentos para saídas de pacientes com pulseira de identificação e devem acionar o setor de monitoramento caso sejam observadas saídas indevidas.

9. FLUXO PARA REGISTRO DE EVASÃO DE BENS POR FURTO/ROUBO E EXTRAVIO

9.1. – De pertences de Usuários ou Colaboradores

- a. Em casos de suspeita de furtos, o usuário deve ser orientado a efetuar registro de reclamação no S.A.U – Serviço de Atendimento ao Usuário, a fim de que os fatos sejam apurados e as possíveis causas investigadas junto a coordenação de área.
- b. Para casos específicos, será instaurado procedimento administrativo sob a orientação da Assessoria Jurídica do Hospital, sendo que nos casos pertinentes deverá ser orientado o usuário a registrar Boletim de Ocorrência.

9.2. – Bens Hospitalares

- a. Inicialmente, o responsável pelo setor deverá comunicar a direção da área para que seja registrado o Boletim de Ocorrência junto à delegacia mais próxima.
- b. O responsável pelo setor deverá comunicar a Diretoria do Hospital, a qual deverá registrar o ocorrido para o Compliance e solicitar a abertura de sindicância para apurar os fatos. A
- c. Este procedimento deverá conter no mínimo: Relatório do ocorrido e cópia do Boletim de Ocorrência;
- d. O processo de sindicância, quando concluído, deverá ser encaminhado ao setor de patrimônio através de C.I. (Comunicado Interno) assinado pelo gestor do setor, supervisão de facilities (nos casos das empresas terceiras) e Diretor do Hospital, na qual também deverá ser solicitada a remoção do bem do acervo patrimonial do HRDJSN em decorrência de seu furto ou roubo.

Nota 6:

Em todos os casos de evasão de bens e materiais do HRDJSN, o agente de portaria plantão deverá formalizar ocorrência de evasão de bens em formulário específico a fim de que seja encaminhado para a ciência da Supervisão de Facilities.

10. FLUXO DE REGISTRO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA OS CASOS DE AMEAÇA

- a. O gestor da área e ameaçado (s) se dirigem até a delegacia para registro do B.O.;
- b. Para os casos que envolverem o médico (e este não esteja no hospital no ato da ameaça) o diretor da área envolvida deve fazer contato com o profissional e lhe informar que deve se dirigir até a delegacia para registro de B.O., e em seguida encaminhar uma cópia deste documento para compor o processo;
- c. O gestor da área deve providenciar relatório detalhado do ocorrido e encaminhar cópia do B.O. e relatório à secretária da Diretoria Geral;
- d. O Diretor Geral orienta conduta a ser tomada posteriormente, como por ex: não autorizar entrada/atendimento do ameaçador ao hospital.

Nota 7: Este fluxo é posterior ao fluxo já existente de QRU, onde no momento do ocorrido os colaboradores envolvidos acionam o suporte do controle de Acesso (CFTV) do Hospital.

11. CONTROLE DAS PORTARIAS/FISCALIZAÇÃO/SEGURANÇA.

PROCEDIMENTOS GERAIS

11.1 – DA RECEPÇÃO SOCIAL

As Recepcionistas

11.1.1 – Controle de Acesso de Visitantes e Acompanhantes

- a. Acolher o usuário/visitante/acompanhante de forma respeitosa, confirmando a finalidade de sua visita e disponibilizando senha numérica de atendimento;
- b. Efetuar o chamado dos usuários através do Painel de Eletrônico de Senhas para início de atendimento.
- c. Caso o usuário deseje visitar paciente internado, confirmar no sistema PR se o mesmo se encontra internado nesta instituição e se possui algum tipo de restrição a visitas. Em casos de pacientes com alta, informar a data e hora em que esta ocorreu.
- d. Não é permitido passar informações do estado de saúde do usuário internado por telefone e/ou pessoalmente. Ao familiar que desejar essa informação, solicitar que compareça no horário designado para a visita, conforme Manual de Orientações ao Usuário e Acompanhante.
- e. Caso o usuário deseje visitar algum profissional ou setor do hospital, entrar em contato com o setor ou a pessoa desejada, informando os dados do visitante (nome, empresa ou o motivo da visita) e solicitar ao profissional ou responsável do setor a autorização para entrada do visitante. O visitante deverá aguardar até que haja a liberação do setor

ou pessoa que irá recebê-lo. Em caso afirmativo, realizar o cadastro no sistema e fazer a impressão da etiqueta de identificação na cor verde (específica para este tipo de visita) e registrar em sistema o nome do colaborador que autorizou a entrada. Caso não seja possível a liberação do acesso, informar com cordialidade os motivos da impossibilidade da visita.

- f. Sempre que necessário, informar aos visitantes que, conforme Manual de Orientações ao Usuário e Acompanhante, não é permitido acesso de pessoas com trajes inadequados, independente do gênero, como: saias curtas, miniblusas, shorts, roupas decotadas e transparentes. Em casos de vestimenta inadequada será disponibilizado ao usuário enxoval específico para uso.
- g. Entregar ao visitante a etiqueta de identificação correspondente ao local que este deseja visitar, liberando o acesso.
- h. Providenciar a guarda de pertences de usuários, visitantes ou fornecedores (caso os tenham) em local específico.
- i. Não permitir a entrada de equipamentos (para filmagem e fotografia), salvo quando houver autorização da Assessoria de Comunicação do HRDJSN;
- j. Não permitir a entrada de materiais de divulgação de empresas, eventos ou qualquer material, salvo quando houver autorização da Assessoria de Comunicação do HRDJSN;
- k. Controlar a entrada de autoridades, solicitando a apresentação de suas “identidades funcionais”, verificando se estas estão em missão oficial; neste caso, solicitar a apresentação dos respectivos mandados ou documentos comprobatórios;
- l. A recepção avisará imediatamente a direção do hospital sobre a chegada de qualquer autoridade a serviço de sua instituição;
- m. Estando a serviço de sua instituição, as autoridades terão acesso a qualquer hora, de acordo com o horário de funcionamento do setor interno (onde deseja ir) do hospital, sempre acompanhado de um representante da direção. Não estando a serviço de sua instituição, a autoridade obedecerá à mesma condição dos visitantes em geral.
- n. Não compete aos colaboradores da Recepção Social assinar ou receber documentos registrados, devendo acionar assistente da direção hospitalar para o recebimento de todas as correspondências do Hospital. Caso não encontre alguém responsável pelo setor, encaminhar à Supervisão Administrativa para que posteriormente os documentos sejam encaminhados à diretoria hospitalar;

- o. Os auxiliares administrativos da Recepção que estejam entrando em serviço (turno de trabalho) deverão verificar em Livro de Ocorrência as anotações relatadas pela equipe anterior;
- p. As demais recepções executarão atividades específicas de seu setor;
- q. Não é permitido repassar informações referente à localização de profissionais médicos em casos de visitas, haja vista que as visitas devem ser comunicadas a recepção previamente, inclusive para a segurança do próprio profissional;
- r. Em casos de solicitação de declarações como: acompanhamento de paciente internado, parecer ou etc., informar ao usuário que quaisquer documentos devem ser emitidos pela direção do hospital, bem como solicitados formalmente.

11.1.2 – Cadastro de Visitantes e Acompanhantes no Sistema PR

- a. Confirmar a existência do cadastro da pessoa no sistema PR;
- b. Caso seja a primeira visita, efetuar o cadastro no sistema PR através da apresentação obrigatória de documento com foto. Preenchendo os campos obrigatórios com os dados do visitante, acompanhante, confirmando nome completo e data de nascimento.

11.1.3 – Liberação de Acesso para a recepção do Ambulatório de Especialidades

- a. Liberar acesso ao Ambulatório para realização de consultas, apenas após apresentação de guia de agendamento de consultas do CORE e encaminhamento médico;
- b. Liberar acesso ao Ambulatório para realização de agendamento pós-cirúrgico de procedimentos realizados no HRDJSN após apresentação de resumo de alta do paciente, disponibilizando etiqueta rápida ao usuário atendido a fim de agilizar o atendimento;
- c. Informar ao usuário local de destino;
- d. Para os pacientes de outros municípios com perda de receituário, guia do CORE Ambulatorial ou os dois documentos, a recepção deve confirmar se há agendamento, caso seja confirmado devem ser encaminhados ao Ambulatório, caso não identifique o agendamento orientar o usuário a retornar a UBS de sua localidade.

Nota 8:

1. Informar aos usuários que os agendamentos de consultas e exames são realizados nas Unidades de Saúde ou nas Secretarias de Saúde de cada município. Salvo os exames pré-operatórios solicitados pelos médicos nas consultas realizadas no Ambulatório do HRDJSN, sendo estes agendados na Recepção Social.

2. Não será permitido encaixes no Ambulatório de pacientes de outros serviços, sendo estes permitidos apenas para pacientes que já estão em atendimento no serviço e dentro perfil do Hospital.

11.1.4 – Liberação de Acesso ao setor de Coleta de Exames

Realização de Coleta:

- a. Confirmar agendamento do exame laboratorial checando a guia de solicitação com o carimbo de agendamento, contendo data e hora de realização da coleta do material, conforme disponibilizado pela equipe do setor de Laboratório;
- b. Entregar senha ao paciente para realização de coleta, conforme ordem de chegada, não deixando de observar a necessidade do atendimento prioritário com base na classificação de prioridades conforme o Manual de Atendimento Prioritário nas Recepções do HRDJSN;
- c. Liberar o acesso ao setor de 10 em 10 pessoas, após confirmação de liberação via rádio, fornecendo etiqueta de identificação para real liberação do acesso ao setor;
- d. Informar o usuário quanto ao local de destino.

11.1.5 – Liberação de Acesso ao setor de Radiodiagnóstico/Imagem

Realização de exames:

- a) Confirmar agendamento de exame mediante a apresentação de guia de marcação via Ambulatorial e encaminhamento médico;
- b) Efetuar cadastro no sistema PR e disponibilizar ao paciente e acompanhante etiqueta de identificação específica para acesso a área de destino.
- c) Informar ao usuário local de destino.

11.1.6 - Recebimento de resultado de exames

Horários de recebimento de resultados de exames **RADIODIAGNÓSTICO/IMAGEM:**

- Manhã: 09h00min às 11h00min

- Tarde: 14h00min às 17h00min (segunda-feira a quinta-feira) 14h00min às 16h00min (sexta-feira)

Encaminhar usuários para recebimento de resultados de exames de Imagem após checagem de liberação de exames no sistema TASY e efetuação do cadastro do paciente, com impressão de etiqueta de identificação.

internos e efetuação do cadastro do paciente, com impressão de etiqueta de identificação.

- 11.1.7 – Controle de Acesso nas Visitas:
 - **Troca de Acompanhante:** Encaminhar os usuários para realizarem a troca de acompanhante na Recepção Social nos horários de 07h às 08h no período da manhã e das 18h às 19h no período noturno, informando que as trocas fora do horário deverão ser autorizadas pelo Serviço Social.
 - **Visitante de Setor:** Liberação de entrada mediante autorização do profissional ou responsável do setor, solicitando sempre, que venha à Recepção Social buscar o visitante.
 - **Visita a paciente internado:** Organizar e distribuir os visitantes conforme o horário e a etiqueta de identificação. Orientando quanto ao tempo de permanência nas enfermarias. Seguir os horários e quantidade de visitantes descritos no Manual de Orientação ao Usuário e Acompanhantes.

Nota 9:

- 1. Todas as pessoas liberadas devem ser orientadas a devolverem na saída as etiquetas de identificação aos controladores de acesso ou auxiliares administrativos da Recepção Social.
- 2. Recepção deve receber dos usuários ou controladores de acesso as etiquetas de identificação devolvidas pelos visitantes e registrar a saída dos mesmos no sistema PR.

NORMAS E INSTRUÇÕES

Aos Controladores de Acessos:

12.1 – Acesso na Guarita

- a. Agir com respeito e cordialidade no trato com os colaboradores, usuários e comunidade em geral, mantendo atitude, postura e comportamentos condizentes com o decoro da profissão;
- b. Controlar o acesso junto às dependências do HRDJSN, parando veículos de usuários, visitantes e fornecedores para a coleta de informações e liberação do acesso quando necessário, isto é, permitindo a entrada somente após identificação.

Nota 10:

Ficarão dispensados deste controle, as ambulâncias, os veículos oficiais do Corpo de Bombeiros, Polícia Federal, Polícia Civil e Polícia Militar, devidamente caracterizados e atendendo a chamado da Administração do Hospital ou em casos de emergência. Ficarão também

dispensados veículos oficiais conduzindo autoridades governamentais em visita agendada às instalações do HRDJSN e veículos conduzindo pessoas em serviço ou no exercício do poder de autoridade da saúde do município de Santarém.

Permitir o acesso imediato de colaborador que acessa o Hospital em veículo próprio, após confirmação do automóvel por meio da utilização do selo número de identificação e indicar o local para estacionamento. Anotar em formulário do controle de acesso, os casos de abordagens a veículos de colaboradores sem Selo de Identificação e orientar a regularização junto ao Departamento Pessoal.

Nota 11:

O selo numérico de identificação de veículo(s) de colaborador (es) deve ser solicitado no Departamento Pessoal por meio da apresentação de documento de identificação do veículo e C.N.H. (Carteira Nacional de Habilitação) do condutor. Este selo é importante para a segurança e controle de acesso de veículos no HRDJSN.

- c. Orientar aos motoristas que circulam no estacionamento o sentido correto do trânsito e a velocidade máxima permitida (20 km por hora);
- d. Orientar o local apropriado para estacionar os veículos, sempre de ré, respeitando os locais já definidos por placas de sinalização;
- e. Encaminhar (usuário, visitante e acompanhante) aos auxiliares administrativos da Recepção geral para providenciar a etiqueta de identificação;
- f. Indicar o local correto para estacionamento de veículos de usuários de forma adequada, obedecendo às sinalizações;
- g. Orientar aos usuários que é expressamente proibida a entrada com alimentos nas alas de internação do HRDJSN, conforme o Manual de Orientação ao Usuário e Acompanhante. A entrada de alimentos em todo o Complexo Hospitalar deve ser evitada, porém cada situação deve ser criteriosamente analisada;

- h. Colaborador que não estiver portando seu crachá de identificação deve ser orientado a regularizar sua identificação junto ao Departamento Pessoal, caso haja descumprimento da orientação relatar em formulário para tratativas da Supervisão Administrativa junto à Diretoria. Nos casos de resistências às abordagens, registrar e relatar também o caso de imediato à Supervisão Administrativa para tratativas junto ao gestor de área;
- i. Impedir a entrada de pessoas que estejam fumando, alcoolizadas, suspeitas de estarem drogadas.
- j. Quando as portarias da unidade não estiverem devidamente trancadas, estas não poderão ficar “descobertas” em momento algum. Havendo necessidade do controlador de acesso se ausentar por qualquer motivo do seu posto (mesmo que por alguns instantes), ele deverá solicitar outro controlador de acesso para substituí-lo imediatamente, ou no período noturno, solicitar a presença do controlador de acesso de plantão;
- k. Fica proibida a utilização de aparelhos sonoros, televisores ou qualquer objeto que possa tirar a atenção dos agentes de portaria e controladores de acesso;
 - a) Na atividade de controle da portaria, se o profissional responsável por esta atividade for ofendido ou ocorrer outra situação que agrida sua integridade física ou moral e em casos de indisciplina no cumprimento desta Norma Procedimental, solicitar via rádio QRU um profissional do controle de Acesso;
 - b) Impedir, caso não apresentado o Formulário de Movimentação de Bens, a saída de aparelhos, equipamentos e outros bens patrimoniais do HRDJSN, mesmo que portado por colaboradores.
 - c) Controlar a entrada de colaboradores e usuários portando bolsas e mochilas. Usuários visitantes não poderão adentrar para as Unidades de Internação com alimentos, bolsas, mochilas e capacetes, devendo efetuar a guarda dos mesmos na recepção. Caso haja recusa por parte do colaborador em seguir o fluxo, anotar o nome do mesmo em controle específico para tratativas junto à gestão de áreas.
 - d) Não é permitido a entrada de serviços de alimentação delivery para pacientes.

12.2 – Conduta Controlador de Acesso:

- a. Verificar se nas dependências do hospital as pessoas estão portando o crachá ou etiqueta de identificação de forma visível. Caso não estejam, solicitar a correção e / ou apresentação;
- b. Controlar as entradas/saídas das Recepções, não permitindo o acesso de pessoas sem identificação;
- c. Exigir documento de identificação, quando julgar necessário;
- d. Controlar a saída dos usuários e **recolher as respectivas etiquetas de identificação**, os quais posteriormente deverão ser entregues no Guichê de Recepção para baixa no sistema;
- e. Elaborar relatório diário de ocorrências (registrado em livro próprio), caso exista qualquer irregularidade durante seu horário de trabalho, além de comunicar, imediatamente, à sua chefia imediata;
- f. Proibir todo tipo de atividade que implique ou ofereça risco à segurança dos serviços e das instalações, caso ocorram, deverá ser repassada a chefia imediata;
- g. Comunicar qualquer anormalidade verificada e todo acontecimento entendido como irregular que atende contra o patrimônio do HRDJSN;
- h. Verificar no início do serviço se os equipamentos e utensílios estão em perfeito funcionamento, como os rádios, livro de ocorrência, kit ronda, etc.;
- i. Observar, cumprir e respeitar os avisos de segurança da área, permanecendo somente em local e áreas pré-determinadas;
- j. Comunicar ao Monitoramento todo e qualquer movimento anormal observado, e anotado em livro de ocorrência com o maior número de dados possíveis;
- k. Fica proibida a utilização de aparelhos sonoros, televisores ou qualquer objeto que possa tirar a atenção dos vigilantes;
- l. Permanecer no posto de serviço, não devendo se afastar dos seus afazeres, principalmente para atender chamadas ou cumprir tarefas de terceiros não autorizados;
- m. Usar crachá na altura do peito em local visível.

Nota 12:

Os fatos ocorridos em relação aos colaboradores (funcionários, estagiários, residentes e médicos) deverão ser encaminhados, via Livro de Ocorrência, para a Supervisão de controle de Acesso, para as providências cabíveis;

Em casos de ameaça de agressão aproximar-se do possível agressor para tentar conter a situação, caso perceba que a situação está fora de seu controle, acionar a Polícia Militar, telefone 190.

12.3 – Conduta Controlador de Acesso rondante:

- a. Receber e atender aos chamados de urgência e emergência através da linguagem com o código “QRU” comparecendo com rapidez no local ou setor informado pelo solicitante. Nos casos de agressões, roubos e furtos deve-se acionar a chefia direta para tratativas junto à Supervisão Administrativa, no período da noite, acionar o líder de Controle de Acesso para tratativas juntos a Supervisão Administrativa noturna. Furtos/roubo/perdas: Solicitar do usuário declaração por escrito (a próprio punho) constando de detalhes do ocorrido, como modelo/marca/cor/tamanho dos bens desaparecidos e registrar os fatos com rigor de detalhes no livro de ocorrência;
- b. Realizar rondas no HRDJSN conforme fluxograma, fazendo uso do Kit Ronda, obedecendo aos horários pré-determinados no livro de registro de ronda;
- c. Verificar a existência de portas e janelas abertas e caso encontre, fechá-las e registrar no livro de ocorrência;
- d. Abrir portas quando solicitado e registrar o fato no livro de ocorrência;
- e. Desligar as lâmpadas acesas desnecessariamente;
- f. Informar em livro de ocorrência todas as inconsistências averiguadas durante a ronda;
- g. Entregar a Supervisão de Controle de Acesso todo e qualquer material encontrado durante a ronda;
- h. Atentar-se para o final das visitas em cada Unidade de Internação, fazendo a ronda e orientando os visitantes quanto à proibição da permanência nas enfermarias após o horário estipulado. Os Controladores de Acesso devem solicitar que os mesmos se retirem do setor;
- i. Encaminhar o Livro de Ocorrência com os relatos do dia anterior a Supervisão de Controle de Acesso;

- j. Impedir e/ou inibir a ação de agentes funerários, não permitindo suas presenças na área do complexo hospitalar, exceto no caso de retirada de óbitos;
- k. Solicitar por meio de rádio comunicador ou telefone apoio do Controlador de Acesso mais próximo para realizar a abordagem ao cidadão em caso de atitude suspeita, averiguando a situação e confirmando a utilização da etiqueta de identificação. Se o cidadão não estiver utilizando a etiqueta, verificar por onde ele entrou e qual o motivo da sua vinda ao hospital. Se for o caso, convidá-lo a se retirar, acompanhando-o até portaria, registrando a ocorrência em livro específico.

Nota 13:

Caso o usuário em condição de suspeito se recuse a sair: manter a calma e acionar a Polícia Militar. Nos casos em que colaboradores abordados sem crachá de identificação, os mesmos devem ser orientados quanto à obrigatoriedade do uso do mesmo, e caso haja resistência, registrar em livro específico o nome e o setor do colaborador.

12.4 – MONITORAMENTO CFTV (Circuito Fechado de Televisão)

Todas as áreas críticas do HRDJSN são mapeadas e monitoradas via CFTV por Controladores de Acesso alocados na sala de Monitoramento. Nos casos de solicitação de visualização de imagens do CFTV, o solicitante deve ser informado de que as mesmas são requeridas junto à Supervisão Administrativa após o preenchimento do formulário F.842 - Solicitação de visualização de imagens – CFTV, devendo constar também assinatura do gestor e Diretor Geral. A Supervisão de Controle de Acesso fará a busca e análise de imagens e informará o gestor solicitante das informações solicitadas.

Nota 14: As imagens não poderão ser disponibilizadas ao solicitante, pois as mesmas são protegidas por lei.

12.5.1 – Ao Controlador de Acesso do Monitoramento:

- a) Realizar monitoramento das imagens por meio do CFTV, observando toda e qualquer movimentação na área abrangida pelas câmeras e em caso de anormalidade entrar em contato imediato com o agente de portaria do sistema de ronda, através do rádio comunicador utilizando a linguagem com o código “QRU”, além de fazer o registro em livro de ocorrências;
- b) Informar ao solicitante que nos casos de solicitação de liberação de imagens do CFTV, as mesmas devem ser requeridas à Supervisão Administrativa através de preenchimento do formulário F. 842 – Solicitação de Liberação de Imagens – CFTV, devidamente autorizado pelo gestor e Diretor Geral.
- c) Supervisionar através das câmeras do CFTV se o colaborador, fornecedor, prestador de serviços, usuários, acompanhantes, visitantes e médicos estão estacionando de forma

correta. Acionar o agente de portaria circulante para que solicite a regularização na guarda do veículo junto ao condutor ou faça as devidas notificações. Nos casos em que forem identificados veículos em situação inadequada ou perigosa, solicitar a retirada de veículo de imediato, sempre informando dados completos do veículo (cor, marca, placa e modelo).

- d) Acionar órgão de trânsito competente para averiguações nos casos de colisão no estacionamento do HRDJSN;
- e) O controlador de acesso do monitoramento deve solicitar a presença imediata do controlador de acesso do sistema de ronda, através do rádio comunicador com a utilização da linguagem com o código “QRU”, informando a ocorrência e o local, de modo a evitar atos danosos, tais como: agressões ao colaborador, roubos, assaltos, furtos, saques, depredações, vandalismo e quaisquer outros que possam causar prejuízo ao patrimônio do HRDJSN, quando estes possam ser observáveis a partir das imagens captadas pelo CFTV.
- f) O controlador de acesso do monitoramento deve controlar as retiradas, assim como as devoluções das chaves do Claviculário, registrando nome, data e horário do solicitante e colhendo assinatura no formulário Controle de Chaves – Claviculário.

12.5.2 – É proibido ao Controlador de Acesso do Monitoramento:

- Divulgar nem fornecer, dados e informações referentes aos serviços realizados, salvo quando formalmente autorizado pela Diretoria.
- Permitir a entrada de pessoas nas dependências da Central de Monitoramento, exceto nos casos de autorização da Diretoria Geral.
- Abandonar a Central de Monitoramento, deixando o posto desprovido de um profissional da segurança. Caso ocorra alguma eventualidade, na qual seja necessária a ausência do vigilante que estiver fazendo a cobertura do setor no momento, solicitar a presença de outro profissional para substituição.
- Permitir a entrada de terceiros que não seja, Supervisão e Líderes, Supervisão Facilities.

13. CONTROLE DE CHAVES

As cópias das chaves permanecerão guardadas em claviculário, cujo controle será efetuado pelo Controlador de Acesso do Monitoramento e o acesso será concedido aos gestores ou as pessoas autorizadas, formalmente identificadas.

Todas as chaves retiradas ou devolvidas ao claviculário deverão ser devidamente registradas e controladas pelo Controlador de Acesso do Monitoramento.

Devido o mapeamento de chaves e portas do HRDJSN é possível que em casos de emergências haja a abertura de portas pelo controle de acesso, bastando apenas o gestor do setor acionar o Controle de Acesso e informar o código da porta a ser aberta e o motivo.

14. ORIENTAÇÕES PARA SAÍDA DE BENS, EQUIPAMENTOS E MEDICAMENTOS:

Caso não haja autorização por escrito através do **F.HRDJSN.844 - Termo de Cessão de Equipamentos** (para empréstimos) ou **F.HRDJSN.755 - Formulário de controle de saída e retorno de equipamentos** (para manutenção externa), reter o bem patrimonial, anotar em livro de ocorrência e comunicar imediatamente o fato ao setor de Patrimônio;

- a. Para o controle de saída de materiais e medicamentos solicitar apresentação do **F.HRDJSN.844 - Termo de Cessão de Equipamentos** a fim de liberar;
- b. Todo bem patrimonial do HRDJSN somente poderá sair (mesmo para conserto e manutenção), mediante a apresentação do termo obrigatório **F.HRDJSN.755 - Formulário de controle de saída e retorno de equipamentos**. Este termo deve ser preenchido pelos setores de **Engenharia Hospitalar e Tecnologia da Informação**, bem como validado pelo **Setor de Patrimônio**;
- c. Os termos serão entregues ao Supervisor Administrativo e ao Supervisor de Controle de Acesso pelo **Setor de Patrimônio** previamente;
- d. Quando da saída de um bem patrimonial, o controlador de acesso deverá confrontar as informações disponíveis em formulários por meio de conferência visual, haja vista que a conferência dos equipamentos é realizada previamente pelo setor de Patrimônio;
- e. Reter uma cópia dos formulários padronizados e arquivar para controle.

15. PROTEÇÃO DE DADOS:

Todas as atividades que envolvem dados e informações referente a colaboradores e pacientes devem respeitar os princípios e diretrizes da Lei nº13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados, isto é, o colaborador ao ser admitido na Instituição deve receber orientações verbais e escritas sobre o resguardo de toda e qualquer informação inerente aos usuários, sejam eles internos e/ou externos, assim firmado mediante Contrato de Trabalho do Colaborador e Termo de Confidencialidade, os quais, uma via armazenada no prontuário do colaborador sob domínio do setor Departamento de Pessoal e uma via entregue ao funcionário, em consonância a Lei supracitada.

16 – HISTÓRICO DE REVISÃO:

Manual Do Usuário, Acompanhante E Visitante



INTRODUÇÃO

O Instituto Social Mais Saúde apresenta o Manual do Usuário, acompanhante e visitante desenvolvido para orientá-lo durante o seu atendimento e permanência na instituição.

Este manual destina-se a pacientes e seus cuidadores (acompanhantes, familiares e visitantes) e sua finalidade é prestar informações importantes aos usuários de nossos serviços, como práticas que visam o bem-estar e a recuperação do paciente, sendo um instrumento facilitador para a convivência comum no ambiente hospitalar.

DIREITOS E DEVERES DO PACIENTE

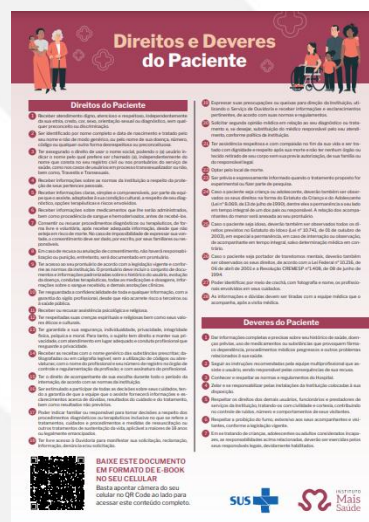
O Instituto Social Mais Saúde reconhece sua responsabilidade no desenvolvimento e implementação de diretrizes que assegurem os direitos e as responsabilidades do paciente e de seus familiares. Por isso, disponibilizamos em todos os leitos, recepções e salas de procedimentos o encarte “Direitos e Deveres do Paciente”.

Você poderá acessá-lo e baixá-lo através do QRCode disponível no canto inferior esquerdo.

ACOMODAÇÕES

Os pacientes internados ficarão em leito tipo “Enfermaria” com camas elétricas ou manuais e grades de proteção atendendo a norma NBRIEC60601-2-52 DE 03/2020.

Ressaltamos nosso comprometimento com a segurança dos nossos pacientes, portanto havendo necessidades e recomendações médicas, as camas poderão ser rebaixadas, poderá haver maior



quantidade de travesseiros para melhor acomodação, poderá ser utilizado colchão pneumático para evitar lesão por pressão. Em caso de dúvidas, procure a equipe médica e assistencial.

VISITA AO PACIENTE

Os pacientes internados ficarão em leito tipo “Enfermaria” com camas elétricas ou manuais e grades de proteção atendendo a norma NBRIEC60601-2-52 DE 03/2020.

Todo visitante/acompanhante é bem-vindo e deverá seguir a paramentação adequada conforme recomendação vigente do Serviço de Controle de Infecção, durante todo o tempo dentro do hospital, e realizar a higiene das mãos antes de entrar e após sair do quarto, conforme informativo localizado junto às pias.

Ficam **restritos** de realizar visitas:

- Menores de 18 anos;
- Maiores de 65 anos;
- Pessoas com sintomas de síndrome gripal;
- Pessoas que não apresentem carteira com esquema vacinal da COVID-19 (mínimo 2 doses).

Em casos de ausência da vacina e recusa do visitante, acionar o SCIH e Serviço Social para análise de medidas resolutivas.

De acordo com o quadro clínico do paciente, o número de visitantes poderá ser limitado. Pensando no bem-estar do paciente internado, estabelecemos o horário de visita da seguinte forma:

Unidade de Internação:

- **Enfermaria:** manhã, tarde e noite, com revezamento de 2 visitantes por vez
- Unidade de Terapia Intensiva:
- **UTI Adulto:** tarde, com revezamento de 2 visitantes por vez e duração de 30 minutos cada visitante;
- **UTI Neonatal:** tarde, somente 1 visitante sem revezamento e duração de 30 minutos;
- **UTI Pediátrica:** tarde, somente 1 visitante sem revezamento e duração de 30 minutos.

VISITA EXTRAORDINÁRIA

Em casos especiais, (pacientes em isolamento, pacientes paliativos, crianças ou idosos, entre outros) a possibilidade de ocorrer a visita fora do horário determinado será analisada e liberada

conforme avaliação e autorização do serviço social junto ao Enfermeiro e Psicólogo do setor mediante solicitação prévia.

O visitante deverá encaminhar-se a recepção geral para fazer a solicitação da visita que será encaminhada para a avaliação de parecer positivo ou negativo da equipe responsável. Nos casos positivos, o visitante deverá preencher um formulário (Controle de Visita Extraordinária) com descrição do horário da visita e nome do visitante, além de sua assinatura.

CONDUTA DO VISITANTE / ACOMPANHANTE

Com o intuito de manter a sua segurança e dos demais, solicitamos atenção às informações abaixo:



Manter identificação de visitante (crachá / etiqueta) em local visível;



Higienizar as mãos sempre que entrar e sair do apartamento/enfermaria ou ter contato com o paciente



Não é permitida a entrada de alimentos para pacientes e acompanhantes. Pacientes possuem acompanhamento nutricional adequado a sua recuperação de acordo com seu estado clínico;



Não tocar ou manusear equipamentos, materiais e dispositivos médico-hospitalares. O Hospital reserva-se ao direito de cobrar pelos danos em seu patrimônio;



Não realizar registros fotográficos e/ou vídeos de pacientes e profissionais dentro da unidade, sem autorização;



É proibido fumar nas dependências conforme Lei Federal 9.294 de 15/07/1996.



Proibido entrada de pessoas portando arma branca e/ou arma de fogo.



Não é permitida a entrada de ventiladores e televisores;



É proibida a circulação de pessoas utilizando capacete ou qualquer peça que esconda o rosto;



Não lavar e estender roupas nos quartos e janelas;



Caso o paciente já faça uso de algum medicamento fora do Hospital, acione o Farmacêutico para avaliar junto ao médico se ele será continuado e receber as devidas orientações;



Manter o silêncio nas unidades de internação durante o período em que permanecer no hospital, principalmente durante a noite.



Proibida a entrada de visitantes com o peito dos pés descobertos, tais como: uso de chinelo, sandália, rasteirinhas, saltos e outros tipos de sapatos abertos;



Utilizar a paramentação fornecida, durante todo o período que estiver dentro do Hospital.

ACHADOS E PERDIDOS

Profissionais, usuários, acompanhantes ou visitantes que tenham achado, perdido ou esquecido objetos no Hospital poderão dirigir-se pessoalmente ao SAU para retirar o pertence.

Importante ressaltar que a guarda dos bens se dará por 3 meses, com busca ativa semanais e em caso de insucesso, o bem poderá ser doado ou descartado.

VISITA RELIGIOSA

O usuário terá direito de receber visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança da rotina de tratamento do usuário, no período da manhã e tarde. O religioso deverá apresentar o documento de identificação.

ATENDIMENTO DE PACIENTES DA COMUNIDADE LGBTQIAPN+

No que diz respeito ao atendimento de usuários da comunidade LGBTQIAPN+ é vital o reconhecimento e respeito à sua identidade civil. Em conformidade com a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que estabelece os direitos e deveres dos usuários da saúde (Carta dos 29 Direitos dos Usuários da Saúde), é imprescindível que na admissão do usuário LGBTQIAPN+ o mesmo deve ser identificado pelo nome e sobrenome civil, e que em todos os documentos, além de haver um campo específico para registro do nome social.

Esta portaria assegura expressamente o uso do nome social por travestis e transexuais nos serviços de saúde, independentemente do registro civil. O respeito ao nome de preferência é uma garantia, proibindo qualquer identificação por número, código de doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

Ao adotar essas diretrizes, o Hospital se compromete com um atendimento que não apenas trata de questões médicas, mas também reconhece a identidade e dignidade de cada indivíduo, promovendo um ambiente de acolhimento, respeito e atendimento humanizado. Essa abordagem é um passo significativo rumo a um cuidado de saúde mais inclusivo e humano para todos.

Por isso, reforçamos nosso compromisso no atendimento e direito desses pacientes e ressaltamos que é expressamente proibido qualquer ato discriminatório, podendo este ser punido na forma da lei:

- Lei nº 2.718, de 23 de dezembro de 2002, que dispõe sobre as penalidades à prática de discriminação em razão de orientação sexual
- Lei nº 10.948/2001, que dá o direito de punição para toda discriminação praticada contra indivíduos homossexuais, bissexuais ou transexuais

ALERTA DE GOLPE

Os Hospitais administrados pelo Instituto Social Mais Saúde destinam-se exclusivamente ao atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), não sendo permitido **nenhum tipo de cobrança** por nenhum tipo de serviço.

Caso haja alguma solicitação de cobrança **DENUNCIE** imediatamente ao Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU).

REFEIÇÕES

Terão direito à alimentação os acompanhantes dos pacientes protegidos pela lei* que garante o fornecimento das três principais refeições (maiores de 60 anos e menores de 18 anos). Aos demais, fica a critério do Serviço Social avaliar individualmente a liberação de refeição,

considerando condição social, existência ou não de rede de apoio na capital e condições clínicas do paciente (impossibilidade de ficar sozinho no leito).

HORÁRIO DAS REFEIÇÕES

A alimentação dos pacientes internados segue a orientação do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital administrado pelo Instituto Social Mais Saúde, sendo:

- Acompanhantes de pacientes recebem três refeições por dia;
- O almoço e jantar para acompanhantes que têm direito a refeição serão servidos no mesmo horário do paciente, no quarto e conforme o cardápio do hospital.
- Café da manhã: 6h às 9h;
- Almoço: 11h às 13h;
- Lanche: 15h às 16h;
- Jantar: 18h às 19h
- Ceia: 21h às 22h.

Os alimentos **não devem** ser guardados para consumo posterior. As refeições podem permanecer por 01 hora no quarto, sendo recolhidas após este período.

Não é permitido usar as dependências da copa para preparo ou aquecimento de alimentos.

*Estatuto do idoso (Lei nº 10.741/2003), Portaria Nº 280, de 7 de abril de 1999 e Estatuto da criança e do adolescente - ECA (Lei nº 8069/1990).

ENXOVAL PARA ACOMPANHANTES

O enxoval deverá ser solicitado no ato da internação e a sua troca é realizada diariamente.

Entendemos que o enxoval pode ser um item importante para o cuidado do paciente, mas, de acordo com as políticas de saúde do SUS e as diretrizes do Hospital, é importante que o enxoval seja utilizado exclusivamente dentro do ambiente hospitalar. Isso é necessário para garantir que os materiais utilizados estejam devidamente higienizados e prontos para o uso em outras situações de atendimento.

Retirar esses materiais pode comprometer o controle da higiene e a continuidade do atendimento.

O enxoval hospitalar é cuidadosamente higienizado e preparado para o uso no hospital. Ao ser retirado do ambiente hospitalar, podemos não garantir que ele mantenha o nível de higiene adequado, o que pode ser importante para evitar a propagação de infecções ou complicações.

Se houver qualquer dúvida ou se precisar de mais informações sobre a nossa política de enxovais ou cuidados durante sua internação, por favor procure a equipe do SAU à para esclarecimentos.

TRANSFERÊNCIA INTERNA

Se houver necessidade do paciente ser transferido para UTI, os seus pertences e do acompanhante devem ser retirados do apartamento onde estava internado, para que a equipe médica possa liberar o leito para outro usuário que necessitar. Ao receber alta da UTI, o paciente terá à disposição um novo leito.

ALTA HOSPITALAR

O paciente de alta deverá obrigatoriamente deixar seu leito, onde será retirada a pulseira de identificação do paciente e entregue a autorização de saída, dentro do prazo de 02 (duas) horas, exceto nos casos em que depender de auxílio do serviço social.

O profissional da equipe de enfermagem acompanhará o paciente até a recepção principal.

Na alta de recém-nascidos, será conferida a identificação do bebê com a identificação da mãe.

No informe de alta, deverão constar os seguintes dados:

- Nome do usuário;
- Data de Nascimento;
- Nome da mãe;
- Nome do Hospital/Estabelecimento de Saúde;
- Localização do Hospital (endereço, município, estado);
- Motivo da internação (CID-10);
- Data de admissão e data da alta;
- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;
- Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;
- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";
- Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

- Arquivar ou indexar o informe hospitalar no prontuário do usuário, observando-se as exceções previstas em lei.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO (SAU) E OUVIDORIA

O Serviço Atendimento ao Usuário é responsável por protocolar as satisfações, reclamações e sugestões dos pacientes, através dos registros de atendimento e realização das pesquisas de satisfação. Todas as manifestações poderão ser feitas através de e-mail ou por formulário espalhado pelo Hospital.

A Ouvidoria também é responsável por protocolar as satisfações, reclamações e sugestões dos pacientes, porém é um serviço do Estado. Todas as manifestações poderão ser feitas através de telefone, e-mail e formulário online.

SEGURANÇA DO PACIENTE

Os pacientes, familiares e acompanhantes também podem ajudar a garantir a segurança da assistência ao longo da internação hospitalar. Veja algumas dicas importantes:

Meta 1 – Identificar corretamente o paciente

Sempre verificar se o nome completo do paciente, data de nascimento e nome completo da mãe estão corretos antes de qualquer procedimento. Se você notar algo diferente, avise a equipe de saúde.

Meta 2 – Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde

Faça perguntas sobre seu tratamento, medicação ou qualquer informação que você não entenda. É essencial que você esteja totalmente informado sobre o plano de cuidado.

Meta 3 – Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos

Sempre informe aos profissionais de saúde sobre todos os medicamentos que você está tomando, incluindo prescrições, remédios sem receita médica e suplemento, para evitar reações adversas.

Meta 4 – Assegurar cirurgia em local de operação, procedimento e pacientes corretos

Antes de uma cirurgia, verifique se todas as informações sobre você estão corretas, incluindo nome completo, procedimento a ser realizado e o local no corpo a ser operado. Se houver dúvidas, pergunte aos profissionais de saúde.

Meta 5 – Higienizar as mãos para evitar infecções

Incentive os profissionais de saúde a lavarem as mãos antes e após o contato com você. Não hesite em lembrá-los e faça o mesmo: lave as mãos.

Meta 6 – Reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão

Pergunte aos profissionais da saúde as principais orientações sobre como você pode contribuir para evitar risco de queda e/ou lesão por pressão.

SOLICITAÇÃO DE PRONTUÁRIO

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é o responsável pelo arquivamento e rastreabilidade dos prontuários e fichas ambulatoriais.

O próprio paciente ou seu representante legal (através de procuração), deve se direcionar para o setor de agendamento de consultas e preencher formulário específico de solicitação de prontuário e aguardar o prazo de 15 dias úteis para retornar ao hospital e receber a cópia do documento.



www.institutomaissaude.org.br

Atualizado em janeiro/2025

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

Eu, _____ declaro que recebi, nesta data, o Manual de Orientação ao Paciente e Acompanhante da Unidade Hospitalar, com as orientações necessárias sobre o funcionamento do hospital, e declaro concordar com as informações contidas neste documento.

Nome Completo: _____

Paciente: _____

Responsável legal: _____

R.G: _____

Data: ____ / ____ / ____

Instruções e Controle de Risco para Visitas aos Usuários

Finalidade

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitas aos pacientes internados e de seus respectivos acompanhantes.

Âmbito De Aplicação

Todos os colaboradores, pacientes, acompanhantes, religiosos (Pastoral), visitantes e principalmente aos setores de enfermagem, Serviço Social, serviço de recepção e as portarias do hospital.

Fundamentação Legal

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998. Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social.
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.
- Política Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência – 7.853/89 e Decreto 3.298/99
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso).
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde: 2006.

Para a visita ocorrer sem transtorno e não comprometer as medidas de controle de infecção hospitalar, além das normas específicas da unidade hospitalar e da SES, observar adicionalmente:

A equipe de saúde da unidade hospitalar deverá:

- Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade hospitalar, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem a unidade hospitalar.
- Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está visitando e a não entrar em contato com outros pacientes internados
- Esclarecer as dúvidas

O Visitante Deverá:

- Contribuir para manter a higiene e a ordem do local.
- Contribuir para manter a harmonia e 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.
- Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes.
- Obedecer ao tempo estipulado para visita.

- Visitas religiosas deverão observar as Normas Internas da Instituição elaboradas pela CCIRAS.

1.1.2. Fluxos para registro de documentos de usuários e administração

O registro dos pacientes no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é realizado dentro dos módulos do Sistema Operacional adotado, sendo utilizado pelas unidades para registrar todos os processos de entrada do paciente, exames, internação e alta de pacientes, visando garantir sua identificação permanente de todo seu histórico na unidade com um único prontuário.

Para um melhor entendimento, os fluxos para registros de pacientes podem ser divididos em três macro áreas:

- Fluxos Principais
- Fluxos Auxiliares
- Fluxos Administrativos

Fluxos Principais - Atendimento e Internação

A. Atendimento de urgência e emergência

Objetivo: registrar o atendimento de pacientes, focado no atendimento imediato à pacientes externos, sem risco de perda da vida (urgência) ou com risco de perda da vida (emergência).

Descrição: fluxo inicia – se quando existir a procura ou referência de um paciente que necessita de atendimento emergencial, onde terá uma equipe assistencial para promover sua assistência imediata e acompanhamento durante 24 horas, e, quando necessário, promover o internamento.

B. Internações de emergência no próprio hospital

Objetivo: dar continuidade na assistência realizada na emergência do hospital conforme a necessidade do quadro/diagnóstico do paciente.

Descrição: fluxo inicia - se a partir do registro da internação e AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e o médico constrói o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

C. Internações de referência externa (central de regulação)

Objetivo: confirmar com a referência a agenda dos possíveis usuários a serem internados. Quando o usuário chega na unidade verificar a AIH de encaminhamento, documento com foto e Cartão Nacional de Saúde (CNS) para realização do registro e, em seguida, efetuar a internação para promoção da assistência.

Descrição: o fluxo inicia - se com o registro da internação e AIH (Autorização de Internação Hospitalar) própria e o médico construirá o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

D. Internações de Referência e Contra Referência

Objetivo: articular relações necessárias para a continuidade do cuidado.

Descrição: fluxo inicia – se ao confirmar a unidade a ser referência, conforme disponibilidade da rede, realizar o contato, informando a necessidade do paciente e verificando a disponibilidade de transferência. Logo em seguida, providenciar a documentação e transporte para a realização. Realizar a confirmação da chegada do paciente/internação de paciente para o local que foi transferido, fazendo o registro para evidenciar a continuidade da assistência.

E. Alta do paciente

Objetivo: entregar o paciente à sociedade para continuar as suas atividades no meio profissional, social e familiar, com o devido restabelecimento da sua saúde.

Descrição: No momento da admissão já é desenhada a alta do paciente, quando se define a programação e previsão de dias de internação e os profissionais que irão acompanhar o mesmo, possibilitando assim a existência da alta assistida por todos os profissionais que atuaram no seu tratamento.

Fluxos Auxiliares - Recepção entrada

A. Pesquisa e cadastramento de pacientes

Objetivo: localizar ou cadastrar um determinado paciente através de seu documento de identificação com foto e seu Cartão Nacional de Saúde (CNS) e, caso o paciente não se encontre cadastrado na base de dados, cadastrar esse paciente.

Definição: este fluxo inicia-se no momento em que o paciente será atendido na unidade, quando é necessária a localização ou realização do cadastro para registro na unidade.

B. Solicitações de internações

Objetivo: realizar a gestão de leito e disponibilidade de vaga.

Definição: realizar censo diário, permitindo a verificação de leitos disponíveis conforme perfil da Unidade.

C. Transferência de leito (interna)

Objetivo: alterar a informação de alocação de leito de um paciente, ou seja, tirar o paciente de um leito e interná-lo em outro.

Definição: Este fluxo se inicia sempre que é necessário transferir um paciente de um leito para outro, conforme sua necessidade de assistência, tendo como base o plano terapêutico desenhado e acompanhado para o paciente. O procedimento padrão nestes casos é transferir o paciente para clínica, conforme sua necessidade.

D. Definição da Assistência Prestada

Objetivo: Desospitalização segura e com qualidade.

Descrição: Na admissão do paciente, o médico constrói o seu plano terapêutico com definição de dias previstos para sua internação e quais profissionais (equipe multidisciplinar) que acompanharão e definirão o projeto terapêutico individualizado, tendo encontros chamados “visita multidisciplinar”, cujo foco é a confirmação da alta na previsão do médico e possíveis atuações de forma preventiva para existir a alta assistida.

E. Gestão da Informação/Registro

Objetivo: segurança das informações

Descrição: padronização das atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenamento e distribuição destas informações, estabelecendo assim, meios de comunicação interna e externa.

Fluxos Administrativos

A. Serviço de Prontuário do Paciente – SPP

Objetivo: realizar a composição de todos os registros que envolve a internação ou atendimento ambulatorial do paciente nas Unidades

Descrição: realizar a conferência de toda documentação definida como padrão pela Comissão de Revisão de Prontuário e providenciar arquivamento e guarda dos mesmos conforme preconizado em Lei.

Todos os prontuários dos pacientes recebidos pelo Faturamento deverão estar com a documentação em ordem. Só serão recebidos no SAME, os prontuários já faturados e listado com nomes e número de prontuário para conferência no ato do recebimento. O SAME utilizará o

sistema de arquivamento com base na definição da diretoria local, (podendo ser ordenação por cor, numérica ou alfabética).

O Prontuário do paciente é o documento legítimo e individual, contendo dados e informações pessoais, bem como informações sobre a assistência prestada durante o seu período na Unidade. Informações que abrangem tratamento clínico, resultados de exames, situação de internação, linha de cuidado, descrição cirúrgica, resultados e conclusões. É um instrumento dinâmico que uma vez iniciado permanece aberto por tempo indeterminado, atendendo sempre que o paciente recorrer à instituição. Com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado ao paciente admitido nas Unidades, o prontuário acompanha o paciente em todo o processo do atendimento. Para atender a RDC 36 temos como premissa a definição de três marcadores de identificação, sendo eles: nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe, essa informação é definida como padrão para todos os documentos que compõe o prontuário.

O prontuário deve ser composto de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), Plano Terapêutico Médico, Projeto Terapêutico da Equipe Multiprofissional, Acompanhamento da Visita Multiprofissional, Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem, Escalas e Controles de Enfermagem, Evolução Médica, Evolução da Enfermagem, Evolução Multiprofissional, Exames e Laudos.

As informações contidas no prontuário pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente do hospital. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:

- Constituição Federal, artigo 5º, inciso X;
- Código Penal, artigos 153, 154, 325 e 269;
- Resolução CFM (Conselho Federal de Medicina) nº 1.821/07;
- Lei de Acesso a Informação nº 12.527/2011.

A Comissão de Revisão de Prontuário é responsável por auditar os prontuários verificando a sua composição e o nível de conformidade do preenchimento das documentações atuando sempre com a educação permanente.

Destaca – se que somente o paciente ou seu representante legal poderá solicitar cópia através de documento escrito. Esta solicitação deverá ser declarada em formulário próprio, fornecida pelo SAME.

“cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovado o vínculo, conforme Recomendação 03/2014 do Conselho Federal de Medicina”.

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

A Gestão de Documentos foi definida na LEI Nº 8.159, DE 8 DE JANEIRO DE 1991, que dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados. Considera-se que a gestão de documentos o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes à sua produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente.

A aplicação desta técnica permite que a Instituição utilize a documentação de maneira correta e passe a controlar o seu acervo documental. Desta forma a Instituição soluciona os problemas decorrentes da falta de um programa de gestão, como: perda, duplicidade e extravio de documentos, falta de espaço, dificuldade no acesso e na localização da informação, controle manual de fluxo, e falta de padrão para elaboração e tratamento de documentos.

Na gestão documental considera-se, também, o cidadão, tem o direito à informação, conforme legislação vigente. Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, contidas em documentos de arquivos, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujos sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado, bem como à inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas.

A Instituição não deve se organizar apenas por necessidade própria, mas também para atender as demandas do Governo Federal e os anseios da sociedade.

É dever do Poder Público a gestão documental e a de proteção especial a documentos de arquivos, como instrumento de apoio à administração, à cultura, ao desenvolvimento científico e como elementos de prova e informação, também é exposta a necessidade de proteção do acervo documental, referindo-se à conservação dos documentos e a preservação da informação.

A preservação também faz parte do projeto de gestão, buscando a conscientização do usuário no manuseio do documento, dando a devida importância ao que é sua ferramenta de trabalho.

As sanções penais podem ser vistas no Decreto-Lei nº2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal/Dos crimes contra o patrimônio. A informação em tempo hábil e correta é um grande instrumento de trabalho para a Instituição, que deve mantê-la atualizada e disponível.

Abaixo descrevemos objetivamente como o **Instituto Social Mais Saúde** promoverá a rotina de documentos de usuários e institucionais:

Objetivo: Garantir o atendimento ao usuário, tendo informação e orientação necessária para o atendimento, e que a documentação pertinente de cada processo seja entregue imediatamente.

Responsabilidade: Setores Administrativos mediante estrutura diretiva da unidade.

Para documentos de Origem Externa, inicia-se o processo como registro na Assessoria de Diretoria.

A Assessoria de Diretoria será o setor responsável pelo registro de todos os documentos externos que chegarem ao hospital que encaminhará ao setor ou destinatário informado no documento.

A entrega do documento será devidamente registrada por meio de protocolo no REGISTRO DE PROTOCOLO DE DOCUMENTOS EXTERNOS constando os seguintes dados: data recebimento, destinatário, remetente, data de entrega assinatura do recebedor.

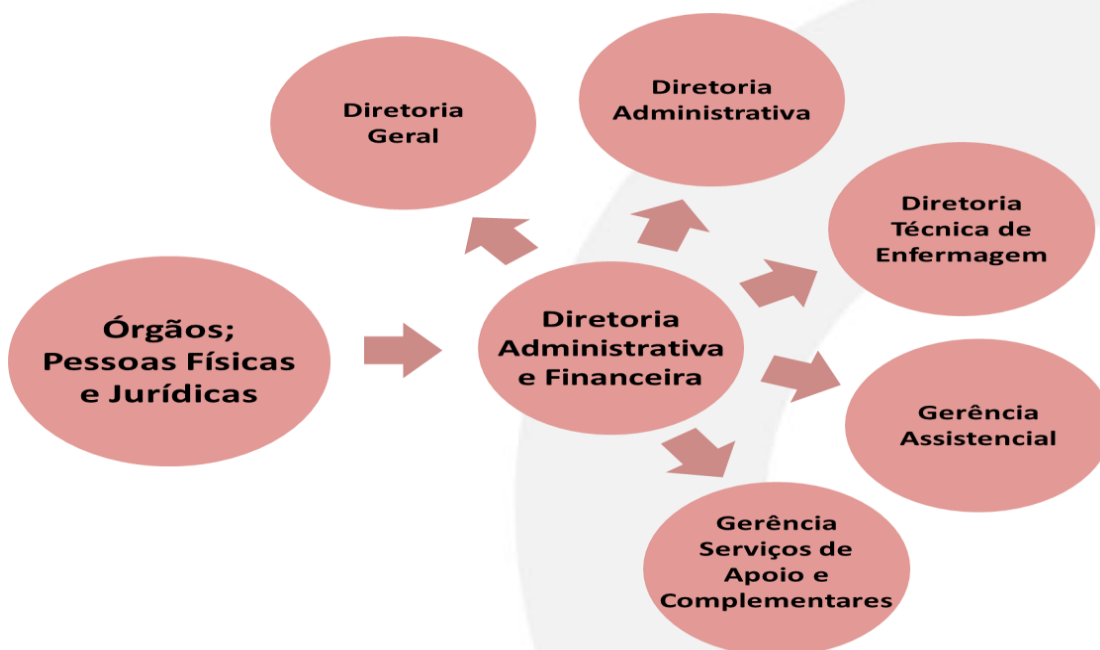
Para Documentos de Origem Interna, devem ser entregues ao setor/destinatário com o devido registro no Registro de Protocolo de Documentos Internos.

Os dados que devem constar neste protocolo devem ser os mesmos do Registro de Protocolo de Documentos Externos.

Importante ressaltar que, referente aos documentos que se referem ao paciente, o Código de Ética Médica prevê o sigilo das informações e documentos pertinentes ao paciente, com referência aos procedimentos realizados enquanto usuários da Instituição de Saúde.

Estes documentos confidenciais retro mencionados serão mantidos nos prontuários dos pacientes e estarão disponíveis para consultas, somente para pessoal autorizado, durante a estadia do paciente na instituição.

Fluxo De Entrada De Documentos Nas Unidades



O Arquivo Central da unidade possui como atribuições:

- I. Recebimento de documentos para Arquivamento pelo Sistema Gerenciador de Documentos e Processos.
- II. Arquivamento virtual e físico.
- III. Desarquivamento virtual e físico.
- IV. Empréstimo e consultas.

Elabora-se como tratamento técnico, proveniente internamente ou externamente, na realização triagem (tratar ou descartar), higienização se necessário, indexação, aplicação plano de classificação (classificar), avaliação, aplicação tabela de temporalidade, endereçamento e arranjo.

O inventário de todos os documentos se faz necessários pois, garante o atendimento da demanda ao usuário interno e externo de forma ágil e com exatidão. A metodologia que será utilizada para o funcionamento do Arquivo Central é definida em três tópicos: documentos com e sem digital (etiqueta de código de barras) e processo.

Ao tratar de documentos com digital, descreve-se:

- Tramitar a digital para o Arquivo Central.
- Entregar documentos diretamente no Arquivo Central.
- Aguardar recebimento.

- No caso de grandes volumes, será confirmado o recebimento após a conferência de todas as digitais.
- No ato do recebimento serão conferidas as informações cadastradas e imagens (atualizadas).

Ao tratar de documentos sem digital, descreve-se:

- Preencher a Guia de Arquivamento e cadastrar a guia no sistema.
- Organizar documentação física conforme sequencial descrito na Guia.
- Preencher espelho e identificar a caixa ou pasta.
- Entregar diretamente no Arquivo Central.
- Aguardar recebimento no sistema da digital da Guia e a conferência do conteúdo.
- No caso de grandes volumes, será confirmado o recebimento após a conferência de toda a documentação.

Ao tratar de processos descreve-se:

- No arquivamento de processo deverá ser analisado documentos com digital, os mesmos deverão ser tramitados para o Arquivo Central e informado no comentário da digital o número do processo.
- O processo arquivado via sistema, deverá ser tramitado para o Arquivo Central.
- O processo que não estiver cadastrado no sistema, será arquivado por meio da Guia de Arquivamento.
- Entregar o processo diretamente no Arquivo Central.
- Aguardar recebimento.

No caso de grandes volumes, será confirmado o recebimento após a conferência de todos os números de protocolo. No ato do recebimento serão conferidas as informações cadastradas.

Diante o processo do arquivamento, descreve-se que, o arquivamento é a guarda dos documentos no local estabelecido, de acordo com a classificação dada. Nesta etapa toda a atenção é necessária, pois um documento arquivado erroneamente poderá ficar perdido quando solicitado posteriormente.

As operações para arquivamento são as seguintes:

- Se o documento não estiver classificado, atribuir um código conforme o assunto.
- Ordenar os documentos na ordem sequencial indicada no Código de Classificação.

- Arquivar as pastas suspensas na sequência dos códigos atribuídos.
- Arquivar o anexo do documento, quando volumoso, em caixa ou pasta apropriada, identificando externamente o seu conteúdo e registrando a sua localização no documento que o encaminhou.
- A classificação e o arquivamento de documentos baseados no assunto/conteúdo facilitam a recuperação do contexto original da informação e agiliza a etapa de avaliação para eliminação, transferência ou recolhimento.

Quando houver necessidade de desarquivamento, descreve-se: A solicitação de Desarquivamento deverá ser realizada por meio de formulário impresso ou por e-mail até a finalização do Sistema de Arquivo.

Com relação a Tabela de Temporalidade de Documentos define-se como o registro esquemático do ciclo de vida dos documentos, determinando os prazos de guarda no arquivo corrente ou setorial, sua transferência para o arquivo intermediário ou geral, a eliminação ou recolhimento para a Divisão de Documentação Intermediária ou Divisão de Documentação Permanente do Arquivo.

Trata-se de um instrumento da gestão documental e passível de alterações na medida em que a produção de documentos se altera, devido a mudanças sociais, administrativas e jurídicas. A legislação relativa ao tempo de guarda da documentação da área da saúde deve ser o principal instrumento regulador.

A Tabela de temporalidade de Documentos deve ser utilizada no momento de classificação e avaliação da documentação. Proceder da seguinte forma:

- Verificar se os documentos estão classificados de acordo com os assuntos do Código de Classificação de Documentos.
- O prazo de arquivamento deve se contar a partir do primeiro dia útil do exercício seguinte ao da produção do documento
- Eliminar as cópias e vias, quando o documento original estiver no conjunto documental.
- Proceder ao registro dos documentos a serem eliminados.
- Elaborar listagem dos documentos destinados à transferência para o Arquivo Geral, ou para a Divisão de Documentação Intermediária.

O tempo de guarda dos documentos está relacionado ao seu ciclo de vida.

- **Fase Corrente:** Aos arquivos setoriais interessa ter acesso aos documentos que estão sujeitos a consulta diariamente. O prazo de arquivamento não deve exceder a

cinco anos, incorrendo no risco de acumular documentos desnecessários ao uso corrente e dificultar o acesso.

- **Fase Intermediária:** A documentação que cumpriu sua função imediata, mas contém informações de caráter probatório, poderá ser transferida para o Arquivo Geral da Secretaria da Saúde ou para a Divisão de Documentação Intermediária do Arquivo Público, onde somente funcionários autorizados poderão ter acesso.
- **Fase Permanente:** O terceiro estágio prevê o recolhimento da que tem informações sobre o desempenho de sua função junto à sociedade. Esta produção documental de valor permanente receberá um tratamento arquivístico que contempla sua conservação, arranjo e descrição para estar disponível à pesquisa.

Para realizar a avaliação documental, considera-se na avaliação o valor primário e secundário dos documentos:

- **Valor primário:** refere-se ao valor do documento para atender aos fins pelo qual foi produzido, sejam esses fins de caráter administrativo, legal ou fiscal. Os documentos apenas com valor primário podem ser eliminados após o cumprimento do prazo de arquivamento estabelecido na Tabela de Temporalidade.
- **Valor secundário:** refere-se ao valor do documento para atender outros fins que não são, necessariamente, aqueles pelos quais foi criado. Os documentos com valor secundário apresentam interesse cultural, científico, tecnológico ou histórico. Devem ser preservados em caráter permanente, mesmo já tendo cumprido suas finalidades primeiras.

A eliminação de documentos é definida após análise do responsável pelo serviço de arquivo que julga o valor primário e secundário dos documentos seguindo os critérios indicados neste Manual e os prazos de arquivamento.

Segundo a Resolução Federal nº 7, de 20/05/1997, definida pelo CONARQ – Conselho Nacional de Arquivos, o registro dos documentos a serem eliminados deverá ser efetuado por meio dos seguintes instrumentos, que são de guarda permanente:

- **Listagem de Eliminação de Documentos:** Tem por objetivo registrar informações pertinentes aos documentos a serem eliminados.
- **Editais de Ciência de Eliminação de Documentos:** Tem por objetivo tornar público, em periódicos oficiais, o ato de eliminação dos acervos arquivísticos. O modelo do Edital de Ciência de Eliminação de Documentos, baseia-se na Resolução Federal nº 5, de 30/09/1996, definida pelo CONARQ, que dispõe sobre o assunto e dá outras providências.

- Termo de Eliminação de Documentos: Tem por objetivo registrar as informações relativas ao ato de eliminação.

A transferência de documentos do arquivo corrente ou setorial para o arquivo intermediário do órgão e deste para a Divisão de Documentação Intermediária do Arquivo Público é atividade fundamental para racionalizar o uso do espaço físico das áreas administrativas, mantendo nos arquivos setoriais a documentação de valor primário.

As transferências deverão seguir aos prazos de arquivamento prescritos na Tabela de Temporalidade de Documentos, bem como elaborar a Relação de Transferência, instrumento inicial para pesquisa e recuperação da informação.

Por fim, o recolhimento dos documentos que possuem valor secundário, após cumprirem os prazos de arquivamento nos setores e arquivos intermediários deverão ser recolhidos à Divisão de Documentação Permanente do Arquivo Público, seguindo os procedimentos previstos em legislação.

Manual para Elaboração de Documentos Institucionais

I. OBJETIVO

Estabelecer e padronizar regras para elaboração, revisão, controle, distribuição/divulgação, arquivo e hierarquia dos documentos do Instituto Social Mais Saúde de modo a sustentar a padronização, rastreabilidade dos documentos, registro das informações necessárias para a execução dos serviços, assegurar a devida revisão, aprovação e descarte dos documentos obsoletos.

II. ABRANGÊNCIA

Este Manual aplica-se na Sede Administrativa, unidades gerenciadas e operacionalizadas, empregados, prestadores de serviços, fornecedores e demais públicos de interesse do ISMS.

III. DEFINIÇÕES E SIGLAS

- **ISMS** – Instituto Social Mais Saúde;
- **NQSP** – Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
- **CAD** – Conselho de Administração;

IV. PROCEDIMENTO

1. Hierarquia Documental

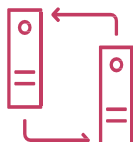
A hierarquia documental é a estrutura que define como os documentos são classificados, armazenados e acessados. É um elemento fundamental na gestão de documentos, e pode ser

aplicada em sistemas de captura, sistemas de segurança digital e na Gestão de Documentos da Qualidade.



NÍVEL01-ESTRATÉGICO

Políticas Institucionais, Código de Ética, Regulamentos e Regimento Interno.



NÍVEL02-TÁTICO

Manuais, Protocolos Clínicos, Protocolos de Segurança, Programa, Projetos, Mapa de Processos, Matriz de Riscos, Regimentos de Conselho de Classe e Regimento Interno de Comissões.



NÍVEL03-OPERACIONAL

Instruções de Trabalho, Fluxograma e Algoritmo.



NÍVEL 04 – CONTROLES E MONITORAMENTO

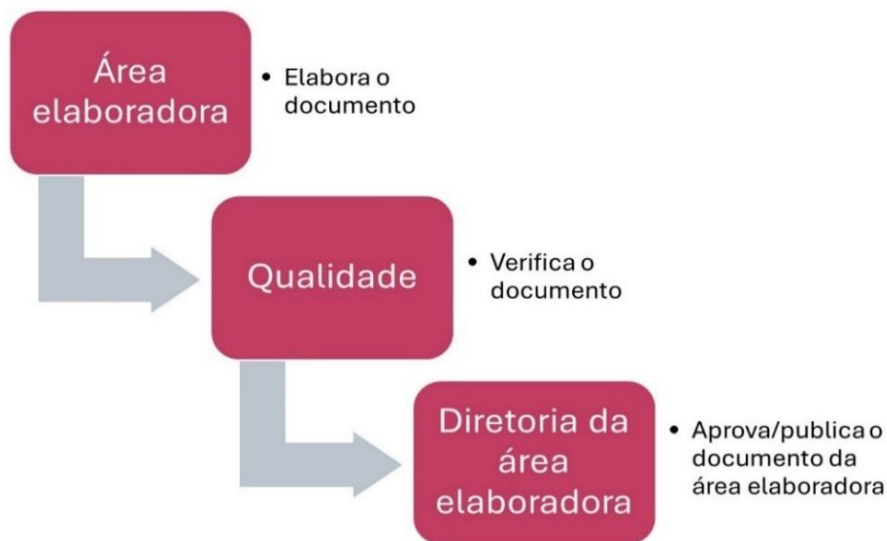
Formulários, Planilhas, Tabelas, Documentos externos.

Pirâmide Hierárquica Documental



2. Fluxo de Gestão de documentos

- A descrição dos documentos deverá obedecer aos critérios de cada modelo de documento e seguir a padronização determinada sendo submetido posteriormente ao processo de validação e aprovação, para ser disponibilizado às áreas envolvidas.



Nota: Se o documento for “Política”, a aprovação se dará pelo Conselho da Administração.

2.1 Elaborador

- Elaborar os documentos da área sob sua responsabilidade, tais como procedimentos/rotinas, protocolos, entre outros e enviá-los ao Núcleo de Qualidade, para avaliar a padronização e catalogação do documento no SGQ;
- Atualizar os documentos quando houver necessidade de alteração no conteúdo ou no prazo final de sua vigência;
- Submeter a análise do Gestor;

2.2 Verificação e Aprovação dos documentos

Aprovação: Diretoria/Gerência (Sede e Unidades de Saúde)

- Aprovar os documentos descritos conforme hierarquia definida.
- Assinatura e Publicação: Qualidade
- Codificar, encaminhar os documentos impressos (somente frente) para assinatura conforme metodologia de aprovação;
- Controlar em planilha própria a revisão dos documentos institucionais do ISMS;
- Publicar no sistema informatizado o documento digitalizado com assinaturas em arquivo PDF.
- Elaborador, revisor, aprovador:
- Assinar a primeira página e visar todas as páginas dos documentos encaminhados pela Qualidade conforme *Item 7 - Metodologia de Aprovação*.

3. Disponibilização de documentos, impressão e utilização de pastas físicas

- Informar a publicação aos interessados por e-mail corporativo;
- Nota 01: As impressões desses documentos são restritas à Qualidade.

Nota 02: Aos colaboradores que não possuem acesso a computador, o responsável da área deve solicitar a disponibilização de cópias impressas em pasta física à Qualidade, que providenciará os documentos impressos como “cópias controladas” identificado com marca d’água. É de responsabilidade dos setores solicitantes a guarda da pasta e integridade dos documentos nela contidos.

4. Disseminação dos documentos publicados

Lideranças

- É de responsabilidade de todas as lideranças de equipe multiprofissional o conhecimento, comprometimento e garantir o cumprimento desse documento, orientando seus colaboradores quanto às exigências descritas no presente;
- É de responsabilidade da Equipe Multiprofissional conhecer e cumprir os procedimentos descritos neste documento;
- Proceder conforme programação de divulgação e disseminação de rotinas de Treinamento e Desenvolvimento estabelecido como padrão.

5. Exclusão / Obsolescência dos documentos

- Elaborador
- Solicitar por e-mail a Qualidade exclusão dos documentos, informando título do documento, código e justificativa da exclusão.
- Qualidade
- Submeter a solicitação para deliberação das áreas envolvidas, identificar se outros documentos têm correlação com o documento à ser excluído para as devidas adequações;
- Realizar a inativação, alterar status do documento para excluído no sistema informatizado e comunicar as áreas envolvidas;
- Arquivar em meio eletrônico as versões obsoletas dos documentos por um tempo mínimo de 05 anos;
- Arquivar as versões físicas obsoletas por um tempo mínimo de 02 anos, após esse período os documentos serão fragmentados e descartados.

6. Documentos Externos

O ISMS autoriza o uso de documentos externos quando:

- Documentos emitidos por empresas terceirizadas;
- Documentos emitidos pelos órgãos governamentais que seguem layout e padrão próprio, não havendo interferências ou adaptação por este manual.

O documento externo deverá ser identificado (codificado) e controlado pela Qualidade.

7. Metodologia de Aprovação

Os documentos propostos seguem o ciclo abaixo para aprovação nas etapas elaboração, análise, aprovação:

DOCUMENTO	ELABORAÇÃO		VERIFICAÇÃO		APROVAÇÃO
Política	Diretores gerentes corporativos	ou	Gerente Qualidade	da	Conselho Administrativo (CAD) / Diretoria Estatutária
Manual Organizacional	Diretores gerentes corporativos	ou	Gerente Qualidade	da	Conselho Administrativo (CAD) / Diretoria Estatutária
Projetos	Profissional designado responsável área	ou da	Gerente Supervisor Qualidade	ou da	Diretoria/ Gerência da Área Proponente
Programas	Profissional designado responsável área	ou da	Gerente Supervisor Qualidade	ou da	Diretoria/ Gerência da Área Proponente
Regimento Interno	Profissional representante Comissão Comitê	da ou	Gerente Supervisor Qualidade	ou da	Diretoria/ Gerência da Área Proponente (não poderia ser o presidente da Comissão?)
Protocolo de Segurança	Profissional designado		Gerente Supervisor Qualidade e membro do NSP	ou da e	Diretoria / Gerência da Área Proponente

DOCUMENTO	ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	APROVAÇÃO
Protocolo Clínico	Médico Profissional designado	ou Gerente Supervisor Qualidade membro do NSP	ou Diretoria Técnica/ Gerência da Área Proponente
Manual Técnico / Institucional	Profissional designado	Gerente Supervisor Qualidade Analista da Qualidade	ou Diretoria/ Gerência da Área Proponente
Instrução de Trabalho	Profissional designado	Gerente Supervisor Qualidade; Analista Qualidade	ou Diretoria/ Gerência da Área Proponente
Fluxos/Algoritmos	Profissional designado	Gerente Supervisor Qualidade; Analista Qualidade	ou Diretoria/ Gerência da Área Proponente
Formulários	Profissional designado	Gerente Supervisor Qualidade; Analista Qualidade	ou Diretoria/ Gerência da Área Proponente

Nota 03 : Todo documento que for elaborado pela Sede Corporativa deverá ser aprovado somente pela Diretoria da área proponente.

8. Estrutura de documentos

Os documentos deverão ser estruturados de acordo com a padronização estabelecida para cada tipo de documento, contemplando os itens obrigatórios.

Quando um item obrigatório não se aplicar ao documento, utilizar a frase “Não se aplica”.

Todos os documentos devem ser descritos no tempo verbal infinitivo sempre que indicarem ação/tarefa.

Os documentos devem ser revisados no prazo máximo de 24 meses e inferior conforme legislação própria, necessidade da área ou tipo de documento.

8.1. Tipos de Documentos

8.1.1. Documentos de 1º Nível (Estratégico)

Políticas (PO)

Documento que expressa as diretrizes gerais que expressam os parâmetros dentro dos quais as ações da instituição e de seus integrantes devem se desenvolver no cumprimento da missão para o alcance da visão. Devem ser coerentes com a ética e com os valores institucionais. (Manual ONA, 2022)

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário
- Objetivo;
- Abrangência;
- Descrição
- Documentos relacionados;
- Histórico de Revisão
- Elaboração e Aprovações.

Manual Organizacional (MO)

Documento que apresenta as áreas e a estrutura organizacional da ISMS, seus objetivos, modelo operacional, conjuntos de normas e políticas para o devido funcionamento do sistema de trabalho.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário;
- Objetivo;
- Introdução;
- Modelo Organizacional;
- Responsabilidade;
- Estrutura;
- Atribuições;
- Organograma/Funcionograma;
- Histórico de Revisão;

- Elaboração e Aprovações.

8.1. 2. Documentos de 2º Nível (Tático)

Projetos (PRJ)

Um processo único, consistindo de um grupo de atividades coordenadas e controladas com datas para início e término, empreendido para alcance de um objetivo conforme requisitos específicos, incluindo limitações de tempo, custo e recursos.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 12 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário;
- Objetivo
- Definições e Siglas;
- Abrangência;
- Critérios;
- Cronograma;
- Indicadores;
- Considerações Gerais;
- Referências;
- Histórico de Revisão;
- Elaboração e Aprovações.

Se necessário (SN):

- Anexos

Programas (PR)

Documento que permite projeções mais detalhadas do escopo e deve conter estratégia, a dinâmica e a metodologia para execução das atividades clínicas e administrativas estabelecidas pela Instituição com o objetivo de planejar, operacionalizar, verificar e propor melhorias.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 12 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário

- Objetivo;
- Definições e Siglas;
- Abrangência;
- Critérios;
- Cronograma;
- Considerações Gerais;
- Referências;
- Histórico de Revisão.
- Elaboração e Aprovações.

Se necessário (SN):

- Anexos

Regimento Interno (RI)

Documento que regulamenta o funcionamento, as atribuições, competências das comissões, comitês, áreas e categorias profissionais.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 12 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário
- CAPÍTULO I - Objetivo;
- CAPÍTULO II - Cargos e Composição;
- CAPÍTULO III – Organização, Estrutura e Funcionamento;
- CAPÍTULO IV – Gerenciamento, Competências e Atribuições;
- CAPÍTULO V – Considerações Gerais;
- CAPÍTULO VI - Referências;
- CAPÍTULO VII - Histórico de Revisão;
- CAPÍTULO VIII - Elaboração e Aprovações.

Se necessário (SN):

- Anexos.

Protocolo de Segurança (PS)

Os Protocolos de Segurança tem a missão de fornecer procedimentos básicos e evitar eventos adversos, que interferem nos cuidados da segurança do paciente.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário
- Objetivo;
- Definições e Siglas;
- Abrangência;
- Documentos Envolvidos;
- Procedimentos;
- Indicador(es) de Processo;
- Indicador(es) de Resultado;
- Considerações Gerais;
- Referências;
- Histórico de Revisão;
- Elaboração e Aprovações.

Se necessário (SN):

- Anexos;
- Fluxos/Algoritmos;
- Ficha Técnica de Indicador.

Protocolo Clínico (PC)

Documento que determina a conduta clínica baseada em evidências e práticas de consenso, assegurando um atendimento qualificado ao paciente.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses.

Itens obrigatórios:

- Sumário;
- Objetivo;

- Definições e Siglas;
- Abrangência;
- Etiologia
- Critérios de Elegibilidade;
- Marcadores;
- Documentos Envolvidos;
- Procedimentos;
- Indicador(es) de Processo;
- Indicador(es) de Resultado;
- Considerações Gerais;
- Referências;
- Histórico de Revisão.

Se necessário (SN):

- Anexos;
- Fluxos/Algoritmos.
- Ficha Técnica de Indicador.

8.1.3. Documentos de 3º Nível (Operacional)

Manual de Procedimentos (MP)

Documento que apresenta um conjunto de procedimentos / atividades e orientações envolvidas para o devido funcionamento de uma área ou grupo específico de profissionais.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses

Itens obrigatórios:

- Sumário;
- Objetivo;
- Definições e Siglas;
- Abrangência;
- Procedimentos;

- Considerações Gerais;
- Referências;
- Histórico de Revisão.

Se necessário (SN):

- Anexos.

Nota 12: O **Siglário (MSG)** está contemplado na categoria Manual Técnico. Este documento contém o conjunto de siglas / abreviações padronizadas na instituição, permitidas para uso no prontuário e documentos internos.

Instrução de Trabalho (IT)

Documento orientador, que consiste na descrição detalhadas atividades de um processo.

Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses

Itens obrigatórios:

- Sumário;
- Objetivo;
- Executantes;
- Formulários Necessários;
- Materiais e Equipamentos;
- Descrição do Procedimento;
- Observações;
- Referências;
- Histórico de Revisão;
- Elaboração e Aprovações.

Se necessário (SN):

- ✓ Anexos

Fluxos (FL)

Documento com representação gráfica que demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo ou de uma rotina de trabalho.

Os símbolos e cores utilizados na construção do fluxograma são:

Conectores “Inicial e Final” e referência na página



FORMAS DE FLUXOGRAMA BÁSICO UTILIZADOS E SUAS SIMBOLOGIAS :



Nota: Este documento possui prazo de validade de 24 meses

Todo Fluxo deve estar atrelado a uma IT ou Manual. Mas toda IT não é obrigatório ter Fluxo.

Formulários (FO)

Documento modelo com lacunas a serem preenchidas pelo interessado e/ou responsável para formalizar um processo ou atividade, fazer solicitações, prestar declarações ou outras finalidades. A criação e revisão de formulários deverá seguir procedimento específico quando for:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Deverá ter aprovação do Jurídico e Comissão de Prontuários.

Documento de prontuário

Deverá ter a aprovação da Comissão de Prontuários e Gerência/Coordenação de TI quando inserido no sistema.

Prazo de revisão: Indeterminado ou quando necessário.

Nota: O controle de versão dos Formulários deverá ser feito ao lado do código do mesmo.

Exemplo: FO.001 - V1

9. Descrição da Estrutura de Documentos

a. Cabeçalho dos Documentos

Documentos elaborados pela **Sede Administrativa**

Exemplo:

	POLÍTICA INSTITUCIONAL			
	NOME DA POLÍTICA			
	Código: PO.ISMS.NQSP.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026

Documentos elaborados pelos **Hospitais**

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HRAS.XXX.001	Versão: 00	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HGPCS.XXX.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HRBA.XXX.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HRT.XXX.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HRMJ.XXX.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

	TIPO DO DOCUMENTO (Se Política, Protocolo, IT)				
	NOME DO DOCUMENTO				
	Código: XX.HRCGD.XXX.001	Versão: 03	Emissão: Outubro/2024	Próxima Revisão: Outubro/2026	

b. Formatação de documentos

- **Cabeçalho:** Título do documento na fonte Arial tamanho, maiúsculo e negrito. Títulos dos campos na fonte Arial tamanho 8 e os subtítulos na fonte Arial tamanho 10;
- **Corpo do documento:** Fonte Arial tamanho 11 para todos os itens, com negrito para os títulos principais e a primeira letra em maiúsculo;

c. Divisão do corpo do documento – itens e subitens:

- **Item:** Descrever em letras maiúsculas e negrito;

- **Subitem:** Descrever com a primeira letra em maiúscula e negrito. Em caso de se tratar do passo a passo do procedimento, descrever sem negrito;
- **Inciso e Sub inciso:** Descrever com a primeira letra em maiúscula e sem negrito;
- **Outras divisões:** Realizar por marcador (modelo círculo ou check preenchido), sem recuo e sem deslocamento.

Exemplos:

1 - ITEM

1.1 - Subitem

- - Inciso
- - Sub inciso
- Marcador modelo círculo
- Marcador check
 - Margens:
 - Margem superior de 5 cm; Margem inferior de 2 cm;
 - Margem lateral esquerda de 2 cm;
 - Margem lateral direita de 2 cm.
 - Espaçamentos entre linhas: Simples
 - **Parágrafo / Alinhamento:** Todo o texto deve estar sem recuo e justificado.
 - **Tabela:** Utilizar espaçamento de 6 pts entre linhas, alinhado com as margens, fonte Arial 10.
- d. Campo de Assinatura

Nota: Caso o documento seja impresso, o documento deverá ser assinado e carimbado na 1ª página, pelos respectivos responsáveis pela aprovação e as demais páginas deverão ser rubricadas.

Nota: Todo documento será impresso e encaminhado para assinatura dos respectivos responsáveis pela equipe da Qualidade.

A verificação e aprovação se dará eletronicamente pelo sistema Interact.

Uma vez aprovado, esta “capa” substitui as assinaturas e carimbos.

10. Considerações gerais

Com a finalidade de garantir o cumprimento deste documento, a revisão e o gerenciamento das práticas padronizadas competem à equipe da Qualidade.

As situações excepcionais não previstas no presente documento serão discutidas e solucionadas pela equipe da Qualidade, bem como as respectivas áreas envolvidas.

11. Referências

- ABNT NBR ISO 9001:2015, Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos. CARPINETTI, L. C. R.; MIGUEL, A. C.; GEROLAMO, M. C. Gestão da Qualidade ISO
- 9001:2008: princípios e requisitos. São Paulo: Atlas, 2011.
- MANUAL BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. SÃO PAULO: Vigência a partir de janeiro de 2022. Versão 2022/2025. ONA, 2022.

12. Histórico de revisão

Revisão	Data	Descrição do item
01	Julho/2022	Criação do documento.
02	Setembro/2023	Revisão da Norma Zero para Manual de Gestão de Documentos
03	Outubro/2024	Revisão do Manual e atualização de logos

13. Elaboração, verificação e aprovação

Elaboração	Verificação	Aprovação
Analista da Qualidade Sênior Data: outubro/2024	Gerente da Qualidade Corporativo Data: outubro/2024	Diretor de Operações Data: outubro/2024

1.1.3. Fluxo para materiais esterilizados

Em relação ao serviço de Central de Material Esterilizado, o Instituto Social Mais Saúde tem como proposta, ser responsável, direta ou indiretamente, por todo serviço de Central de Material

Esterilizado, de acordo com normativas da ANVISA, incluindo transporte, insumos, equipamentos e agentes esterilizantes, garantindo o pleno funcionamento e realização de procedimentos compatíveis com o escopo da unidade.

Será implementada toda a logística para operacionalização do processo de esterilização de materiais necessários para a execução dos serviços descritos neste projeto, contemplando as responsabilidades de:

- Coletar, lavar/limpar e processar os materiais;
- Assegurar estoque de materiais esterilizados de acordo com a demanda do serviço;
- Instituir rotina para manter os materiais esterilizados em estoque, dentro do prazo de validade da esterilização;
- Distribuir os materiais esterilizados para as unidades solicitantes, por Kits e/ou de acordo com análise de consumo médio, otimizando a gestão dos materiais.
- Realizar o controle de inventário dos materiais e equipamentos esterilizados.

O fluxo a ser implantado na central de material esterilizado será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento de artigos médico-hospitalares sujos com os limpos, contemplando todas as etapas do processo. O acesso de pessoas ficará restrito apenas aos profissionais que ali trabalham, ou para aqueles que recebam autorização para entrar no setor.

Os profissionais que trabalham na área suja não irão transitar pela área limpa e vice-versa.

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar — CCIRAS apoiará na definição e implantação dos fluxos, normas e rotinas da CME, bem como avaliações sistemáticas dos processos, assegurando a efetividade do serviço e mitigação do risco de infecção Hospitalar.

As rotinas e normas do Serviço de Esterilização irão abordar, dentre outras:

- Recebimento e conferências dos materiais;
- Limpeza e desinfecção de materiais;
- Limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais;
- Monitoramento dos indicadores químicos e biológicos de cada carga após processo de esterilização;
- Conferência dos impressos de controle dos ciclos da autoclave e indicadores biológicos.

Os materiais/artigos serão classificados de acordo com o risco potencial de contaminação, dividindo-se em:

- Artigos Críticos: são aqueles que entram em contato direto com tecidos estéreis ou com o sistema vascular e que penetram em órgãos e tecidos, bem como todos aqueles que possuem alto risco de causar infecção.
- Artigos Semicríticos: são aqueles que entram em contato com mucosa e pele não íntegra dos pacientes ou com mucosas íntegras e exigem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização. Nesse caso, o risco potencial de transmissão de infecção é intermediário, porque as membranas apresentam resistência à entrada de esporos. Alguns deles necessitam de desinfecção de alto nível e outros de desinfecção de nível intermediário (material/artigo para assistência ventilatória, espéculo otológico, circuitos etc.).
- Artigos não Críticos: são aqueles que entram em contato com pele íntegra e superfícies e apresentam risco de transmissão de infecção baixo. Os materiais/artigos que com presença de matéria orgânica passarão pelo processo de desinfecção de nível baixo, e os que apresentarem ausência de matéria orgânica passarão apenas pelo processo de limpeza.

As áreas da CME e respectivas atividades estarão divididas conforme a descrição abaixo, sendo essa estrutura, responsável por assegurar o fluxo unidirecional e contínuo citado anteriormente.

Área de lavagem e descontaminação:

- Receber, conferir e registrar o quantitativo e tipos de materiais recebidos;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Realizar a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo.

Área de preparo de materiais:

- Revisar e fazer a seleção dos materiais, analisando as suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar e/ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;
- Encaminhar os materiais para a esterilização devidamente identificados.

Área de esterilização:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instruções do fabricante e procedimentos internos;
- Observar os cuidados com o carregamento e descarregamento das autoclaves;

- Realizar o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

Área de armazenamento e distribuição:

- Estocar adequadamente o material esterilizado;
- Realizar a distribuição do material nas unidades;
- Registrar todas as saídas de materiais.

Fluxograma Unidirecional para Materiais Esterilizados



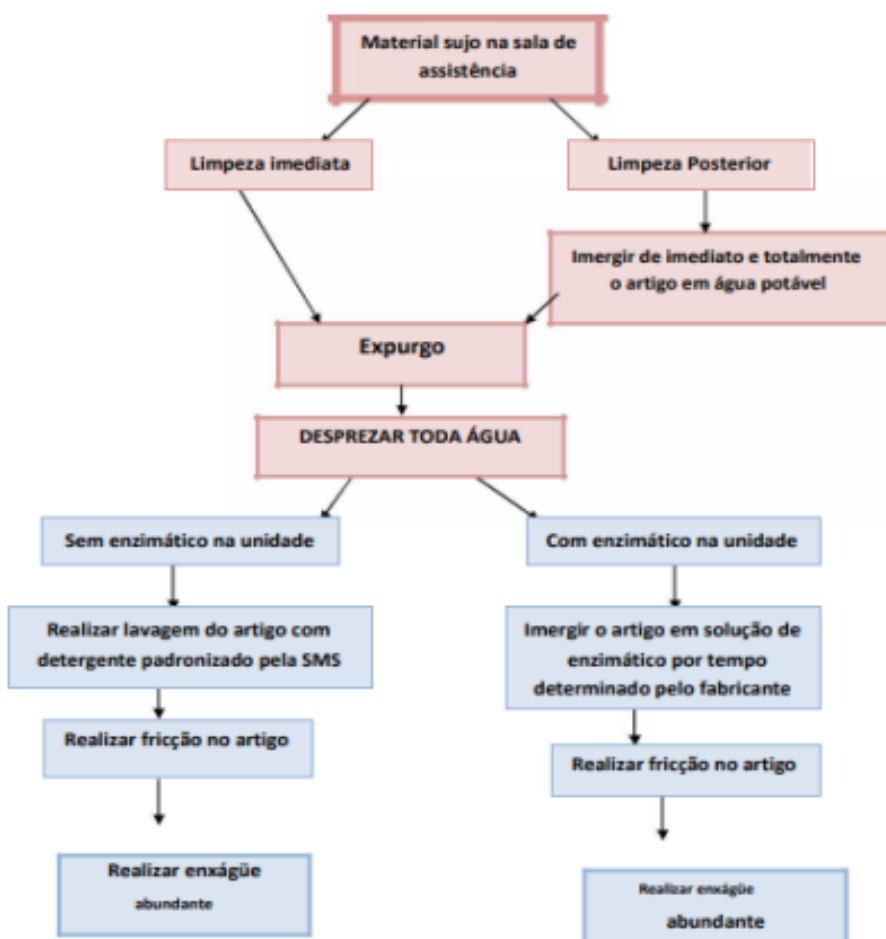
Processos Desenvolvidos para a Limpeza:

A limpeza consiste na remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, mediante o uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático em artigos e superfícies.

Se um artigo não for adequadamente limpo, isto dificultará os processos de desinfecção e de esterilização. As limpezas automatizadas, realizadas através das “lavadoras termodesinfetadoras” que utilizam jatos de água quente e fria, realizando enxágue e drenagem automatizada, a maioria, com o auxílio dos detergentes enzimáticos, possui a vantagem de garantir um padrão de limpeza e enxague dos artigos processados em série, diminuem a exposição dos profissionais aos riscos ocupacionais de origem biológica, que podem ser decorrentes dos acidentes com materiais perfuro- cortantes.

As lavadoras ultrassônicas, que removem as sujidades das superfícies dos artigos pelo processo de cavitação, são outro tipo de lavadora para complementar a limpeza dos artigos com lumens.

FLUXO DO PROCESSO DE LIMPEZA



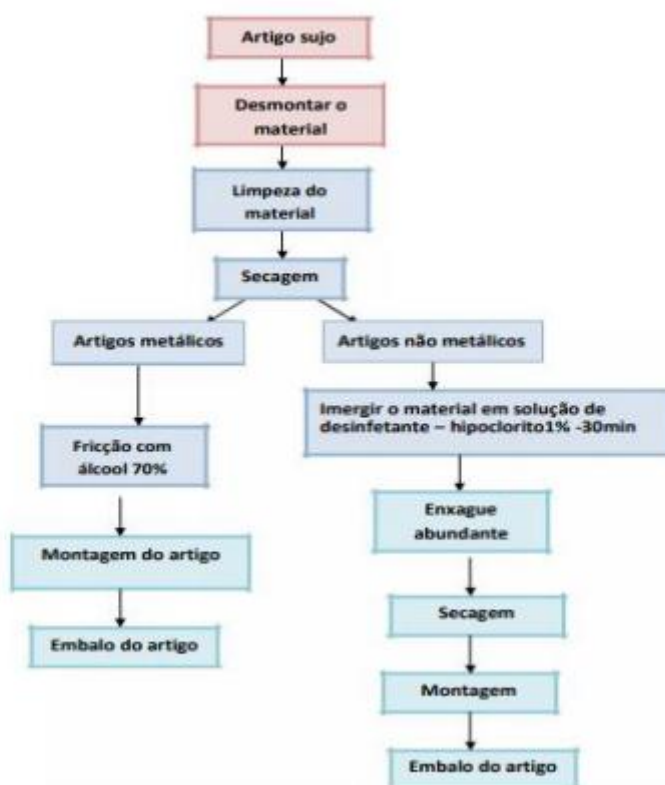
Processos Desenvolvidos na Desinfecção:

A desinfecção é o processo de eliminação e destruição de micro-organismos, patogênicos ou não em sua forma vegetativa, que estejam presentes nos artigos e objetos inanimados, mediante

a aplicação de agentes físicos ou químicos, chamados de desinfetantes ou germicidas, capazes de destruir esses agentes em um intervalo de tempo operacional de 10 a 30 min.

Alguns princípios químicos ativos desinfetantes têm ação esporicida, porém o tempo de contato preconizado para a desinfecção não garante a eliminação de todos os esporos. São usados os seguintes princípios ativos permitidos como desinfetantes pelo Ministério da Saúde: aldeídos, compostos fenólicos, ácido peracético.

FLUXO PARA DESINFECÇÃO



PROCESSOS DESENVOLVIDOS NO PREPARO DOS MATERIAIS:

As embalagens utilizadas para o acondicionamento dos materiais determinam sua vida útil, mantêm o conteúdo estéril após o reprocessamento, garantindo a integridade do material.

Processos Desenvolvidos na Esterilização:

É o processo de destruição de todos os micro-organismos, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. Um artigo é considerado estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos micro-organismos que o contaminavam é menor do que 1:1.000.000.

Nos estabelecimentos de saúde, os métodos de esterilização disponíveis para processamento de artigos no seu dia a dia são o calor, sob a forma úmida e seca, e os agentes químicos sob a forma líquida, gasosa e plasma.

Métodos Desenvolvidos Para Processos Físicos:

- Calor Seco:

Este processo realizado pelo calor seco é realizado em estufas elétricas. De acordo com Moura (1990), “a estufa, da forma como é utilizada nas instituições brasileiras, não se mostra confiável, uma vez que, em seu interior, encontram-se temperaturas diferentes das registradas no termômetro.

O centro da câmara apresenta “pontos frios”, nos quais a autora constatou, por meio de testes biológicos, a presença de formas esporuladas. Dessa maneira, é necessário manter espaço suficiente entre os artigos e, no caso do processamento de instrumental cirúrgico, no máximo, em torno de 30 peças.

Contudo, a SOBECC (Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico recomenda abolir o uso da esterilização por calor seco.” (Práticas Recomendadas- SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 4ª edição – 2007, pág. 78).

- Vapor saturado sob pressão:

Este processo está relacionado com o mecanismo de calor latente e o contato direto com o vapor, promovendo a coagulação das proteínas. Realizando uma troca de calor entre o meio e o objeto a ser esterilizado.

Existe uma constante busca por modelos de autoclaves que permitam a máxima remoção do ar, com câmaras de auto vácuo, totalmente automatizadas. Entretanto, esses equipamentos sofisticados necessitam de profissionais qualificados, pois estes são, e continuarão sendo, o fator de maior importância na segurança do processo de esterilização.

Quadro 1: Temperatura e tempo de exposição correspondente a esterilização por vapor saturado sob pressão (São Paulo, 2024).

Tipo de Equipamento	Temperatura	Tempo de exposição*
Gravitacional	132°C a 135°C	10 a 15 minutos
	121°C a 123°C	15 a 30 minutos
Pré-vácuo	132°C a 135°C	3 a 4 minutos

Fonte: AORN, 2002 *Tempo de exposição começa a ser contado quando é atingida a temperatura de esterilização citada.

- Autoclave Pré-Vácuo:

Por meio da bomba de vácuo contida no equipamento, podendo ter um, três ou cinco ciclos pulsáteis, o ar é removido dos pacotes e da câmara interna, permitindo uma dispersão e penetração uniforme e mais rápida do vapor em todos os pacotes que contém a respectiva carga.

Após a esterilização, a bomba a vácuo faz a sucção do vapor e da umidade interna da carga, tornando a secagem mais rápida e completando o ciclo. Os materiais submetidos à esterilização a vapor são liberados após checklist feito pelo auxiliar de enfermagem da área.

PROCESSOS QUÍMICOS E FÍSICO- QUÍMICOS:

Esterilizantes químicos cujos princípios ativos são autorizados pela Portaria nº. 930/92 do Ministério da Saúde são: aldeídos, ácido peracético e outros, desde que atendam a legislação específica. O Peróxido de hidrogênio (na forma gás plasma) e o óxido de etileno são processos físico-químicos gasosos automatizados em baixa temperatura.

A validação é o procedimento documentado para a obtenção de registro e interpretação de resultados desejados para o estabelecimento de um processo, que deve consistentemente fornecer produtos, cumprindo especificações predeterminadas. A validação da esterilização precisa confirmar que a letalidade do ciclo seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevivência microbiana não superior a 10°.

Para controles do processo de esterilização, descrevemos:

- Testes Químicos:

Os testes químicos podem indicar uma falha em potencial no processo de esterilização por meio da mudança de sua coloração. Teste Bowie e Dick são realizados diariamente no primeiro ciclo de esterilização em autoclave fria, auto vácuo, com câmara fria e vazia.

- Testes Biológicos:

Os testes biológicos são os únicos que consideram todos os parâmetros de esterilização. A esterilização monitorada por indicadores biológicos utilizam monitores e parâmetros críticos, tais como temperatura, pressão e tempo de exposição e, cuja leitura é realizada em incubadora com método de fluorescência, obtendo resultado para liberação dos testes em três horas, trazendo maior segurança na liberação dos materiais. Os produtos são liberados quando os indicadores revelarem resultados negativos.

Limpeza e Organização da CME:

A CME deverá estar limpa e organizada para execução de todas as etapas do processamento de artigos. As superfícies limpas e desinfetadas conseguem reduzir em 90% o número de micro-organismos.

As paredes, pisos e teto ocupam um papel secundário na transmissão de infecções desde que não sejam tocados pelas mãos ou objetos que entrarão em contato com o organismo humano.

Quem realiza: Auxiliar /técnico de enfermagem

Responsável: Enfermeiro

Recomendações:

- A CME deve ser usada apenas para processamento de artigos médico-hospitalares;
- Na CME deve ficar apenas materiais e insumos deste setor;
- Não estocar neste local, insumos utilizados pela CME ou pela unidade;
- Não estocar instrumentais novos e/ou danificados na CME;
- Evitar caixa de papelão no setor, utilizar caixas plásticas;
- Não são permitidos: plantas, enfeites e papéis pregados na parede;
- Realizar limpeza concorrente diariamente;
- Realizar limpeza terminal pelo menos 01 vez por semana;
- Não deixar os materiais, depois de feita a limpeza, expostos ao ar livre e/ou molhados;
- Não deixar matérias de molho, sem limpeza; • Manter a CME organizada ao final de cada período de trabalho.

Critérios de Troca dos Artigos:

Os artigos após múltiplos usos sofrem alterações em sua integridade, funcionalidade e durabilidade e ainda estão sujeitos a formação de biofilme. Por isso é necessária a avaliação periódica dos artigos para possível troca.

Quem realiza: Auxiliar /técnico de enfermagem

Responsável: Enfermeiro

Indicação: Todos os ciclos da autoclave

Fatores que danificam os instrumentais:

- Deixar que o sangue seque nos instrumentos;
- Imergir os instrumentais na água por um período prolongado;
- Imergir os instrumentais em solução salina;
- Deixar os instrumentais imersos em solução de detergente por muito tempo;

- Uso impróprio dos instrumentais;
- Uso de solução imprópria;
- Permitir que a água seque nos instrumentais após o processo de limpeza.

Critérios de troca dos instrumentais:

- Presença de pontos de corrosão;
- Instrumental não íntegro;
- Funcionalidade comprometida;
- Sujidade incrustada de difícil remoção

Rotinas - técnicas de limpeza e desinfecção ou esterilização para nebulizadores (máscara, cachimbo, extensão e traqueia):

- Realizar limpeza e desinfecção após cada uso;
- Colocar o EPI;
- Desconectar todas as peças, imergir em água e detergente e realizar fricção com esponja;
- Enxaguar as peças rigorosamente interna e externamente;
- Deixar escorrer sobre um pano limpo, completar a secagem manualmente;
- Imergir todas as peças em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos em recipiente opaco e tampar;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar as peças do recipiente e enxaguá-la individualmente e rigorosamente em água corrente, para eliminar totalmente o resíduo do hipoclorito;
- Secar com a toalha ou pano limpo e seco;
- Guardar as peças montadas em recipiente tampado.

Almotolias:

- A limpeza e desinfecção deve ser realizada após o término da solução e/ou no máximo a cada 07 dias.
- Colocar o EPI;
- Esvaziar as almotolias;

- Lavar externamente, incluindo a tampa, com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- Usar o mesmo processo internamente utilizando a escova de mamadeira;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar as almotolias e tampas para escorrer sobre a toalha ou pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir as almotolias em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.

Observação:

- A quantidade de solução colocada nas almotolias deve ser suficiente apenas para uso diário ou semanal.
- Nunca reabastecer as almotolias sem limpeza e desinfecção prévia.
- Umidificadores de oxigênio:
- Colocar o EPI;
- Esvaziar os umidificadores;
- Lavar externamente com solução de água e detergente usando a esponja de limpeza;
- Usar o mesmo processo internamente utilizando escova apropriada;
- Enxaguar abundantemente por dentro e por fora em água corrente;
- Colocar para escorrer sobre o pano limpo e seco, até secarem completamente;
- Imergir em solução de hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar o material da solução de hipoclorito, enxaguar rigorosamente em água corrente e deixar escorrer sobre pano limpo e seco.

Observação: Não colocar no hipoclorito objetos metálicos, pois este é corrosivo ao metal, realizar fricção de álcool 70° por 30 segundos.

Cabos e lâminas de laringoscópio:

- Colocar EPI;
- Retirar a lâmpada da lâmina e friccionar álcool 70% por 30 segundos;
- Lavar a lâmina do laringoscópio com água e detergente neutro esfregando com a esponja (não deixar de molho);
- Enxaguar abundantemente em água corrente;
- Secar a lâmina com toalha ou pano limpo;
- Friccionar álcool a 70% na lâmina por 30 segundos;
- Limpar o cabo do laringoscópio com pano umedecido em solução de água e detergente neutro;
- Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;
- Montar o laringoscópio adaptando a lâmpada testando o seu funcionamento;
- Guardar o laringoscópio desmontado e protegido em saco plástico ou recipiente com tampa (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

AMBU (máscara, bolsa ventilatória, bolsa reservatório de O₂, extensão para oxigênio):

- Colar EPI;
- Desmontar o ambu (retirar a máscara e conexões);
- Lavar cada peça com água e detergente;
- Enxaguar em água corrente e secar;
- Imergir a máscara e conexões em solução de hipoclorito a 1% por 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
- Secar cada uma das peças com pano limpo e as bolsas e extensões com ar comprimido;
- Embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

Comadre e papagaio:

- Colar EPI;

- Desprezar conteúdo em vaso sanitário;
- Realizar limpeza com água e detergente;
- Secar com pano limpo e seco;
- Friccionar álcool 70% por 30 segundos por toda superfície;
- Embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

Extensão de silicone:

- Colocar EPI;
- Imergir o material na solução de água detergente.
- Conectar uma das extremidades da extensão no bico da torneira;
- Segurar a outra extremidade da extensão em direção ao fundo do bojo da pia;
- Abrir a torneira, controlando a pressão, deixando a água passar por 1m;
- Passar a esponja umedecida com água e detergente em toda superfície externa da extensão;
- Desconectar a extensão da torneira;
- Injetar 20ml de solução de água e detergente na extensão;
- Elevar a extremidade da extensão permitindo que o detergente passe por toda sua extensão interna;
- Após deixar correr água até retirada da solução de sabão;
- Desconectar a extensão da torneira;
- Enxaguar a superfície externa da extensão com água corrente;
- Imergir as extensões na solução de hipoclorito de sódio a 1%, tampar e deixar 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
- Secar cada uma das peças com pano limpo e ar comprimido;
- Guardar as extensões em recipiente tampado ou embalar em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

- Observação: recomenda-se que o tubo de silicone seja descartável, de uso único, quando realizado procedimento de aspiração.

Cânula de guedel:

- Colocar EPI;
- Imergir o material na solução de água e detergente.
- Esfregar a cânula com uma esponja macia;
- Enxaguá-la em água corrente;
- Secar com toalha;
- Imergir na solução de hipoclorito de sódio a 1%, tampar e deixar 30 minutos;
- Anotar em impresso apropriado o horário de início e fim do processo e nome do responsável;
- Retirar da solução de hipoclorito e enxaguar abundantemente;
- Secar cada uma das peças com pano limpo;
- Guardar a cânula em saco plástico (colocar data, nome do responsável pela desinfecção).

Cabos de equipamentos (eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro, estetoscópio, cardioversor e outros):

- Colocar EPI;
- Desinfetar com álcool a 70% a cada paciente;
- Na presença de matéria orgânica:
- Limpar com pano umedecido em água e detergente.
- Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;

Cabos de equipamentos (eletrocardiograma, monitor cardíaco, oxímetro, estetoscópio, cardioversor e outros):

- Colocar EPI;
- Desinfetar com álcool a 70% a cada paciente;
- Na presença de matéria orgânica:

- Limpar com pano umedecido em água e detergente;
- Remover a solução detergente com pano umedecido em água e secar;
- Friccionar álcool a 70% no cabo por 30 segundos;

Fio guia:

- Colocar EPI;
- Realizar limpeza com água e sabão;
- Secar com pano limpo e seco;
- Empacotar em papel grau cirúrgico;
- Selar;
- Identificar;
- Esterilizar

Campos fenestrados:

- Colocar EPI;
- Verificar se está limpo, sem rasgos ou furos;
- Colocar contra a luz para conferência;
- Dobrar o campo com a fenestra para cima;
- Embalar em papel grau cirúrgico;
- Selar;
- Identificar;
- Esterilizar Espéculos:
- Separar e conferir peça por peça, estado de conservação para detectar se há sujidade, ferrugem, trincas, manchas e outros defeitos;
- Montar os espéculos;
- Preparar espéculo (pode ser empacotado individualmente);
- Embalar em papel grau cirúrgico com o parafuso do espéculo voltado para abertura de selamento do papel grau cirúrgico;
- Selar a embalagem – deixar 3 cm de borda;
- Identificar;

- Esterilizar.

Pinças, tesouras, cubas, ponta de cautério demais artigos que possam ser auto clavados:

- Desmontar materiais articulados;
- Colocar os materiais em recipientes para imersão de água e detergente por no mínimo 15 minutos;
- Colocar os materiais na pia, onde deve ser esfregada com escova de cerdas brancas ou esponja, retirando possíveis resíduos, especial atenção para artigos articulados e ranhuras.
- A fricção deve ser feita embaixo d'água para evitar aerossóis de microrganismos;
- Enxaguar abundantemente em água corrente;
- Colocar para escorrer em local previamente forrados com campos;
- Secar os instrumentais com compressas brancas, verificando possíveis sinais de sujidade e ferrugem;
- Se algum instrumental estiver sujo, voltar para ser lavado manualmente na pia, se inadequado (defeitos ou ferrugem) separar e comunicar enfermeiro para reposição;
- Embalar em papel grau cirúrgico;
- Selar;
- Identificar;
- Esterilizar.

Os instrumentais que são usados poucas vezes podem ser acondicionados em pacotes individuais. Destacamos como alguns exemplos - tentacânula, Mc Guill, Pinça de Allis, Kelly, Kocher, tesoura de Íris, tesoura de Metzembaun, boticão etc.

Recursos Humanos:

A equipe de enfermagem que trabalha nesta unidade presta uma assistência indireta ao paciente, tão importante quanto à assistência direta, que é realizada pela equipe de enfermagem que atende ao paciente. O quadro de pessoal de uma CME será composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos, cujas funções estão descritas abaixo:

Enfermeiro Supervisor:

- Atua na coordenação do setor;

- Prever os materiais necessários para prover as unidades consumidoras;
- Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;
- Planejar e fazer anualmente o orçamento do CME com antecedência de 04 a 6 meses
- Elaborar e manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores.
- Desenvolver pesquisas e trabalhos científicos que contribuam para o crescimento e as boas práticas de Enfermagem, participando de tais projetos e colaborando com seu andamento.
- Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem artigos processados pelo CME.
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho do CME.
- Gerenciar o serviço de Enfermagem da unidade;
- Planejar, coordenar e desenvolver rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos artigos;
- Desenvolver processo de avaliação dos serviços prestados ao cliente interno e/ou externo;
- Estabelecer rotinas para a manutenção preventiva dos equipamentos existentes no CME;
- Realizar os testes necessários e emitir pareceres técnicos antes da aquisição de novos artigos e equipamentos;
- Verificar os relatórios de manutenção de artigos e equipamentos e aprová-los mediante as evidências do serviço prestado;
- Controlar o recebimento, o uso e a devolução dos artigos consignados;
- Fazer relatório diário com informações sobre as atividades desenvolvidas e pendentes e outros fatos importantes ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Tomar parte da passagem de plantão;
- Manter atualizado o inventário do instrumental cirúrgico dos artigos e dos equipamentos do CME;
- Participar ativamente dos processos de aquisição de materiais, instrumental cirúrgico e equipamentos.

Técnico de enfermagem:

- Fazer a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com as rotinas da instituição;
- Receber, conferir e preparar os artigos consignados;
- Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de artigos, de acordo com solicitação;
- Preparar os carros para cirurgias;
- Preparar as caixas cirúrgicas;
- Realizar cuidados com artigos endoscópicos em geral;
- Monitorar afetiva e continuamente cada lote ou carga nos processos de esterilização;
- Revisar a listagem de caixas cirúrgicas, bem como proceder à sua reposição;
- Fazer listagem e encaminhamento de artigos e instrumental cirúrgico para conserto.

Auxiliar de Enfermagem:

- Receber e limpar os artigos;
- Receber e preparar roupas limpas;
- Preparar e esterilizar os artigos e instrumentais cirúrgicos;
- Guardar e distribuir todos os artigos esterilizados.

O **fluxo unidirecional** é o princípio que garante que os materiais sigam um caminho **linear e sem cruzamentos** entre sujo, limpo e estéril, **evitando contaminações cruzadas**.

Referências Bibliográficas:

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2012). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de centrais de material e esterilização em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União.
- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. (2017). Práticas Recomendadas - SOBECC. 3.ª ed. SOBECC.
- Ramos, M. L., et al. (2000). Processamento de materiais na central de material e esterilização (CME). Revista Brasileira de Enfermagem, 53(4), 456-461.

1.1.4. Fluxo para processamento de roupas

Fluxo unidirecional para roupas

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

As roupas hospitalares se diferem daquelas utilizadas em outros tipos de instituições ou residências pelo volume e, principalmente, por serem itens que apresentam contaminação com sangue, secreções ou excreções em maior quantidade.

Uma lavanderia hospitalar tem o objetivo de transformar toda a roupa suja ou contaminada utilizada no hospital em roupa limpa. Este processo é extremamente importante para o bom funcionamento do hospital em relação à assistência direta ou indireta prestada ao paciente. O processamento de roupas hospitalares deve ser dirigido de forma que a roupa não se apresente como um veículo de irritação, infecção ou mesmo contaminação aos pacientes e trabalhadores.

Por estar conjecturado com a execução de atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, do usuário e ao meio ambiente, o setor que abrange as empresas de lavanderia hospitalar é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

Os comandos legais pertinentes à lavanderia estão contidos no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco, 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que atualiza o Manual de Lavanderia Hospitalar do Ministério da Saúde (1986), congregando instrumentos normativos elaborados com a finalidade de atender aos seguintes requisitos:

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

O Processamento de Roupas envolverá todas as etapas do processo de higienização das roupas, conforme o padrão estabelecido no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2009).

O processamento das roupas hospitalares no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto será realizada na lavanderia interna do Hospital por empresa terceirizada, o contrato de prestação de serviços contemplará a locação de enxoval.

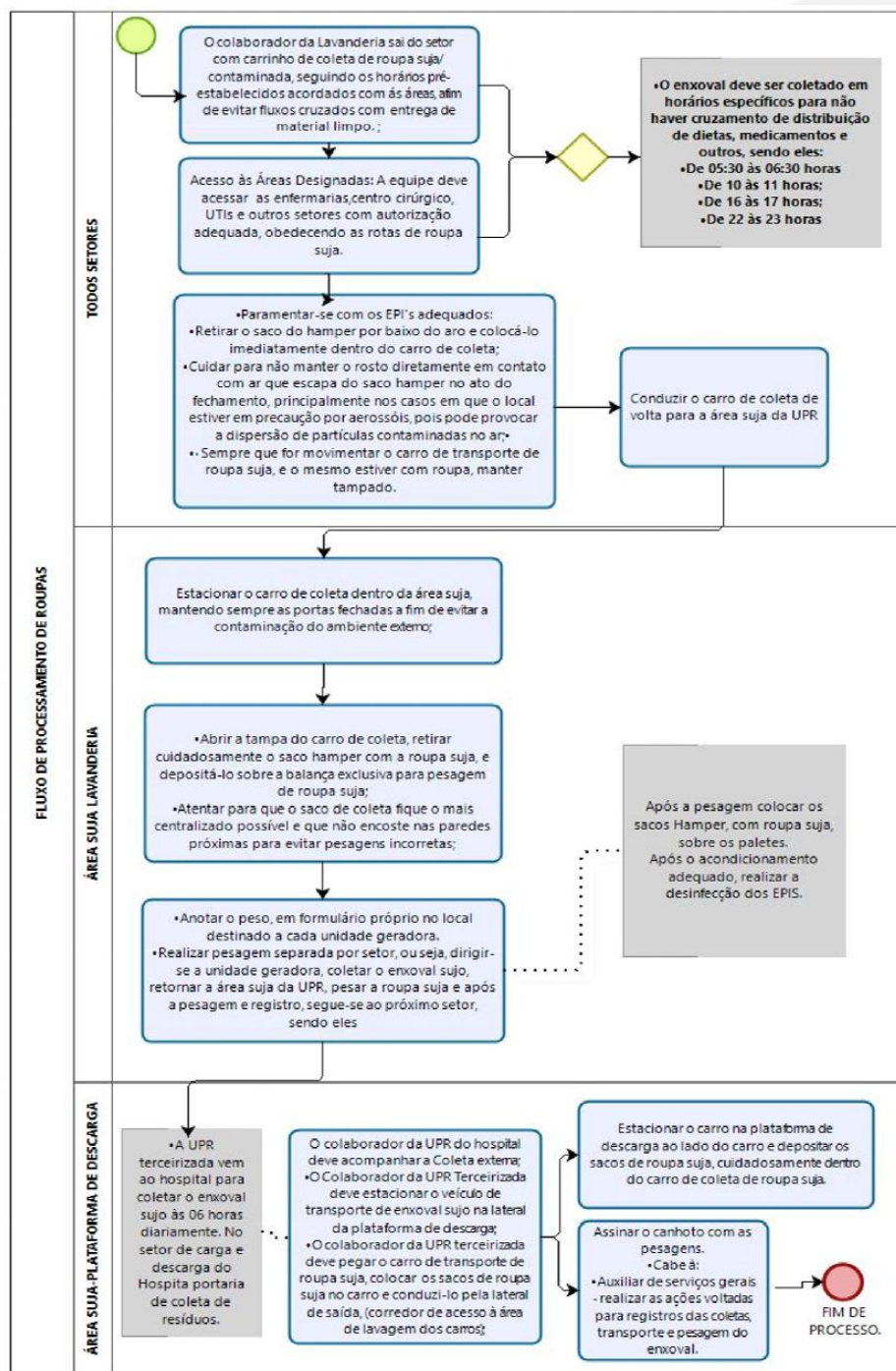
O **Instituto Social Mais Saúde** implantará um fluxo unidirecional para processamento de roupas que abrangerá todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso, quais sejam:

- Retirada da roupa suja na unidade geradora, pesagem e armazenamento na área suja;
- Transporte da roupa suja para as dependências da unidade de processamento interna;
- Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja na lavanderia;
- Processo de lavagem da roupa suja;
- Secagem ou calandragem da roupa limpa;
- Reparos e reaproveitamento de peças danificadas;
- Separação, dobra, embalagem e armazenamento da roupa limpa;
- Distribuição da roupa limpa para as unidades.

O processamento de roupas consiste em todas as atividades de controle, coleta e distribuição de enxoval que deverão ser desenvolvidas em regime de plantão, em 7 (sete) dias da semana, inclusive nos finais de semana e feriados, em horários a serem estabelecidos, de modo a garantir a continuidade da assistência.

O fluxo a ser implantado, será unidirecional e contínuo, evitando desta forma o cruzamento do enxoval sujo com os enxovais limpos, contemplando todas as etapas do processo.

Fluxo do processamento de roupas de serviços de saúde



Acondicionamento de roupa suja

O enxoval sujo será acondicionado em sacos hampers plásticos ou de tecidos conforme as normas de biossegurança, sob supervisão da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS). Os sacos *hamper* serão identificados por cores e/ ou etiquetas de acordo com a

unidade geradora, com o objetivo de identificar problemas setoriais com o manejo das roupas e providenciar a devolução de objetos, quando encontrados.

Coleta de Roupa Suja

A coleta de roupas sujas será realizada no setor de expurgo das unidades ou em locais predeterminados, por profissionais do Serviço de Processamento de Roupas devidamente treinados, uniformizados e equipados com os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), conforme determina o Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da ANVISA (2009).

A periodicidade de coleta da roupa suja é de no mínimo 2 (duas) vezes ao dia, em horários padronizados, sendo acrescentadas coletas conforme necessidade dos setores e unidades.

Os carrinhos de coleta de roupas sujas são do tipo contêiner com tampa, laváveis, com dreno para eliminação de líquidos e devidamente identificados.

Transporte de Roupa Suja

O transporte da roupa suja será realizado por meio da “rota de roupa suja”, garantindo que em hipótese alguma haja cruzamento entre roupa limpa e roupa suja.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do HOSPITAL deve ser exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

Pesagem da Roupa Suja

A pesagem da roupa suja será realizada após cada coleta de roupa e o registro de pesagem realizado por setor, informando o número de sacos recolhidos, os respectivos pesos, assim como o peso total da roupa retirada no dia, em kg, e a anotação das ocorrências, se houver.

A pesagem será realizada em balança digital com marca de verificação do Inmetro, conforme legislação vigente,

Recebimento, pesagem, separação e classificação da roupa suja

O recebimento e o acondicionamento da roupa suja na lavanderia devem obedecer aos procedimentos constantes no Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da ANVISA (2009). A roupa suja deverá ser separada seguindo critérios e técnicas estabelecidos de acordo com tipo de tecido, coloração da roupa, tipo de fibra e tipo de sujidade.

Lavagem da roupa suja

Os produtos químicos a serem empregados nos processamentos, suas propriedades e composição química serão comprovadas através das FISPQ's, Fichas Técnicas juntamente com a comprovação de registro dos produtos na ANVISA.

Importante destacar que todo o processo de higienização do enxoval será previamente aprovado pela CCIRAS do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto e presente no Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Risco da ANVISA (2009).

Secagem da roupa limpa

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processo de secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas, assim como realizar a inspeção do enxoval, e, caso seja notado sujidade, deverá ser classificado para relave e novo processamento. Após a etapa de secagem, alguns enxovais passam pela calandra e todos seguem para etapa de dobradura e acondicionamento.

Reparos e reaproveitamento de peças danificadas

As peças danificadas ou desgastadas, mas ainda dentro do padrão de aceitabilidade, serão reparadas por costureiras.

Dobra, separação e armazenamento das roupas limpas

As roupas limpas serão dobradas e embaladas em sacos plásticos ou com embalagens que preservem a qualidade e a higiene do enxoval e armazenados em prateleiras ou armários para posterior distribuição as unidades

Os kits de enxoval serão montados de acordo com a padronização das unidades, sendo que o controle diário de distribuição de enxoval será realizado de acordo com o mapa ou censo diário de internação e ocupação dos leitos fornecido pelo serviço de enfermagem.

Distribuição da roupa limpa às unidades

O transporte da roupa limpa será realizado em carro fechado ou, no caso da roupa embalada em sacos plásticos ou em tecido, poderá ser transportada em carros abertos.

As roupas entregues diariamente serão devidamente acondicionadas conforme as normas de biossegurança, sob a supervisão da CCIRAS.

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presentes nas mãos ou nas roupas dos profissionais.

Esterilização das roupas

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, consequentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica devem ser submetidas à esterilização após a sua lavagem. Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos. Roupas que serão submetidas à esterilização não poderão ser submetidos à calandragem ou passadoria a ferro.

Considerações Importantes

- Colocar roupas sujas no hamper usando até 80% da capacidade, possibilitando que o saco seja amarrado para o transporte. Isso evitará a contaminação do ambiente;
- Não deixar roupa suja no chão, colocando-as imediatamente no hamper após o uso;
- Não é necessário acondicionamento diferente para roupas sujas de enfermarias de isolamentos (não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes de isolamento ou de enfermarias comum);
- A manipulação das roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais de pacientes em quimioterapia, deve ser feito com o mínimo de agitação evitando a dispersão dos quimioterápicos no ar, acondicioná-las em hampers, protegidas com lençol não contaminado até o recolhimento pela lavanderia;
- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia, conforme fluxo definido na UNIDADE;
- O funcionário da lavanderia identifica os hampers com o objetivo de coletar dados estatísticos, bem como verificar a quantidade de roupa necessária para aquele setor;
- Roupas com contaminação excessiva de conteúdo que pode vazar, devem ser colocadas em sacos plásticos antes de serem desprezadas nos hampers, para evitar contaminação do ambiente (solicitar sacos brancos leitosos ao SHL);
- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados e regra de troca dos enxovais ou quando necessário;
- A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microrganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais;
- Roupa limpa deverá ser armazenada em local próprio e adequado em cada setor, a fim de evitar contaminação das mesmas;

- O controle das roupas será realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletadas nos setores das Unidades, é necessário registrar adequadamente no sistema a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque e deverá ser consolidado inventário para avaliação da necessidade de reposição dos enxovais.

1.1.5. Fluxo para gerenciamento de resíduos sólidos (grandes geradores)

O gerenciamento dos resíduos hospitalares constitui-se de um conjunto de procedimentos de gestão, planejado e implementado a partir de uma base legal, técnica e científica, com o objetivo de proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro e de forma eficiente, visando à proteção humana, a preservação do meio ambiente, dos recursos naturais e da saúde pública.

As etapas do gerenciamento dos resíduos hospitalares, conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/ANVISA, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico de gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde, são: identificação, segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento e destinação final.

O **Instituto Social Mais Saúde** comprometido com a Legislação Ambiental vigente implantará o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, em até 60 dias após o início das atividades sob sua gestão, após o início das atividades assistenciais, mantendo-se atualizado de acordo com as Normas do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA), do Ministério da Saúde, bem como da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA).

O PGRSS será compatível com as normas federais, estaduais e municipais, estando de acordo com os procedimentos institucionais de Biossegurança, relativos à coleta, transporte e disposição final.

Política de Gerenciamento de Resíduos

A Política para Gerenciamento de Resíduos estabelece o fluxo a ser seguido para os materiais contaminados e de resíduos sólidos corresponde ao deslocamento dos resíduos de saúde que são todos os elementos utilizados, descartados ou resultantes das atividades realizadas nas áreas funcionais das Unidades.

As restrições de fluxo são importantes nas áreas críticas e semicríticas onde os compartimentos apresentam um risco aumentado de disseminação de infecções, porque são locais onde se

realizam atividades de risco ou porque são locais onde se encontram pacientes em atendimento ou internados.

A RDC 222/18 define como geradores de Resíduos de Serviços de Saúde todos os serviços cujas atividades estejam relacionadas com a atenção à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins.

Esta definição não é suficiente na medida em que, para além dos resíduos resultantes da atividade médica, a unidade de saúde também presta outro tipo de serviços como cozinha, administração ou atividades de manutenção das instalações e equipamentos.

Deste modo também produz outros tipos de resíduos, como por exemplo, resíduos verdes, de construção e demolição, elétricos e eletrônicos, de tinteiros e toners, de embalagens, óleos usados.

Classificação dos Resíduos de Serviços de Saúde

A RDC 222/ 18, de 18 de março, classifica os resíduos de serviços de saúde, conforme exposto abaixo:

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

Os resíduos de saúde do Grupo A são resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação. Estes resíduos poderão ser incinerados ou sofrerem outro pré-tratamento eficaz, para que mais tarde possam ser eliminados como resíduos comuns. Os resíduos deste tipo são classificados em Subgrupos:

Subgrupo A1

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

classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Subgrupo A2

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

Subgrupo A3

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

Subgrupo A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.

- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.
- Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos.
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Subgrupo A5

- Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons.
- Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes.

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

GRUPO C - Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

GRUPO D - Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Os resíduos do Grupo D podem ser equiparados a resíduos domiciliares, portanto não são perigosos, por isso não estão sujeitos a tratamentos específicos, são geralmente:

- papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1;
- sobras de alimentos e do preparo de alimentos;

- resto alimentar de refeitório;
- resíduos provenientes das áreas administrativas;
- resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;
- forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado;
- resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.

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

Identificação

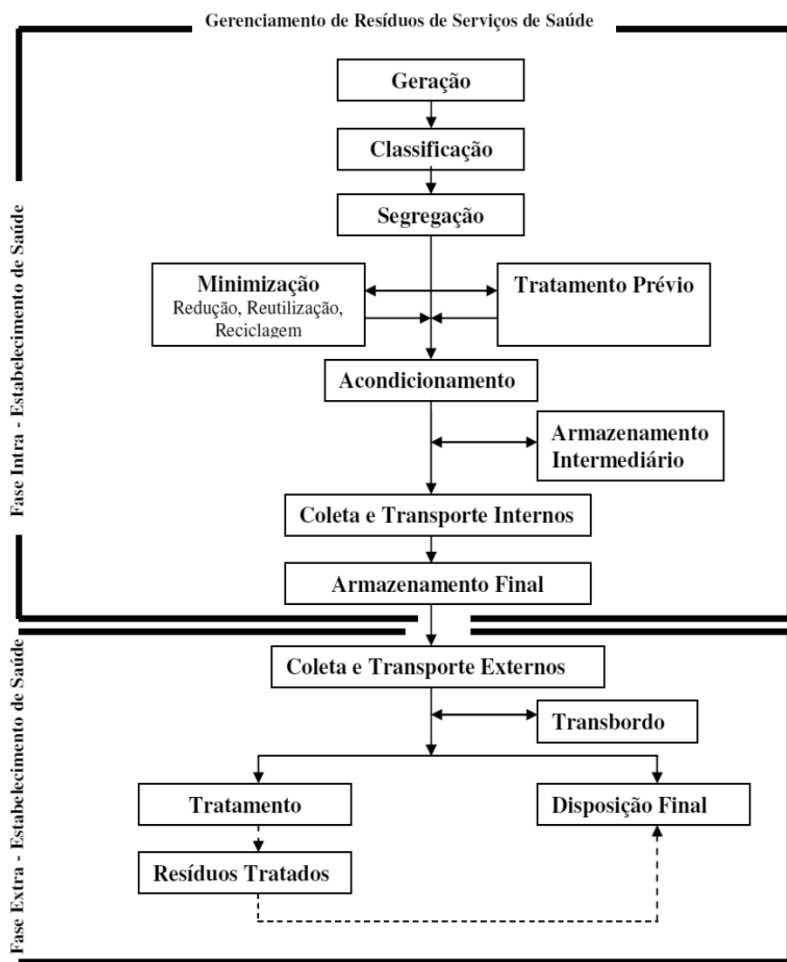
- Conforme a Resolução Anvisa RDC nº 222/2018, a identificação deve ser feita nos locais de acondicionamento, coleta, transporte e armazenamento. Esta identificação deve ser em local de fácil visualização e com simbologia conforme a NBR 7500 da ABNT.
- Simbologia de identificação dos Resíduos de Serviços de Saúde



Manejo de Resíduos de Saúde

O manejo dos resíduos produzidos no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, será direcionado por um conjunto de ações voltadas ao gerenciamento dos resíduos produzidos e irá focar os aspectos intra e extra estabelecimento, incluindo desde a geração até a disposição final, conforme as etapas descritas:

Fluxograma unidirecional de resíduos de serviços de saúde



Segregação

- A segregação é uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema eficiente de manuseio de resíduos e consiste em separar ou selecionar apropriadamente os resíduos segundo a classificação adotada. Essa operação deve ser realizada na fonte de geração e está condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço.
- Um bom gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde deve ter como princípio a segregação na fonte, o que resulta na redução do volume de resíduos com potencial de risco e na incidência de acidentes ocupacionais. O ideal é que tal operação seja pensada como um processo contínuo. Ela deve se expandir a todos os tipos de resíduos progressivamente, tendo em vista a segurança, o reaproveitamento e redução de custo no tratamento ou reprocessamento dos mesmos.

- Em cada unidade especializada, existe um ou mais tipos de resíduos gerados. Para efetivar a gestão com base no princípio de minimização dos riscos adicionais dos RSS, adotaremos procedimentos de segregação de acordo com o tipo de resíduo, no próprio local de geração.
- As principais vantagens de praticar a segregação na origem são:
- redução dos riscos para a saúde e o ambiente, impedindo que os resíduos potencialmente infectantes ou especiais, que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados no hospital;
- diminuição de gastos, já que apenas terá tratamento especial uma fração e não todos os resíduos;
- aumento da eficácia da reciclagem.

Acondicionamento

O acondicionamento consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos, recipientes, que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura.

Conforme a RDC nº 222/208, os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os resíduos do **Grupo A4** devem ser acondicionados em sacos plásticos brancos leitosos, resistentes e identificados com a simbologia infectante de acordo com a NBR 7500 da ABNT. Devem ser utilizados sacos de capacidade que respeite as exigências previstas na NBR 9191 da ABNT. Estes sacos plásticos devem ser acondicionados em lixeiras de material lavável, identificadas com a mesma simbologia presente nos sacos plásticos anteriormente mencionados. Todas as lixeiras devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento.

Os resíduos do **Grupo B** devem ser acondicionados em embalagens plásticas, constituídas de plástico resistente. Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes individualizados que garanta a integridade física dos frascos, evitando choque mecânico, e mantendo seus recipientes originais. Na ausência destas embalagens originais, devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas plásticas, resistentes, rígidas e estanques, com tampa rosqueada, vedante e identificadas com simbologia de substância tóxica, acrescida da expressão "RESÍDUOS QUÍMICOS", indicando o risco que representa e informações sobre o elemento químico e sua toxicidade.

Os resíduos gerados devem ser devidamente identificados por meio do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

Os resíduos quimioterápicos (incluindo equipos, restos de fármacos administrados, compressas, vestimenta de trabalho, luvas e outros descartáveis) devem ser acondicionados em separado dos demais resíduos químicos, em saco impermeável e resistente, devendo ser colocado em outro saco devidamente identificado.

Os perfurantes e cortantes, contaminados por substâncias químicas, devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE"

Os resíduos do **Grupo C** devem ser acondicionados em embalagens plásticas resistentes, impermeáveis, utilizando saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado utilizando-se os símbolos baseados na norma da ABNT-NBR 7500/94 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material - Simbologia.

Deverá ainda indicar o risco que representa, informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora e outras que exigir a Resolução CNEN-NE-6.05 - Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas - DOU 17/12/85.

Os perfurantes e cortantes devem ser descartados separadamente e imediatamente após o seu uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa e no local da sua geração, identificados com a inscrição "PÉRFURO-CORTANTE".

Os resíduos do **Grupo D** podem ser acondicionados em sacos de lixo. Os sacos devem ser de capacidade que obedeça às especificações da NBR 9191 e devem respeitar o limite de peso de cada saco. As lixeiras que acondicionam os resíduos do grupo D devem ter pedal e tampa, cantos arredondados e serem resistentes ao tombamento. Tanto os sacos plásticos quanto as lixeiras devem atender à demanda diária.

O material reciclável, após classificação (papel/papelão, metais, vidros, plásticos) deve ser acondicionado em sacos com cores conforme padronização, o que facilita a sua identificação.

Os resíduos do **Grupo E** devem ser acondicionados em recipientes rígidos, impermeáveis, resistentes à punctura, ruptura e vazamento; devem ser identificados com o símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenhos e contornos pretos acrescidos da inscrição: "Resíduo Perfurocortante". Tais recipientes devem atender à capacidade diária dos resíduos gerados, respeitando o limite de peso de cada saco.

A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo. Um acondicionamento inadequado compromete a segurança do processo e o encarece. Recipientes inadequados ou improvisados (pouco resistentes, mal fechados ou muito pesados), construídos com materiais sem a devida proteção, aumentam o risco de acidentes de trabalho. Os resíduos não devem ultrapassar 2/3 do volume dos recipientes.

Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação, devendo os resíduos serem recolhidos imediatamente após o término dos procedimentos.

Coleta interna e transporte interno

A coleta e transporte interno dos RSS consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo, com a finalidade de disponibilização para a coleta. É nesta fase que o processo se torna visível para o usuário e o público em geral, pois os resíduos são transportados nos equipamentos de coleta (carros de coleta) em áreas comuns.

A coleta e o transporte atenderão ao roteiro previamente definido e serão feitos em horários, sempre que factível, não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. A coleta será realizada separadamente, de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

A coleta interna de RSS será planejada com base no tipo de RSS, volume gerado, roteiros (itinerários), dimensionamento dos abrigos, regularidade, frequência de horários de coleta externa, sendo dimensionada considerando o número de funcionários disponíveis, número de carros de coletas, EPIs e demais ferramentas e utensílios necessários.

A Operação e transferência dos recipientes do local de geração para a sala de resíduos e/ou armazenamento temporário é realizada 05 (cinco) vezes ao dia: 02 (duas) vezes no período da manhã, 02 (duas) vezes no período da tarde, 01 (uma) vez no período da noite ou efetuada de acordo com as necessidades da unidade geradora, sendo no mínimo uma vez a cada 24 (vinte e quatro) horas no que se refere à frequência, horário e demais exigências do serviço.

A coleta é efetuada por carro coletor de resíduos após ser lacrado e desprezado na sala de resíduos, sala de utilidades ou no armazenamento temporário para o químico perigoso.

Os equipamentos para transporte interno (carros de coleta) são constituídos de material rígido, lavável, impermeável e providos de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, rodas revestidas de material que reduza o ruído, identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido.

Ações específicas para a operação de coleta interna:

- Estabelecimentos de turnos, horários e frequência de coleta;
- Sinalização do itinerário da coleta de forma apropriada;
- Diferenciação das coletas, isto é, executá-las em horários diferentes segundo o tipo de resíduo;
- Coleta de resíduos recicláveis de forma separada;

Armazenamento interno

O armazenamento interno consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à disponibilização para coleta externa.

O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo seja pequena.

Coleta interna II

A operação de transferência dos recipientes da sala de resíduos, sala de utilidades ou da área de armazenamento temporário para o abrigo externo é realizada por meio da coleta interna II, no qual é realizada 05 (cinco) vezes ao dia: 02 (duas) vezes no período da manhã, 02 (duas) vezes no período da tarde e 01 (uma) vez no período da noite, sendo no mínimo uma vez a cada 24 (vinte e quatro) horas.

Armazenamento externo

Conforme a RDC Anvisa nº 222/2018, consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Nesta etapa, os resíduos gerados devem ficar em um local, geralmente uma sala, onde cada resíduo deve ter um local específico para serem armazenados em contenedores. O local do armazenamento deve ser de fácil acesso para recolhimento externo, ter uso exclusivo para armazenar os resíduos e oferecer segurança aos mesmos até que seja realizada a coleta para a destinação final.

O local desse armazenamento externo de RSS deve apresentar as seguintes características:

- Acessibilidade: o ambiente deve estar localizado e construído de forma a permitir acesso facilitado para os recipientes de transporte e para os veículos coletores;
- Exclusividade: o ambiente deve ser utilizado somente para o armazenamento de resíduos;

- Segurança: o ambiente deve reunir condições físicas estruturais adequadas, impedindo a ação do sol, chuva, ventos etc. e que pessoas não autorizadas ou animais tenham acesso ao local;
- Higiene e saneamento: deve haver local para higienização dos carrinhos e coletores de resíduos.

Coleta externa e transporte externo

Esta etapa consiste na remoção dos resíduos hospitalares do local de armazenamento externo até a unidade de tratamento ou disposição final. É comum que os resíduos dos Grupos A4, D e E sejam recolhidos pelo órgão responsável pela limpeza pública do município. Deve ser feito em veículo específico para resíduos hospitalares e a periodicidade da coleta deve ser suficiente para transportar todos os resíduos. É comum também que a coleta dos resíduos dos Grupos A4 líquido e B seja feita por empresa contratada que se responsabilize pela incineração e destino dos mesmos. Após coleta dos resíduos deve ser realizada a higienização do local de armazenamento externo. A coleta e transporte externo dos resíduos hospitalares devem estar conforme as normas NBR 1281010 e NBR 1465211 da ABNT.

Tratamento

Segundo a RDC Anvisa nº 222/2018, o tratamento é a etapa da destinação que consiste na aplicação de processo que modifique as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de dano ao meio ambiente ou à saúde pública.

Os produtos que necessitam de tratamento prévio são realizados processos de inativação para então serem descartados. O tipo de tratamento para inativação depende do tipo de produto a ser descartado. Há várias formas de se proceder ao tratamento por desinfecção química ou térmica. Segundo a ANVISA, as tecnologias alternativas de tratamento de resíduos de serviços de saúde, descritas a seguir, permitem um encaminhamento dos resíduos tratados para o circuito normal de resíduos sólidos urbanos, sem qualquer risco para a saúde pública.

São elas: descontaminação com utilização de vapor em altas temperaturas (autoclavagem); tratamento com utilização de micro-ondas de baixa ou de alta frequência; e tratamento térmico por incineração. Seguem algumas orientações referentes ao tratamento dos resíduos:

GRUPO A

- A1 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;
- A2 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana;

- A3 - devem ser encaminhados para sepultamento ou tratamento. Se forem encaminhados para o sistema de tratamento, devem ser acondicionados em sacos vermelhos com a inscrição “Peças Anatômicas”. O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
- A4 – podem ser dispostos sem tratamento prévio em local devidamente licenciado para disposição final de resíduo do serviço de saúde;
- A5 - devem ser sempre submetidos à incineração, conforme ANVISA 305 (2002).

GRUPO B: quando não forem conduzidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

GRUPO C: quando encaminhados a sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou esses rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Qualquer tratamento de rejeitos radioativos está sujeito à aprovação da CNEN, em conformidade com normas específicas para cada tipo de instalação, conforme a CNEN NE-6.05 (1985)¹⁴.

GRUPO D: os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outros fluidos corpóreos, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

GRUPO E: os resíduos deste grupo devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou. Após o decaimento, passam a ser considerados resíduos das categorias química, biológica ou radiológica e devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação. Como exemplo pode-se citar os resíduos com contaminação biológica, que após o decaimento devem ser tratados como resíduos A1 e A4.

Destinação Final

Conforme a Resolução CONAMA nº 358/2005 a destinação final é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-lo, de acordo com os critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes. Segue a determinação da Resolução CONAMA nº 358/2005 referente à destinação final:

- **Grupo A:** não podem ser reciclados, reutilizados ou reaproveitados, inclusive para alimentação animal;

- A1 e A2: após tratamento, devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para destinação final de resíduos dos serviços de saúde;
- A3: devem ser encaminhados para sepultamento em cemitério ou incinerados. Na impossibilidade da destinação citada, o órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação;
- A4: podem ser encaminhados sem tratamento prévio para local devidamente licenciado para a disposição final de resíduos dos serviços de saúde. Fica a critério dos órgãos ambientais estaduais e municipais a exigência do tratamento prévio;
- A5: devem ser submetidos a tratamento específico orientado pela ANVISA.
- **Grupo B:** os resíduos deste grupo devem ter destinação final específicas. Os que estiverem no estado sólido e não forem tratados previamente, devem ser dispostos em Aterro de Resíduos Perigosos – Classe I. Os resíduos no estado líquido não devem ser encaminhados para disposição final em aterros;
- **Grupo C:** devem seguir a determinação da CNEN;
- **Grupo D:** quando não for passível a reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para aterro sanitário de resíduos sólidos urbanos, devidamente licenciado pelo órgão ambiental competente. Quando for passível de reutilização, recuperação ou reciclagem devem atender as normas legais de higienização e descontaminação; Grupo E: devem ter tratamento específico de acordo com a contaminação química, biológica ou radiológica.
- A coleta e transporte externo, tratamento e destinação final serão feitas por contrato com empresas devidamente especializadas, aptas e regularizadas para a realização dos serviços, onde será realizada visita técnica por parte da UNIDADE e cobrança de recebimento de laudos técnicos para comprovação do processamento e destino final dos resíduos.

Definição do Quantitativo de Lixeiras

O **Instituto Social Mais Saúde** para definir o quantitativo e alocação das lixeiras a serem implantadas no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto adotará uma metodologia quantitativa que considerará tanto a planta física da unidade quanto as atividades realizadas. Essa abordagem garantirá que a disposição e o número de lixeiras atendam de forma eficaz às necessidades de gerenciamento de resíduos e mantenham a higiene e segurança do ambiente.

Etapas dimensionamento de lixeiras:

- I. Levantamento de Dados e Análise da Planta

- Mapeamento da planta física: com a planta baixa da unidade de saúde, será identificado áreas principais, como consultórios, salas de espera, enfermarias, banheiros, áreas administrativas, e espaços de armazenamento;
- Identificação das áreas de gerenciamento de resíduos: Localizado áreas onde os resíduos são gerados e onde a coleta é necessária. Isso inclui áreas de alto tráfego e locais específicos como salas de procedimentos e áreas de descarte de resíduos biológicos.

II. Classificação dos Resíduos

- Tipo de resíduos: os resíduos gerados em diferentes categorias, como resíduos comuns, recicláveis, resíduos perigosos (como materiais contaminados e resíduos químicos) e resíduos biológicos;
- Volume de resíduos: será estimada a quantidade média diária de resíduos para cada categoria com base no tipo de atividade e no fluxo de pacientes. Poderá ser utilizado dados históricos ou realizar medições para estimar a produção de resíduos.

III. Determinação da necessidade de lixeiras

Número de Lixeiras por tipo baseado na classificação e no volume estimado dos resíduos, defina o número e o tipo de lixeiras necessárias para cada categoria de resíduos:

- Lixeiras para Resíduos Comuns: Recomendação de lixeiras a cada 5-10 metros em áreas de alto tráfego, e próximas aos pontos de geração de resíduos.
- Lixeiras para Resíduos Recicláveis: Lixeiras específicas para recicláveis devem ser colocadas em áreas principalmente administrativas, onde há maior utilização de papel, almoxarifado, farmácia onde há descarte de embalagens, estando estas de fácil acesso e rotineiramente monitoradas.
- Lixeiras para Resíduos Perigosos: Devem ser colocadas em locais específicos e sinalizados claramente, geralmente próximas a áreas onde esses resíduos são gerados ou processados.
- Lixeiras para Resíduos Biológicos: Estas devem ser de fácil acesso em áreas como salas de procedimentos e enfermarias, e com rotulagem adequada.

IV. Diretrizes para localização

- Distribuição uniforme: as lixeiras serão distribuídas de forma equitativa pela planta física, garantindo que não haja longas distâncias para descarte e que todas as áreas sejam atendidas;

- Acesso e Visibilidade: as lixeiras serão alocadas em locais visíveis e de fácil acesso para incentivar o uso correto. Evite áreas congestionadas ou de difícil acesso;
- Segurança e Conformidade: as lixeiras para resíduos perigosos e biológicos serão localizadas em conformidade com as regulamentações de saúde e segurança, e com sinalização adequada.

V. Implementação de ajustes

- Instalação: com base na análise, as lixeiras serão instaladas conforme o plano.
- Monitoramento e Avaliação: após a instalação, será monitorado o uso das lixeiras e o volume de resíduos gerados. Diariamente será avaliado se há necessidade de ajustes no número ou na localização das lixeiras.

VI. Revisão Periódica

- Reavaliação: revisões periódicas para garantir que o sistema de lixeiras continue a atender às necessidades da unidade de saúde, especialmente se houver mudanças na planta física ou nas atividades.
- Ajustes Contínuos: poderão ser realizados ajustes no número e a localização das lixeiras com base nas alterações no fluxo de resíduos e na evolução das atividades da unidade.

A abordagem quantitativa para a definição de lixeiras deve levar em conta tanto a quantidade estimada de resíduos quanto a eficiência na coleta e manejo. A metodologia deve ser flexível e suficiente para permitir ajustes conforme as necessidades da unidade de saúde mudem e o volume de resíduos varie. Com um planejamento adequado e monitoramento contínuo, é possível manter um ambiente de saúde limpo e seguro.

Programa De Gerenciamento De Resíduos De Serviços De Saúde - Pgrss

- A gestão de resíduos de serviços de saúde compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas - geração, classificação, segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, destinação até a disposição final ambientalmente adequada, possibilitando que se estabeleçam, de forma sistemática e integrada em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade das unidades.
- Com o planejamento, a adequação dos procedimentos de manejo, o sistema de sinalização e o uso de equipamentos apropriados, não só é possível diminuir os riscos,

como reduzir as quantidades de resíduos a serem tratados e, ainda, promover o reaproveitamento de grande parte dos mesmos pela segregação de boa parte dos materiais recicláveis, reduzindo os custos de seu tratamento desnecessário e disposição final que normalmente são altos e, principalmente o impacto ambiental.

- O gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.
- O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de: segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada.
- Deve considerar as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes.
- O PGRSS deve contemplar medidas de envolvimento coletivo. O planejamento do programa deve ser feito em conjunto com todos os setores definindo-se responsabilidades e obrigações de cada um em relação aos riscos.
- A elaboração, implantação e o desenvolvimento do PGRSS devem envolver os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIRAS ou Comissões de Biossegurança e os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, onde houver obrigatoriedade de existência desses serviços, por meio de seus responsáveis, abrangendo toda a comunidade do estabelecimento, em consonância com as legislações de saúde, ambiental e de proteção radiológica vigentes.
- Ações para emergências e acidentes, ações de controle integrado de pragas e de controle químico, devem fazer parte do PGRSS compreendendo medidas preventivas e corretivas assim como de prevenção de saúde ocupacional.
- O PGRSS será construído baseado na complexidade de cada serviço gerador de RSS, bem como na sua demanda. A Anvisa não dispõe de um modelo de PGRSS justamente por entender que este depende das peculiaridades de cada serviço e também não há a necessidade de enviar/protocolar o PGRSS na Anvisa.

Estruturação do PGRSS

- O passo a passo a ser seguido para a elaboração do PGRSS contempla as seguintes etapas:

Etapa 1: Identificação do Problema

- Definição do profissional responsável pela elaboração do PGRSS;
- Pesquisa e análise das legislações de âmbito Federal, Estadual e Municipal;
- Identificação das áreas envolvidas com os Resíduos de Serviços de Saúde;
- Definição das estratégias de trabalho;
- Envolvimento e comprometimento da Direção.

Etapa 2: Definição da equipe de trabalho

- Composição das equipes conforme a tipificação dos resíduos gerados;
- Identificação das habilidades e competências.

Etapa 3: Mobilização e sensibilização

- Reunião dos setores envolvidos para apresentação e discussões acerca da proposta de trabalho;
- Planejamento das estratégias de sensibilização, através de palestras, oficinas, etc.;
- Definição e elaboração de instrumento de comunicação interna;
- Questionário de percepção dos problemas e divulgação dos resultados.

Etapa 4: Diagnóstico Situacional dos RSS

- Levantamento das atividades;
- Identificação dos tipos de resíduos gerados;
- Avaliação das etapas atuais dos processos de gerenciamento de RSS;
- Análise da Geração e Segregação, através da identificação da quantidade de resíduo gerado, por setor, conforme a classificação da RDC Anvisa 306/04, por peso ou volume e tipo de segregação em uso.
- Cada serviço gerador de RSS deve fazer uma estimativa de geração de RSS por grupos (A, B, C, D e E). Essa estimativa pode ser diária, semanal ou utilizando algum outro critério encontrado pelo serviço, desde que seja representativa.

- Análise do Armazenamento, através do local de Armazenamento interno e Armazenamento Externo (A, B, D, E), Condições de infraestrutura dos ambientes de armazenamento, bem como a limpeza e higienização dos ambientes de armazenamento e área de higienização dos contenedores;
- Análise da Coleta e do Transporte Externo, através das empresas existentes e/ou vinculadas, Frequência e modo operacional de coleta, Veículos utilizados, Licenças operacionais e EPIS;
- Análise do Tratamento, através dos sistemas existentes nas unidades, sistemas de tratamento fora da unidade, licenciamento ambiental e tipo de rede coletora de esgoto sanitário;
- Análise da Disposição Final, através dos tipos de disposição final existentes, restrições quanto aos RSS e licenciamento ambiental;
- Avaliação do Resultado, através da análise da situação atual dos estabelecimentos e identificação de cenários críticos, semicríticos e não críticos;
- Análise do Acondicionamento, através do Tipo de contenedores (número, características, identificação, limite de preenchimento, etc.), Tipos de sacos de acondicionamento, Perfurocortantes e Químicos;
- Análise da Coleta e do Transporte Interno, através das Rotas de coleta e fluxos definidos, compatibilidade com as demais atividades das áreas, Carros de transporte compatíveis com RSS e Utilização dos EPIs.

Etapa 5: Definição das Metas e Objetivos

- Identificação dos recursos financeiros existentes;
- Definição das metas a serem atingidas;
- Práticas de minimização de geração de RSS;
- Tecnologias limpas, reduzindo riscos sanitários e ambientais;
- Avaliação de alternativas de reciclagem; e
- Investimentos necessários e cronograma de implantação.

Etapa 6: Elaboração do PGRSS

- Dados do estabelecimento;

- Descrição das rotinas operacionais: POPs para Segregação, Acondicionamento, Transporte, Armazenamento, Coleta e destino dos Resíduos, Tratamento e/ou Disposição Final dos RSS;
- Integração das rotinas internas: alinhamento e validação dos fluxos e pops com a CCIRAS, CIPA, SESMT e Comissão de Biossegurança;
- Estabelecimento dos treinamentos e capacitações necessárias.
- Descrição das medidas preventivas e corretivas de controle integrado de vetores e pragas urbanas, incluindo a tecnologia utilizada e a periodicidade de sua implantação;
- Planos de Contingência para situações de emergência e acidentes;

Etapa 7: Implementação do PGRSS

- Realização dos treinamentos e capacitações previstos;
- Identificação e execução das correções necessárias;
- Execução das adequações de infraestrutura necessárias;
- Divulgação e disponibilização do PGRSS para as áreas/equipes.

Etapa 8: Avaliação do PGRSS

- Definição das estratégias de acompanhamento;
- Construção dos Indicadores:
 - a. Taxa de acidentes com perfurocortantes
 - b. Variação da geração de resíduos;
 - c. Variação da proporção de resíduos do Grupo A;
 - d. Variação da proporção de resíduos do Grupo B;
 - e. Variação da proporção de resíduos do Grupo C;
 - f. Variação da proporção de resíduos do Grupo D;
 - g. Variação da proporção de resíduos do Grupo E;
 - h. Variação do percentual de reciclagem.
- Avaliação Sistemática dos Resultados;
- Discussão com as equipes e acolhimento das sugestões para modificações;
- Revisão Periódica do PGRSS;
- Realização de ciclos de atualização com treinamentos e capacitações;

- Divulgação e disponibilização do PGRSS atualizado nas áreas.

Programa De Treinamentos

O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** manterá um Programa de Capacitação em PGRSS permanente para os trabalhadores e todos os envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, mesmo os que atuam temporariamente, que contemplem, minimamente, os seguintes temas:

- Sistema adotado para o gerenciamento dos RSS;
- Prática de segregação dos RSS;
- Símbolos, expressões, padrões de cores adotadas para o gerenciamento de RSS;
- Localização dos ambientes de armazenamento e dos abrigos de RSS;
- Ciclo de vida dos materiais;
- Legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária, relativas aos RSS;
- Definições, tipo, classificação e risco no manejo dos RSS;
- Formas de reduzir a geração de RSS e reutilização de materiais;
- Responsabilidades e tarefas;
- Identificação dos grupos de RSS;
- Utilização dos coletores dos RSS;
- Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Coletiva (EPC);
- Biossegurança;
- Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- Noções básicas de controle de infecção e de contaminação química; e
- Conhecimento dos instrumentos de avaliação e controle do PGRSS.

Cronograma de Implantação do PGRSS

Cronograma de Implantação	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Levantamento dos resíduos no setor de origem	X			
Classificação dos resíduos	X			
Padronização e implantação das lixeiras	X			
Identificação do acondicionamento temporário	X			
Definir o PGRSS e registrar na Anvisa local	X			
Treinamento da equipe da Unidade	X			
Treinamento equipe de limpeza	X			
Monitorar o PGRSS	X	X	X	X

1.2. Implantação da gestão

1.2.1. Proposta para Regimento Interno do Hospital.

Apresentação

Este Regimento apresenta-se na perspectiva da organização e sistematização da assistência e área administrativa do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**. De forma geral, trata da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

O conteúdo descreve as competências e atribuições das Diretorias, Gerências, Coordenações, e Equipes de Trabalho que compõem a Unidade corroborando para o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento, com base neste Regimento Interno, de forma a produzir avanços significativos em direção à qualidade, construção de conhecimento, sustentabilidade, com profissionais qualificados e tecnologia atualizada.

O Regimento Interno consta de 05 (cinco) Capítulos, que tratam da constituição e das finalidades da organização, da competência dos órgãos, das atribuições do pessoal, do funcionamento e das disposições gerais.

Os Capítulos abordam sobre o tema, detalhando as competências e atribuições das Diretorias, Coordenações, Supervisões e Equipes de Trabalho que compõem o **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**

Esperamos que o desenvolvimento da gestão e do gerenciamento do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, seja realizado com base neste Regimento Interno, e que possa produzir

avanços significativos em direção à Administração do contrato de gestão entre a SES e o **INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS)**.

É necessário, portanto, que se aprimorem os mecanismos de controle, avaliação e regulação de cada área de atuação, ao tempo em que se instrumentalize todos os responsáveis para o cumprimento deste Regimento Interno, visando o ordenamento da gestão do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO E DAS FINALIDADES

Art. 1 – O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** é unidade hospitalar pública, está localizado na Endereço: Rua Baltazar Saldanha nº 1.501, Centro, Ponta Porã-MS, CEP: 79900-000, Hospital Geral, com perfil assistencial de **média e alta complexidade**. Em seu escopo, contempla consultas e cirurgias nas seguintes áreas: Cirurgia geral, incluindo Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica (CPRE) terapêutica, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Vascular, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, bem como tratamentos clínico-cirúrgicos em obstetrícia e pediatria. No atendimento ambulatorial, oferta endoscopias (esofagogastroduodenoscopia e colonoscopia), ultrassonografias, tomografia, ressonância e tratamento esclerosante de varizes não estético, A assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização e ambulatorial, compreende o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão no Hospital até sua alta hospitalar, incluindo todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter e/ou definir o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar e ambulatorial, inclusive as relacionadas a Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME). Os serviços devem ser executados observando as Políticas Nacional e Estadual de referência da Atenção à Saúde, definidas por meio das normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde, funcionando em **regime de 24 horas ininterruptas**, todos os dias da semana. Sua **finalidade** é prestar **atendimento especializado de urgência, emergência e internação hospitalar**, internação hospitalar com leitos clínicos e/ou cirúrgicos nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Vascular, Urologia, Ginecologia e Obstetrícia e Pediatria e serviço de Unidade de Terapia Intensiva para adultos, prestando atendimento com suporte assistencial de acordo com a necessidade e demandas do Complexo Regulador Estadual, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, com qualidade e atendimento aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde/SUS. Os atendimentos são realizados por uma **equipe multiprofissional qualificada**, pautada em princípios de **humanização, ética, eficiência, eficácia e resolutividade**, além do compromisso com o ensino, a pesquisa e a gestão participativa. É referência no atendimento a **situações críticas de saúde**.

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

- I. Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;
- II. Realizar exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico à pacientes da Rede de Atenção à Saúde e que foram devidamente regulados para a Unidade obedecendo as especialidades que lhe compete;
- III. Atender aos pacientes do perfil epidemiológico do hospital e que necessitam permanecer no Hospital para tratamento, pelo tempo máximo de 12 horas, em regime de hospital dia;
- IV. Promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

CAPITULO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 2 – O Hospital Regional Dr. José de Simone Netto tem a seguinte estrutura:

- DIRETORIA EXECUTIVA (ISMS)
 - DIRETOR GERAL
 - Comunicação
 - Assessoria de diretoria
 - Gestão de Contratos
 - NQSP
 - Comissões
 - Ouvidoria
 - SAU
 - SAME
 - DIRETORIA TÉCNICA
 - DIRETORIA CLÍNICA
 - Coord. Obstetrícia
 - Coord. Ortopedia
 - Coord. Utí's
 - Coord. Pediatria
 - Coord. Anestesia
 - Coord. Ambulatorial

- Coord. Pronto Socorro/Acolhimento
- NIR
- AG.TRANSFUSIONAL
- SCIH
- NVE
- DEP
- Escritório de Altas
- EMTN
- DRG
- Comissões
 - CCIRAS
 - CVO
 - CRP
 - CCP
 - CEM
 - CIHDOTT
 - Cuidados Paliativos
 - DRG
- DIRETORIA ADMINISTRAÇÃO- FINANCEIRA
 - Coordenação Suprimentos
 - Almoxarifado
 - CAF
 - OPME
 - Compras
 - Coordenação Farmácia
 - Assistência Farmacêutica
 - Coord Admin e Financeira
 - Prestação de contas

- Financeiro
- Tecnologia da Informação
 - Suporte TI
- Contabilidade
- Patrimônio
- Controladoria
 - Orçamento
 - Custo
- Núcleo de Práticas Assistenciais
- SADT (Agendamentos e Monitoramentos)
- Supervisão Facilities
 - Lavanderia
 - SND
 - SHL
 - Engenharia Clínica
 - Infraestrutura e Física
 - Seg. Patrimonial
 - Gestão de Atendimento
 - Recepções
 - Faturamento
 - Auditoria de Prontuários
- Coord. Gestão de Pessoas
 - Recursos Humanos
 - Depart. Pessoal
 - Núcleo de Ed. Permanente
 - SESMT
 - Bombeiros Civis
- DIRETORIA DE ENFERMAGEM

- Supervisão de Enfermagem
- Coordenação CC e CME
- Coordenação UTI
 - UTI Adulto A
 - UTI Adulto B
- Coordenação Obstetrícia
- Coordenação Ambulatório
 - Transporte intra e extra hospitalar
 - Maqueiro
 - Imobilização Ortopédica
 - Ambulatório
 - OCI
- Coordenação UI
 - Clínica Médica
 - Clínica Cirúrgica
 - Pediatria
- Coordenação PS
 - Classificação de Risco
 - Acolhimento
 - Sala Vermelha
 - Sala de Decisão Clínica Adulto
 - Sala de Decisão Clínica Pediátrica
 - Sala de Observação Amarela
- Coordenação Equipe Multiprofissional
 - Nutrição
 - Fonoaudiologia.
- Coordenação Psicossocial
 - Psicologia

- Serviço Social
- Coordenação Fisioterapia
 - Fisioterapia
 - Terapia Ocupacional
- Humanização
- Comissões
 - Ética de Enfermagem
 - Ética multidisciplinar
 - Prevenção e Trat.
 - Feridas e Estomias

Art. 3 – O DIRETOR GERAL é o órgão executivo de direção superior do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, com função normativa e deliberada e será exercida, em comissão, reconhecida capacidade administrativa, indicado pelo **Conselho de Administração do Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**.

§ 1º – O DIRETOR GERAL contará com as seguintes Assessorias: Comunicação, Assessoria de diretoria, Gestão de Contratos, Jurídico.

§ 2º – A Comunicação, Assessoria de diretoria, Gestão de Contratos, Jurídico, serão indicadas e nomeadas pelo Diretor.

§ 3º – As seguintes Comissões serão implantadas:

- À Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência (CCIRAS)
- À Comissão de Ética Médica (CEM)
- À Comissão de Ética de Enfermagem (CEE)
- À Comissão de Ética Multidisciplinar
- À Comissão de Revisão de Prontuários
- À Comissão de Investigação de Óbitos
- À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA
- À Comissão SESMT
- À Núcleo de Segurança do Paciente (NSP),
- À Comissão de Gerenciamento de Riscos,

- Ao Comitê Transfusional
- À Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)
- À Comissão Resíduos de Serviços de Saúde
- À Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)
- À Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias:
- Ao Núcleo de Qualidade e segurança do paciente,
- À Comissão de Humanização,
- À Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH)
- À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME),
- À Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE)
- À Comissão Intra- Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT)
- Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR)
- À Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP),
- À Comissão de Cuidados Paliativos (CCP),
- À Comissão de Residência Médica (COREME)
- À Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU)
- Ao Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) compete:
- Ao Núcleo de Educação Permanente
- À Comissão de Biossegurança
- À Comissão de Acidentes com Material Biológico
- À Comissão de Proteção Radiológica
- À Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups),

Art. 4 – As demais Diretorias e Gerência constituem a compartimentação do Hospital para fins assistenciais e administrativos, cada uma abrangendo atividades afins no contexto do Hospital.

Art. 5 – As Coordenações e Supervisões do Hospital estão subordinadas administrativamente e tecnicamente aos respectivos Diretores e Gerentes, estes subordinados ao DIRETOR GERAL, que está subordinado diretamente a Diretoria Executiva do **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)** e Conselho de Administração.

Art. 6 – As funções de Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa /Financeira, Diretoria de Enfermagem, Gerências e Coordenações serão preenchidas por profissionais com a qualificação específica para cada área, por indicação do DIRETOR GERAL.

Art. 7 – A função de Supervisor será preenchida por profissional com a qualificação específica para cada área, por indicação do DIRETOR GERAL.

CAPITULO III -DA COMPETÊNCIA

SEÇÃO I - DO DIRETOR GERAL

Art. 8 - Ao DIRETOR GERAL compete:

- I. coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;
- II. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de Enfermagem, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- III. coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
- IV. coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Planejamento, Jurídica e Unidade de Controle Interno, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
- V. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VII. promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar.

§1– À Assessoria da diretoria compete:

- Acolher pacientes e familiares
- Orientar sobre procedimentos
- Manter as rotinas administrativas atualizadas
- Gerenciar agendas, documentos e fluxos de atendimento
- Lidar com situações delicadas e emocionais
- Tomar decisões rápidas e eficazes em situações de pressão
- Colaborar com outros profissionais da saúde
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

§2 - A Comunicação compete:

- Garantir que a comunicação entre os setores do hospital seja clara, eficiente e transparente.
- Desenvolver e implementar estratégias para disseminar informações importantes a todos os colaboradores.
- Criar canais de comunicação interna, como newsletters, murais digitais e intranet.
- Representar o hospital perante a imprensa e a sociedade.
- Desenvolver estratégias para gerenciar a imagem institucional.
- Coordenar a produção de materiais de comunicação, como campanhas publicitárias, redes sociais e conteúdos digitais.
- Gerenciar crises de imagem e lidar com situações emergenciais de comunicação.
- Implementar políticas para aprimorar a comunicação entre o hospital e os pacientes.
- Desenvolver programas para melhorar a experiência do paciente, incluindo orientações claras e acolhedoras.
- Promover iniciativas comunitárias, como campanhas de saúde e programas educativos.
- Liderar e supervisionar equipes de comunicação, incluindo jornalistas, designers, assessores de imprensa e outros profissionais.
- Realizar reuniões de planejamento e delegar responsabilidades.
- Garantir que as metas de comunicação sejam alinhadas aos objetivos estratégicos do hospital.
- Monitorar a percepção da instituição por meio de análises de mídia, pesquisas de satisfação e feedback da comunidade.
- Avaliar o impacto das estratégias de comunicação e ajustar ações conforme necessário.
- Manter relatórios atualizados para a direção do hospital.
- Elaborar planos de comunicação para situações de crise, garantindo informações precisas e tempestivas.
- Atuar como porta-voz em momentos críticos, quando necessário.
- Habilidades e Competências Essenciais:
- Excelentes habilidades de comunicação verbal e escrita.

- Capacidade de gestão de crises e tomada de decisões rápidas.
- Conhecimento de ferramentas digitais e estratégias de marketing.
- Empatia e habilidades interpessoais para lidar com diferentes públicos.

§3 - Ao Jurídico compete:

- Cumprir e fazer cumprir políticas, normas e manual de gestão;
- Elaboração de defesas jurídicas de baixa complexidade;
- Elaboração de defesa administrativas de baixa complexidade;
- Atualização constante em relação à legislação que regulamenta o terceiro setor;
- Realização de controle de prazos;
- Registro e controle das demandas do setor jurídico em sistema;
- Emissão de relatórios mensais;
- Apoio ao Diretor Geral nas demandas que lhe forem delegadas, agindo sempre com responsabilidade e cumprimento dos prazos;
- Apoio ao Diretor Geral na elaboração de manuais, instruções técnicas e auditorias de contratos;
- Disponibilidade para a realização das tarefas que forem solicitadas;
- Participação em reuniões quando solicitado;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

§3 - À Gestão de Contratos compete:

- Elaborar, revisar e negociar contratos de fornecimento de bens e serviços.
- Monitorar a execução contratual, assegurando que as cláusulas sejam cumpridas.
- Gerenciar aditivos, renovações e encerramentos contratuais.
- Garantir que os contratos estejam em conformidade com leis e regulamentações vigentes (como a Lei de Licitações, no caso de instituições públicas).
- Acompanhar mudanças legislativas e regulatórias que possam impactar os contratos.
- Controlar despesas relacionadas aos contratos.
- Monitorar o cumprimento do orçamento hospitalar e garantir que os contratos estejam alinhados a ele.

- Trabalhar em conjunto com departamentos como jurídico, financeiro, compras e administrativo.
- Servir como ponto de contato para fornecedores e parceiros.
- Avaliar indicadores de desempenho dos contratos e propor ajustes, quando necessário.
- Garantir a qualidade dos serviços ou produtos contratados.
- Identificar e mitigar riscos relacionados à execução contratual.
- Resolver conflitos com fornecedores ou parceiros de forma ágil e eficiente.
- Manter um sistema organizado de gestão documental.
- Preparar relatórios periódicos para auditorias internas e externas.

§4 - Ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) compete:

- Elaboração de Protocolos e Diretrizes: Desenvolver e implementar protocolos assistenciais e operacionais que promovam a segurança e a qualidade do cuidado.
- Monitoramento de Indicadores de Qualidade: Coletar, analisar e divulgar indicadores de desempenho relacionados à segurança e à qualidade do atendimento.
- Gestão de Riscos: Identificar, monitorar e propor medidas preventivas para minimizar riscos associados ao cuidado em saúde.
- Capacitação e Educação Permanente: Promover treinamentos e sensibilizações sobre práticas seguras para equipes multiprofissionais.
- Investigação de Incidentes: Realizar análises de eventos adversos e quase-erros, propondo planos de ação para a mitigação de problemas.
- Fomentar a Cultura de Segurança: Incentivar práticas que promovam a comunicação aberta e o reporte de incidentes sem punição.

§5 - Ao Serviço de Atendimento ao Usuário e Ouvidoria:

- Atendimento e Escuta Ativa: Receber, registrar e responder às manifestações (elogios, sugestões, reclamações e denúncias) dos usuários de forma humanizada.
- Mediação de Conflitos: Intervir em situações de insatisfação, promovendo o diálogo entre os envolvidos para alcançar soluções satisfatórias.
- Gestão de Reclamações e Sugestões: Analisar as manifestações recebidas para identificar oportunidades de melhoria nos serviços oferecidos.

- Divulgação de Direitos e Deveres: Informar aos usuários sobre seus direitos e deveres, de acordo com a legislação vigente.
- Produção de Relatórios Gerenciais: Elaborar relatórios que evidenciem os principais temas e demandas apresentados, auxiliando na tomada de decisão pela gestão.
- Articulação com Outros Setores: Trabalhar em conjunto com diferentes áreas para propor melhorias e atender às demandas de forma eficaz.

§6 - Ao SAME compete:

- Coordenar o arquivamento, preservação e acesso aos prontuários médicos.
- Garantir a integridade, confidencialidade e segurança das informações armazenadas.
- Monitorar a qualidade e a padronização dos processos relacionados ao registro e arquivamento de dados médicos.
- Definir e implementar normas e procedimentos de trabalho no setor.
- Compilar, analisar e divulgar estatísticas relacionadas aos serviços de saúde prestados pela instituição.
- Fornecer relatórios e indicadores para auxiliar na tomada de decisão administrativa e clínica.
- Coordenar a equipe de colaboradores do SAME, promovendo capacitações e orientações para o cumprimento de normas e prazos.
- Garantir a comunicação eficaz entre os diferentes setores do hospital e o SAME.
- Garantir que o setor esteja em conformidade com as regulamentações e legislações vigentes, como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) e normas do Conselho Federal de Medicina (CFM).
- Representar o SAME em auditorias e fiscalizações.
- Implementar sistemas informatizados de gestão de informações, como o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).
- Buscar soluções tecnológicas para melhorar a eficiência e a acessibilidade dos dados.
- Facilitar a interação entre o SAME e outros setores hospitalares, como recepção, enfermagem, faturamento e administração.

SUB-SEÇÃO II

Art. 9 – Comissões:

§1 – À Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência (CCIRAS) compete:

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

§2 – À Comissão de Ética Médica (CEM) compete:

- colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
- fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
- atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§3 – À Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) compete:

- colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
- divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
- assessorar o DIRETOR GERAL e Diretoria de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
- orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§4 – À Comissão de Ética Multidisciplinar compete:

- **Promover** o cumprimento dos **Códigos de Ética Profissional** e normas institucionais;
- Atuar na **prevenção, orientação e mediação** de conflitos éticos e interpessoais;
- Realizar **ações educativas e de sensibilização** em ética, bioética e conduta profissional;
- Assessorar a Direção em temas éticos, de humanização e relações de trabalho;
- Acompanhar **denúncias ou notificações éticas**, garantindo confidencialidade e imparcialidade;
- Manter registro e sigilo sobre os casos analisados;
- Propor melhorias nos fluxos e nas relações interprofissionais;
- Integrar-se com o **NQSP** e demais comissões de qualidade e segurança;
- Emitir **relatórios técnicos e recomendações** à Direção e às áreas envolvidas.

§5 – À Comissão de Revisão de Prontuários compete:

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

§6 – À Comissão de Investigação de Óbitos compete:

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

- sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§7 - À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA compete:

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

§8 - À Comissão SESMT compete:

- Prevenção de riscos: Identificar, analisar e eliminar riscos no ambiente de trabalho. Quando a eliminação não é possível, implementar medidas de proteção coletiva ou individuais (EPIs).
- Programas de segurança e saúde: Criar e implementar programas como o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) e o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).
- Treinamento e conscientização: Promover treinamentos e atividades de conscientização para que os funcionários adotem boas práticas de segurança e entendam os riscos do trabalho.
- Inspeções e auditorias: Realizar inspeções regulares nas instalações da empresa para garantir a conformidade com as Normas Regulamentadoras (NRs) e manter a documentação acessível para inspeções fiscais.
- Investigação de acidentes: Investigar acidentes de trabalho para identificar as causas e implementar ações corretivas.
- Elaboração de documentos: Assinar e manter registros de documentos de saúde ocupacional, como o PGR e o Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT).
- Planos de emergência: Elaborar e implementar planos para controle de catástrofes e incêndios, além de prestar socorro em emergências.
- Suporte à CIPA: Oferecer suporte e treinamento para o trabalho da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).
- Ergonomia: Analisar e propor correções para condições de trabalho inadequadas que possam causar problemas de saúde.

§9 – À Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), compete:

- Estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos processos internos e demanda de atualizações;
- Elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais, estrutura física, atendimento a legislações de segurança e licenciamentos / adequações diversas;
- Designar os profissionais responsáveis pela emissão de pareceres técnicos;
- Criar e manter atualizado um banco de dados com o registro dos pareceres e notificações emitidas;

- Criar um sistema de informação que permita à Comissão acompanhar qualitativa e quantitativamente as demandas dos Serviços a serem realizados pelo **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**;
- Estabelecer e divulgar cronograma anual para revisão e atualização;
- Divulgar via on-line as alterações realizadas no âmbito Hospitalar sempre que correrem, aos Serviços;
- Notificar a Comissão Permanente de Licitação (CPL) quando verificada a ocorrência de irregularidade ou não-conformidade na entrega de materiais;
- Construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados e/ou a serem padronizados.

§10 – À Comissão de Gerenciamento de Riscos, compete:

- Elaborar e manter atualizado o Plano de Gerenciamento de Riscos (PGR);
- Coordenar o processo de identificação, análise e priorização de riscos;
- Realizar a análise de causas e planos de mitigação para os riscos críticos;
- Manter interface com as comissões técnicas e áreas de apoio;
- Acompanhar e avaliar indicadores de risco e planos de ação corretiva e preventiva;
- Promover cultura organizacional de gestão de risco e segurança;
- Realizar auditorias internas e revisões periódicas do PGR;
- Emitir relatórios periódicos à Direção Médica e ao NQSP.

§11 – Ao Comitê Transfusional compete:

- Elaborar o Plano de Segurança Transfusional (PST) e monitorar sua execução;
- Avaliar e validar os protocolos transfusionais institucionais;
- Acompanhar as solicitações e utilizações de hemocomponentes, garantindo uso racional;
- Monitorar e investigar reações transfusionais;
- Promover educação permanente em práticas seguras de transfusão;
- Definir e acompanhar indicadores de desempenho transfusional;
- Promover integração com o Hemocentro de Referência e demais comissões correlatas;
- Emitir relatórios técnicos periódicos à Direção e à Vigilância Sanitária quando aplicável.

§12 – À Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) compete:

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

§13 – À Comissão Resíduos de Serviços de Saúde compete:

- Elaborar e atualizar o plano de gerenciamento de resíduos de saúde.
- Promover a segregação adequada dos resíduos no ponto de geração.
- Garantir a correta rotulagem e armazenamento dos resíduos.
- Realizar capacitações e treinamentos sobre manejo seguro de resíduos para os colaboradores.
- Monitorar e avaliar a quantidade e a natureza dos resíduos gerados.
- Propor melhorias nas práticas de gestão de resíduos e descarte.
- Desenvolver campanhas educativas para conscientização sobre a importância da gestão adequada de resíduos.

§14 – À Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) compete:

- Avaliar e padronizar as práticas nutricionais para pacientes pediátricos.

- Elaborar e implementar protocolos de atendimento nutricional.
- Promover a educação alimentar e nutricional junto a pacientes e familiares.
- Realizar reuniões mensais para discussão de casos e atualização das práticas.
- Avaliar a eficácia das intervenções nutricionais e propor melhorias contínuas.
- Integrar ações com outras comissões do hospital para uma assistência integrada.

§15 – À Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias:

- Elaborar, revisar e implantar o Protocolo Institucional de Prevenção e Tratamento de Feridas e Estomias;
- Avaliar, discutir e padronizar materiais e coberturas utilizadas;
- Realizar consultoria técnica e acompanhamento de casos clínicos;
- Promover capacitação e atualização técnica das equipes multiprofissionais;
- Realizar auditorias e monitoramentos de indicadores clínicos e assistenciais;
- Investigar eventos adversos relacionados a lesões e feridas;
- Garantir integração entre setores para linha de cuidado da pessoa com estomia;
- Emitir pareceres técnicos e relatórios periódicos à Direção;
- Promover ações educativas e campanhas preventivas sobre integridade cutânea e autocuidado.

§16 - Ao Núcleo de Qualidade e segurança do paciente, compete:

- Planejar, coordenar e monitorar as ações do **Sistema de Gestão da Qualidade**;
- Apoiar tecnicamente as comissões e núcleos institucionais;
- Garantir a implantação e acompanhamento dos protocolos assistenciais e de segurança;
- Coordenar o processo de análise e tratamento de não conformidades e eventos adversos;
- Implementar metodologias de melhoria contínua (PDSA, FMEA, Ishikawa, 5W2H);
- Manter atualizado o banco de indicadores institucionais;
- Elaborar **relatórios técnicos periódicos** e planos de ação para a gestão;
- Promover cultura justa, aprendizado organizacional e comunicação segura;
- Garantir a conformidade com os padrões ONA e requisitos legais da ANVISA.

§17 – À Comissão de Humanização, compete:

- Planejar, coordenar e implementar o Plano Institucional de Humanização (PIH);
- Promover a humanização das práticas de cuidado, gestão e trabalho em saúde;
- Estimular a participação e corresponsabilidade das equipes e usuários;
- Promover ações de acolhimento e valorização profissional;
- Garantir o fortalecimento dos princípios da empatia, escuta e solidariedade;
- Realizar campanhas internas e datas comemorativas temáticas (Dia da Enfermagem, Semana da Humanização, etc.);
- Apoiar a integração entre os setores assistenciais e administrativos;
- Implementar e acompanhar indicadores de satisfação e clima organizacional;
- Integrar-se ao NQSP e demais comissões para fortalecer a cultura de segurança e cuidado centrado na pessoa.

§18 – À Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH) compete:

- O Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar terá como principal objetivo monitorar e controlar as doenças no hospital.
- Coletar e analisar dados epidemiológicos de infecções e agravos.
- Implementar protocolos de vigilância e controle de surtos.
- Realizar capacitações sobre vigilância epidemiológica para a equipe.
- Promover campanhas educativas sobre prevenção de infecções hospitalares.
- Elaborar relatórios mensais sobre a situação epidemiológica do hospital.

§19 – À Comissão de Documentação Médica e Estatística (CDME), compete:

- propor a atualização de impressos, formulários e modelos médico-assistenciais;
- supervisionar e avaliar a produção de dados estatísticos e dos indicadores de desempenho hospitalares, desde o levantamento do censo diário;
- avaliar sistematicamente o desempenho da assistência médico-hospitalar, através dos indicadores hospitalares, confrontando com os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, em caso de variações, analisá-los, identificando as causas e propondo medidas corretivas;
- estabelecer e fazer cumprir o fluxo da documentação médica no hospital;

- supervisionar a manutenção, guarda, conservação e circulação dos prontuários no hospital;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§20 – À Comissão de Vigilância Epidemiológica (CVE) compete:

- Estabelecer o fluxo de notificação e investigação de agravos no hospital;
- Monitorar casos suspeitos e confirmados de doenças transmissíveis;
- Articular-se com a CCIRAS para ações conjuntas de prevenção e controle de infecções;
- Integrar as ações da CVE ao Núcleo de Vigilância Hospitalar para análise de dados e resposta institucional;
- Realizar capacitações em vigilância epidemiológica para as equipes assistenciais;
- Produzir relatórios epidemiológicos mensais e boletins informativos;
- Atuar na investigação de surtos, em conjunto com a CCIRAS e o NVH.

§21 – À Comissão Intra-Hospitalar para Doação de Órgãos e Tecidos (CIHDOTT) compete:

- organizar, no âmbito hospitalar, o processo de captação de órgãos;
- articular-se com as equipes médicas do hospital no sentido de identificar os potenciais doadores e estimular seu adequado suporte para fins de doação;
- articular-se com a Central de Transplantes de Órgãos, sob cuja coordenação está subordinada, possibilitando o adequado fluxo de informações;
- apresentar, mensalmente, Relatório de Atividades para a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos - CNCDO;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

§22 – Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- otimizar o fluxo de pacientes e recursos no hospital, seguindo as diretrizes da Central de Regulação de Serviços de Saúde. Estabelecer critérios para a regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Monitorar e avaliar o fluxo de pacientes e utilização de recursos.
- Propor melhorias nos processos de regulação e atendimento.
- Realizar capacitações sobre regulação e fluxo de pacientes para a equipe.
- Elaborar relatórios mensais sobre a situação do fluxo de pacientes e uso de recursos.

§23 – À Comissão de Gestão de Pacientes em Longa Permanência (CGLP), compete:

- Identificar e monitorar pacientes com longa permanência hospitalar;
- Classificar os casos segundo causa da permanência (clínica, social, regulatória, institucional);
- Elaborar planos de cuidado e alta multiprofissional;
- Promover articulação com o NIR e o Serviço Social para regulação de leitos e desospitalização;
- Integrar-se com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Assistência Social (CRAS/CREAS);
- Avaliar indicadores de desempenho (tempo médio de permanência, taxa de ocupação prolongada, número de desospitalizações);
- Apoiar o NQSP na análise de riscos e eventos relacionados à permanência prolongada;
- Capacitar profissionais sobre gestão do cuidado continuado e desospitalização segura;
- Elaborar relatórios técnicos e recomendações à Direção;
- Promover ações de sensibilização sobre alta responsável e cuidado humanizado.

§24 – À Comissão de Cuidados Paliativos (CCP), compete:

- Planejar e implementar o Programa Institucional de Cuidados Paliativos;
- Garantir a abordagem integral e interdisciplinar do paciente e de sua família;
- Elaborar e implantar protocolos clínicos e fluxos assistenciais;
- Identificar pacientes elegíveis e propor planos individualizados de cuidado;
- Promover o acolhimento humanizado e comunicação empática com familiares;

- Apoiar decisões clínicas em situações de terminalidade e bioética;
- Articular-se com o NIR e o Serviço Social na definição de planos de alta ou continuidade do cuidado;
- Garantir registro sistemático das condutas e decisões clínicas;
- Estimular a formação permanente em cuidados paliativos e ética assistencial;
- Elaborar relatórios e pareceres técnicos à Direção;
- Integrar-se com a Comissão de Humanização (CH) e o NQSP na consolidação da cultura do cuidado centrado na pessoa.

§25 – À Comissão de Residência Médica (COREME) compete:

- A Comissão de Residência Médica do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, terá como principais objetivos específicos:
- Desenvolver e implementar um regulamento para os programas de residência médica, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).
- Promover a articulação entre as diversas especialidades médicas e a prática pediátrica, facilitando a formação integral dos residentes e a prática colaborativa entre os profissionais.
- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação e supervisão dos residentes, garantindo que as práticas estejam alinhadas com as melhores evidências e protocolos de atendimento pediátrico.
- Fomentar projetos de pesquisa e a produção de conhecimento no âmbito da residência, incentivando os residentes a desenvolver pesquisas que contribuam para a melhoria da assistência à saúde infantil.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o Núcleo de Educação Permanente e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS), para promover uma abordagem colaborativa na formação e cuidado.

§26 – À Comissão de Residência Multidisciplinar (COREMU) compete:

- Desenvolver e implementar um regulamento para os programas de residência, em conformidade com as diretrizes do **Ministério da Saúde** e da **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)**.
- Promover a articulação entre as diversas áreas de atuação da saúde, facilitando a formação integral dos residentes e a prática colaborativa entre as diferentes disciplinas.

- Monitorar e avaliar a qualidade das atividades de formação e supervisão dos residentes, garantindo que as práticas estejam alinhadas com as melhores evidências e protocolos de atendimento pediátrico.
- Fomentar a pesquisa e a produção de conhecimento no âmbito da residência, incentivando os residentes a desenvolver projetos de pesquisa que contribuam para a melhoria da assistência à saúde infantil.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o **Núcleo de Educação Permanente** e a **Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS)**, para promover uma abordagem colaborativa na formação e cuidado.

§27 – Ao Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) compete:

- O Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto terá como principais objetivos:
- Desenvolver e implementar um plano estratégico para o ensino e a pesquisa, alinhado às necessidades do hospital e às demandas da saúde pediátrica, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Promover programas de formação e capacitação para profissionais de saúde, incluindo cursos, workshops e seminários que abordem temas relevantes para a prática clínica pediátrica e a pesquisa em saúde.
- Facilitar a realização de pesquisas clínicas e acadêmicas no hospital, promovendo a colaboração entre profissionais de saúde e instituições acadêmicas, e apoiando o processo de submissão de projetos à Comissão de Ética em Pesquisa.
- Criar um banco de dados de pesquisas realizadas e em andamento, bem como de publicações científicas relacionadas à saúde pediátrica, visando a disseminação do conhecimento produzido.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o Núcleo de Educação Permanente e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS), para promover uma abordagem colaborativa na formação e pesquisa.

§28 – Ao Núcleo de Educação Permanente compete:

- O Núcleo de Educação Permanente do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto terá como principais objetivos:
- Desenvolver e implementar um plano de educação permanente que aborde as necessidades específicas dos profissionais que atuam na área pediátrica, em

conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

- Promover cursos, workshops e seminários sobre temas relevantes para a prática clínica pediátrica, incluindo atualização sobre protocolos de atendimento, segurança do paciente e novas tecnologias em saúde.
- Fomentar a cultura de aprendizagem contínua, incentivando a participação dos profissionais em eventos externos e na troca de experiências com outras instituições de saúde.
- Avaliar a eficácia das ações de educação permanente, coletando feedback dos participantes e ajustando as atividades conforme necessário para atender às demandas da equipe.
- Integrar-se com outras comissões e núcleos do hospital, como o Núcleo de Segurança do Paciente e o Comitê de Controle de Infecção Hospitalar (CCIRAS), para garantir uma abordagem colaborativa na formação dos profissionais.

§29 – À Comissão de Biossegurança compete:

- Promover a conscientização na redução dos riscos e danos potenciais à saúde, seja na proteção do meio-ambiente pela manipulação e descarte de resíduos químicos, tóxicos e infectantes;
- Promover ações voltadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos inerentes às atividades prestadas na instituição;
- Monitoramento por meio de outras comissões que fiscalizam as atividades laboratoriais e controle de risco (saúde humana e ambiente), como a Comissão de Gerenciamento de Resíduos, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - SCIRAS, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, entre outras.

§30 – À Comissão de Acidentes com Material Biológico compete:

- Analisar os dados estatísticos dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes nesta instituição;
- 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;
- Propor sugestões ou estratégias para reduzir os 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;
- 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;
- Elaborar, implementar e atualizar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais perfuro cortantes

A partir da análise das situações de risco e dos acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfuro cortantes, a Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB) deve estabelecer as prioridades, considerando obrigatoriamente os seguintes aspectos:

- Situações de risco e acidentes com materiais perfuro cortantes que possuem maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue;
- Frequência de ocorrência de acidentes em procedimentos com utilização de um material perfuro cortante específico;
- Procedimentos de limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para uma elevada ocorrência de acidentes;
- Número de trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfuro cortantes.

§31 – À Comissão de Proteção Radiológica compete:

- Garantir aos pacientes da unidade um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.
- 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.
- Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.
- Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.
- Decidir sobre o produto utilizado na ferida, após a avaliação da mesma.
- Reduzir os custos hospitalares.

- Alterar, sempre que necessário, o produto escolhido para o tratamento da lesão do paciente, após comprovado seu malefício e acordado com o médico.
- Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.
- Elaborar protocolos e implantá-los com o intuito de melhorar a assistência ao paciente com lesões de pele dentro da unidade.
- Supervisionar o cumprimento do protocolo elaborado pela comissão.
- 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.
- Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.
- 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.
- Acompanhar os pacientes com lesões que receberam alta hospitalar da instituição ambulatorialmente, e os demais pacientes encaminhados de outros serviços de saúde.

§32 – À Comissão Técnica de DRG (Diagnosis Related Groups), compete:

- Coordenar o processo de implantação e consolidação do sistema DRG;
- Elaborar e manter atualizado o dicionário de dados DRG e as tabelas de codificação;
- Analisar e validar a acurácia das codificações de diagnósticos e procedimentos;
- Capacitar as equipes assistenciais e administrativas sobre a metodologia DRG;
- Monitorar indicadores assistenciais e econômicos derivados do DRG;
- Promover reuniões de análise crítica de casos e amostras dirigidas;
- Integrar os resultados DRG às metas contratuais e indicadores institucionais;
- Propor ações corretivas e preventivas com base nas análises realizadas;
- Emitir relatórios mensais e quadrimestrais à Direção Técnica e ao ISMS;
- Garantir a confidencialidade e integridade dos dados assistenciais;
- Apoiar a avaliação de desempenho das equipes médicas com base nos resultados DRG.

SEÇÃO II - DAS DIRETORIAS

Art. 10 - À Diretoria Técnica, compete:

Parágrafo único: A Diretoria Técnica será subordinada ao DIRETOR GERAL e será o órgão que representará a operação Médica no hospital.

São atribuições do Diretor Técnico:

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

§1 - À Coordenação Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Anestesia compete:

Parágrafo único: A coordenação Obstetrícia, Ortopedia, Pediatria e Anestesia será subordinada à Diretoria Técnica e será o órgão que representará a operação Médica no hospital:

- I. Liderar os colaboradores da unidade
- II. Garantir que a unidade seja referência para a sociedade
- III. Coordenar planos de atendimento ao paciente

- IV. Organizar escalas de plantão e férias
- V. Promover substituições na área de responsabilidade
- VI. Coordenar a elaboração de rotinas
- VII. Planejar formas de melhorar a qualidade do atendimento
- VIII. Criar sistemas e fluxos de trabalho eficientes
- IX. Participar de reuniões departamentais
- X. Manter-se atualizado sobre iniciativas de negócios

§2 – Ao Corpo Clínico compete:

O Corpo Clínico da Unidade Hospitalar constitui uma entidade autônoma, definida quanto a sua estrutura, atribuições e competências, congregando todos os médicos da instituição, tendo como compromisso a autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, **resguardando os princípios da ética e moral**, e as seguintes finalidades:

- I. Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos, assegurando condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica;
- II. Estudar soluções para os problemas de ordem médico-administrativo, em conjunto com a Diretoria da Instituição;
- III. Trabalhar para a solução de eventuais problemas de ordem legal, perante as autoridades de saúde e outras ligadas ao Poder Público;
- IV. Estimular e desenvolver pesquisas;
- V. Assegurar a melhor assistência possível à clientela da Instituição, garantindo o direito de cada paciente dispor de um médico responsável pela sua assistência;
- VI. Colaborar com a diretoria da instituição no estabelecimento de normas e rotinas para a melhoria dos serviços prestados;
- VII. Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- VIII. Executar e fazer executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa;
- IX. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- X. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;
- XI. No caso da Instituição Hospitalar, garantir plantão médico que possibilite a assistência aos pacientes nas 24 horas, de forma imediata e contínua, no formato de horizontalidade, com hospitalistas.

- XII. Trabalhar dentro da proposta de Hospital de Ensino, com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas, para o objetivo de ser Hospital de Ensino e Pesquisa.

Parágrafo único: A Corpo Clínico será subordinada à Diretoria Técnica e será o órgão que representará a operação Médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

Ao Bloco Cirúrgico compete:

- I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, visando ao melhor nível de assistência;
- II. decidir sobre a alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para as Unidades;
- III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
- V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VI. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- X. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XIV. Parágrafo Único – As atividades do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À Unidade de Terapia Intensiva compete:

- I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes que apresentem instabilidade grave ou alto risco de instabilidade em um sistema fisiológico

- principal, visando ao melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- II. decidir sobre a admissão e alta, avaliando os pacientes previamente à transferência para a Unidade;
 - III. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria de assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
 - IV. fazer registro diário dos serviços prestados;
 - V. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
 - VI. preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
 - VII. preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
 - VIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
 - IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
 - X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
 - XI. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
 - XII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
 - XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
 - XIV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§1 ao médico intensivista compete:

- I. Prestar assistência médica a todos os pacientes internados no Hospital;
- II. o médico intensivista deve ser exclusivo da UTI;
- III. conhecer o caso de todos os pacientes sob seus cuidados na UTI e possíveis intercorrências durante o plantão;

- IV. realizar evolução clínica dos pacientes internados no Hospital;
- V. prestar assistência aos pacientes nas intercorrências durante seu período de plantão;
- VI. realizar diariamente a prescrição médica dos pacientes da unidade;
- VII. coordenar a equipe multidisciplinar do plantão, de acordo com as necessidades dos pacientes internados e conforme as orientações do médico diarista;
- VIII. acompanhar as visitas médicas e multidisciplinares que acontecem durante seu plantão, junto com o diarista e/ou coordenador da equipe, participando das discussões e decisões tomadas;
- IX. passar o plantão presencial, idealmente elaborando documento escrito ("handover"), nos turnos específicos;
- X. ser pontual;
- XI. zelar pelas condutas e decisões tomadas na visita de leitos (rounds) multiprofissional e no planejamento terapêutico, não realizando alterações sem prévia comunicação e contato, salvo em caso de necessidades urgentes, em acordo com o médico diarista/rotina (e.g., troca de antibióticos, altas não programadas);
- XII. preencher o prontuário do paciente, registrando todos os procedimentos realizados e as decisões tomadas;
- XIII. realizar durante a visita diária o contato com familiares de pacientes internados;
- XIV. elaborar relatórios de alta e transferência do paciente de alta da UTI, bem como estabelecer contato médico com médico assistente e/ou outras clínicas;
- XV. cumprir sua escala de plantão, previamente elaborada e informada pela coordenação da unidade;
- XVI. participar das reuniões clínicas realizadas pela coordenação de UTI ou outras lideranças médicas, quando convocadas;
- XVII. preencher o livro de ocorrência do plantão, sendo obrigatória sua disponibilização no Hospital, e comunicar de forma oficial ao médico diarista/rotina e/ou coordenador da UTI sempre que necessário;
- XVIII. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, auxiliar na orientação dos residentes que estão atuando no Hospital, de acordo com sua disponibilidade e em comum acordo com o coordenador e preceptores do programa. Deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente durante seu turno. Poderá atuar na condição de preceptor caso haja interesse e disponibilidade.

Ao Pronto Socorro/Acolhimento compete:

- I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Hospitalar do hospital;
- II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através da Coordenação Administrativa, Coordenação de Urgência / Emergência (Supervisão de Clínica);
- III. prestar assistência de urgência e emergência aos pacientes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, incluindo cirurgias de urgência em pacientes internados nas Unidades onde não haja cirurgião compondo seu corpo clínico;
- IV. coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- V. coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- VI. fazer registro diário dos serviços prestados;
- VII. estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- IX. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XII. manter contato com a Direção Hospitalar do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – A função de Coordenador do Serviço de Pronto Socorro deverá ser exercida por médico de reconhecida qualificação e experiência profissional, e serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

À Internação/Enfermaria compete:

- I. planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar diariamente a evolução dos pacientes nos diversos setores, discutindo com o médico responsável as características

daquele atendimento ou adotando medidas administrativas para o melhor atendimento aos pacientes e ao serviço;

- II. orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência intensiva e urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- V. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. manter contato com a Coordenação de Urgência e Emergência, objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- IX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§1 -O médico diarista/rotina deve:

- I. liderar a equipe multiprofissional na assistência ao paciente grave;
- II. implantar e discutir, em conjunto com a equipe multiprofissional, o plano e planejamento terapêuticos dos pacientes internados no Hospital;
- III. certificar-se da documentação do plano e planejamento terapêutico dos pacientes em evolução própria do médico diarista ou em conjunto com a evolução do plantonista;
- IV. implementar e garantir processos de assistência seguros e de qualidade (ex.: implementação de protocolos, dupla checagem dos processos);
- V. revisar as prescrições médicas, garantindo a execução do plano e planejamento terapêuticos necessários para a segurança do paciente;
- VI. auxiliar procedimentos difíceis e/ou tecnicamente complexos sempre que necessário;
- VII. revisar e zelar pelo adequado preenchimento do prontuário do paciente, assim como de todos os procedimentos realizados e todas as decisões tomadas;
- VIII. realizar visitas beira-leito (rounds) médicas e multidisciplinares com discussão e programação conjunta de condutas e decisões do tratamento;

- IX. discutir com o médico coordenador da unidade as condutas e decisões do tratamento, bem como as pendências e dificuldades encontradas na condução dos casos sempre que necessário;
- X. cumprir a missão de conduzir os pacientes de forma segura e com qualidade, por meio de assistência presencial, e também orientar e discutir de modo não presencial os casos e suas intercorrências com o médico plantonista ou com a coordenação da unidade e, ainda, em caráter de sobreaviso remunerado (disponibilidade) sempre que necessário, conforme delineado pela coordenação médica, de forma a garantir a supervisão das condutas e a horizontalidade na assistência, evitando descontinuidade na linha de cuidados;
- XI. decidir admissão e alta de pacientes, junto com os demais componentes da equipe;
- XII. certificar-se da execução de relatórios e pareceres de alta do paciente da UTI, inclusive da realização de contato médico com outras clínicas, necessário à saída do paciente;
- XIII. realizar o contato com familiares de pacientes internados durante a visita em situações especiais;
- XIV. assumir a coordenação da UTI na ausência ou impossibilidade do coordenador;
- XV. auxiliar o plantonista em suas funções em casos de sobrecarga de atribuições, se necessário;
- XVI. nos hospitais de ensino e com programas de especialização ou residência, deve assegurar que os residentes e alunos atuem dentro dos padrões éticos e de segurança do paciente. O médico diarista/rotina pode atuar como coordenador ou preceptor do programa de especialização ou residência caso seja de seu interesse e de acordo com a instituição.

Ao Ambulatório compete:

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

- V. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VI. Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- VII. Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros das clínicas de especialidades ofertadas no Hospital (cardiologia/risco cirúrgico; Ginecologia; Infectologia; Angiologia);
- VIII. Solicitar e manter atualizado no CNES os respectivos nomes dos especialistas da unidade hospitalar;
- IX. Solicitar e manter atualizados os registros de RT's de especialidades médicas e não médicas sob sua responsabilidade junto aos conselhos de classe;
- X. Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XI. Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- XII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIV. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- XVI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Ao Diagnóstico Imagem compete:

- I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Serviço, visando uma melhor qualidade dos exames de diagnóstico por imagem realizados;
- II. observar rigorosamente as normas de proteção contra as radiações;
- III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
- IV. estabelecer sistema de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
- V. fazer registro diário dos serviços prestados;
- VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- X. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

Ao Laboratório Análises Clínicas compete:

- I. supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do Laboratório, visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;
- II. realizar todos os exames de análises clínicas para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;
- III. integrar-se com os profissionais da medicina para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
- IV. estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência do Serviço de Pronto Socorro e de pacientes internados;
- V. fazer registro diário dos serviços prestados;
- VI. manter contato com a Diretoria Técnico-Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- VII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- IX. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- X. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XI. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no Laboratório;
- XII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Laboratório de Análises Clínicas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§3 - À Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- I. Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial; fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares;
- II. Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação - NIR;
- III. Promover a articulação da instituição com os serviços da rede, viabilizando a continuidade do cuidado;
- IV. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades métodos diagnósticos para agilizar transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição;
- V. Discutir com as equipes médicas e chefias de unidades a criação de protocolos administrativos e assistenciais para melhorar o fluxo regulatório;
- VI. Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital através do instrumento formal de contratualização;
- VII. Prezar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios em consonância com o preconizado pela Política Nacional de Regulação e de acordo com as diretrizes e grades de referência definidas pelo gestor local do Sistema Único de Saúde - SUS;
- VIII. Participar dos processos de organização dos fluxos internos e externos de referência e contrarreferência dos usuários atendidos no hospital;
- IX. Representar o Núcleo Interno de Regulação - NIR em suas relações internas e externas.
- X. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas da instituição e outros que venham ser determinados;
- XI. Executar outras tarefas correlatas à área;
- XII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;
- XV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

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

§1 - a função do NIR hospitalar deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do NIR serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§4 - À Agência Transfusional compete:

- I. Promover a conscientização da comunidade no que concerne à doação voluntária de sangue, de medula óssea e de sangue de cordão umbilical e placentário;
- II. Promover a captação, a seleção de doador de sangue total e por aférese, a coleta de sangue total e por aférese, a realização dos exames de triagem, o armazenamento e a distribuição do Hemocomponentes, garantindo o seu abastecimento;
- III. Promover a captação, seleção de candidato a doação para transplante de medula óssea e coletas de sangue para a realização dos exames para o REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea;
- IV. Promover a captação, seleção de doadoras grávidas, coletas de sangue, realização dos exames de triagem, armazenamento e distribuição do sangue de cordão umbilical e placentário no hospital;
- V. Atualizar os cadastros do REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, e de sangue de cordão umbilical e placentário;
- VI. Manter estoques estratégicos de sangue e hemocomponentes para atender as emergências hospitalares;
- VII. Elaborar e fazer cumprir normas técnicas de acordo com os regulamentos nacionais vigentes, aplicáveis às atividades de Hemoterapia;
- VIII. Promover integração entre as equipes atuantes na área de hemoterapia da com as outras áreas do hospital
- IX. Elaborar protocolos, realizar treinamentos periódicos e conscientizar profissionais de saúde da unidade quanto ao Uso Racional de Hemocomponentes e Hemoderivados;
- X. Elaborar protocolos sobre as Hemoglobinopatias Hereditárias e Coagulopatias, Hereditárias e manter atualizados;
- XI. Normatizar, quando necessário, e fazer cumprir os regulamentos referentes ao Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, Boas Práticas e Práticas de Biossegurança nos Serviços de Hemoterapia do hospital;
- XII. Garantir a realização dos processos acima, dentro dos padrões de qualidade e normas sanitárias vigentes;
- XIII. Fomentar a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade no serviço hospitalar;
- XIV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XV. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- XVI. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XVIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIX. Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no setor;
- XX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXI. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1 - a função de coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue deverá ser exercida por um profissional de nível superior qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades do coordenador da Agencia Transfusional/Banco de Sangue serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§5- À Serviço Controle de Infecção Hospitalar compete:

- I. Diagnosticar, prevenir e tratar infecções hospitalares
- II. Promover a higiene das mãos e medidas de precaução para evitar a transmissão de microrganismos
- III. Identificar as interfaces de todos os setores de apoio nas ações de prevenção e controle de infecções
- IV. Implantar ações de biossegurança
- V. Adotar normas e procedimentos seguros para a saúde dos pacientes, profissionais e visitantes
- VI. Elaborar normas e rotinas
- VII. Controlar o uso racional de antimicrobianos
- VIII. Educar os profissionais de saúde em prevenção de infecções
- IX. Monitorar os custos na prevenção e tratamento das infecções hospitalares

§6- Ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica compete:

- I. Orientar e auxiliar no preenchimento de fichas de notificação
- II. Investigar e encaminhar casos de doenças de notificação compulsória

- III. Monitorar e avaliar o perfil de morbimortalidade hospitalar
- IV. Realizar treinamento para os profissionais do hospital
- V. Participar de investigações de surtos e interromper a cadeia de transmissão
- VI. Coletar, analisar e interpretar dados de saúde dos pacientes e colaboradores
- VII. Recomendar medidas de prevenção e controle

§7 - Ao Departamento Ensino e Pesquisa compete:

- I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento do ensino e pesquisa, acompanhar cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência;
- II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. organizar e normatizar o atendimento aos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas, preceptores e tutores;
- V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;

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

§8 – Ao Escritório de Gestão de Altas compete:

- I. Ao Escritório de Gestão de Altas compete ser uma estratégia institucional de eficiência de fluxos hospitalares e de redes de atenção à saúde, por meio de múltiplas intervenções nos processos relacionados à assistência ao paciente hospitalizado.
- II. A organização e definição dos fluxos e processos de atuação do Escritório de Gestão de Altas se faz fundamental para a sua estruturação na instituição hospitalar.
- III. Tendo por foco a atuação na desospitalização dos pacientes internados no hospital, o Escritório de Gestão de Altas identifica de forma precoce os pacientes que terão dificuldades para efetivação da alta hospitalar e assim apontar padrões sistêmicos de obstáculos ao fluxo dos pacientes.
- IV. A atuação sistêmica do Escritório de Gestão de Altas também ocorre através da implementação da governança clínica em toda a instituição hospitalar, propiciando uma alta segura e ágil para os pacientes internados, além de uma transição segura para o ambiente extra-hospitalar.

§9 – Ao DRG compete:

O DRG (Diagnosis Related Groups) do Hospital Regional Dr. José Simone Netto, em Ponta Porã/MS, é uma instância técnico-operacional e analítica, vinculada à Direção Técnica e à Direção Médica Corporativa, responsável por coordenar, padronizar, analisar e monitorar o sistema de classificação hospitalar baseado em grupos relacionados ao diagnóstico (DRG).

Sua finalidade melhorar a eficiência assistencial, a acurácia das informações clínicas e administrativas, e a qualidade dos indicadores de desempenho hospitalar, fortalecendo a gestão de custos, produtividade e desfechos clínicos

§1 - São Atribuições DRG:

- Coordenar o processo de implantação e consolidação do sistema DRG;
- Elaborar e manter atualizado o dicionário de dados DRG e as tabelas de codificação;
- Analisar e validar a acurácia das codificações de diagnósticos e procedimentos;
- Capacitar as equipes assistenciais e administrativas sobre a metodologia DRG;
- Monitorar indicadores assistenciais e econômicos derivados do DRG;
- Promover reuniões de análise crítica de casos e amostras dirigidas;

- Integrar os resultados DRG às metas contratuais e indicadores institucionais;
- Propor ações corretivas e preventivas com base nas análises realizadas;
- Emitir relatórios mensais e quadrimestrais à Direção Técnica e ao ISMS;
- Garantir a confidencialidade e integridade dos dados assistenciais;
- Apoiar a avaliação de desempenho das equipes médicas com base nos resultados DRG.

SUB-SEÇÃO III

Art. 11 - À Diretoria Administrativa /Financeira, compete:

Parágrafo único: A Diretoria Administrativa /Financeira será subordinada ao DIRETOR GERAL e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

§1 - São Atribuições Diretoria Administrativa /Financeira

A Diretoria Administrativa e Financeira é responsável por gerir as finanças e o orçamento, além de coordenar as atividades administrativas.

- Gerir os processos de compra, contratação de serviços e obras
- Controlar os pagamentos e aplicações dos recursos financeiros
- Elaborar relatórios financeiros, orçamentos e balanços
- Garantir a conformidade fiscal da organização
- Gerir os investimentos e seguros
- Gerir os talentos
- Realizar auditorias
- Prever o fluxo de caixa e as vendas
- Acompanhar o patrimônio da empresa
- Conhecer a lucratividade e rentabilidade

Art. 12- À Diretoria de Enfermagem compete:

Parágrafo único: A Diretoria de Enfermagem será subordinada ao DIRETOR GERAL e será o órgão que representará a operação assistencial no hospital.

§1 - São Atribuições Diretoria de Enfermagem:

- I. Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Diretoria Técnica-Assistencial do hospital;

- II. Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Internação; UTI's; Unidade de Urgência e Emergência; Unidade Ambulatorial/SADT; Centro Cirúrgico; Agencia Transfusional/banco de sangue; Qualidade e Segurança do Paciente.
- III. Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- IV. Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- V. Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- VI. Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;
- VII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VIII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- IX. Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro/técnico de enfermagem;
- X. Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- XI. Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- XII. Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
- XIII. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- XIV. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XV. Manter contato com a Direção Hospitalar e diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVI. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem;
- XVII. Representar a instituição hospitalar junto aos órgãos competentes sempre que lhe for solicitado pelo DIRETOR GERAL e Diretoria Técnica;
- XVIII. Responder aos serviços de comunicação, interna e externa, sempre em questões relativas a assistência da enfermagem do hospital;

XIX. Exercer outras atribuições que lhe forem solicitadas pela SES e/ou gestor do contrato sempre em observância da lei vigente.

Parágrafo Único - a função de Diretoria de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

- I. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- II. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

SECÃO III – DAS COORDENAÇÕES E SUPERVISÕES

Art. 13 – À Coordenação de Suprimentos compete

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
- II. receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Administrativa e Financeira;
- III. efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Diretoria do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- IV. manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;
- V. fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;
- VI. obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;
- VII. manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- VIII. atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
- IX. providenciar o tombamento dos bens patrimoniais do hospital, conforme orientação da Administração Central, mantendo seus registros cadastrais atualizados e efetuando

levantamentos periódicos para fins de controle e prestação de contas mediante a legislação vigente;

- X. controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- XI. efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes da Administração Pública Estadual;
- XII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XV. manter contato com a Gerência Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§1 - Ao Almoxarifado compete

- I. **Recebimento e conferência:** Verificar se os materiais recebidos correspondem ao pedido, checar a qualidade, as quantidades e as condições de entrega, conferindo com a nota fiscal.
- II. **Armazenamento e organização:** Guardar os materiais de forma organizada e segura, utilizando etiquetas e sistemas de catalogação, para facilitar a localização. A organização deve otimizar o espaço e garantir a integridade dos produtos.
- III. **Controle de estoque:** Manter o registro preciso do que entra e sai, realizando inventários periódicos para garantir que os dados do sistema correspondam à realidade física do estoque. Isso evita perdas, desperdícios, faltas ou excessos de materiais.
- IV. **Distribuição e expedição:** Realizar a entrega dos materiais solicitados pelos diferentes setores da empresa de forma eficiente, garantindo que o que é necessário esteja disponível no momento certo.
- V. **Gestão de devoluções:** Receber materiais com defeito ou que precisam ser devolvidos, documentando o problema para posterior análise.
- VI. **Elaboração de relatórios:** Gerar relatórios sobre a movimentação de estoque, consumos e outras informações relevantes para a gestão da empresa.

- VII. Manutenção da documentação: Arquivar documentos pertinentes às operações do almoxarifado para futuras consultas.

§2 - Ao CAF compete

- I. Gestão de medicamentos: Coordenar a seleção, aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais.
- II. Políticas de saúde: Consolidar e implementar a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- III. Acesso: Garantir e ampliar o acesso da população a medicamentos seguros e eficazes.
- IV. Uso racional: Formular diretrizes para o uso racional de medicamentos e atualizar protocolos de tratamento.
- V. Tecnologia em saúde: Participar da gestão da incorporação e avaliação de tecnologias em saúde.

§3 - À OPME compete:

Parágrafo único: A **OPME**, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, compete toda a cadeia referente a esses materiais, desde a procura do fornecedor até a aplicação do insumo em uma cirurgia.

- I. coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento das necessidades das OPMEs, visando ao melhor nível de assistência;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. manter contato com a Diretoria Técnico do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- IV. preencher e controlar adequadamente as solicitações das OPME, dos pacientes;
- V. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII. primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 14 - À Coordenação de Farmácia compete

- I. planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação Médica;

- II. coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
- V. elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;
- VI. receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- VII. controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- VIII. emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- IX. elaborar avaliações farmacoeconômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- X. desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- XI. manipular e preparar soluções desinfetantes e anti-sépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- XII. controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;
- XIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XVI. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XVIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

Art. 15 - À Coordenação Administrativa e Financeira, compete:

Parágrafo único: A Coordenação Administrativa e Financeira será subordinada ao DIRETOR Administrativo - Financeiro e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

São atribuições:

- I. gerenciar, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos e Financeiros, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção Geral;
 - II. aprovar requisições, especificações e pedidos de compra de equipamento, material e serviços, se forem o caso;
 - III. despachar com o Diretor geral;
 - IV. baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
 - V. assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
 - VI. distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
 - VII. elogiar e propor o DIRETOR GERAL penas disciplinares aos servidores;
 - VIII. zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
 - IX. proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
 - X. participar de reuniões promovidas pelo Diretor geral;
 - XI. convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
 - XII. elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação ao DIRETOR GERAL;
 - XIII. requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação bem como providenciando reposição, quando necessário.
- I. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;
 - II. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações e Supervisões

Parágrafo Único – A função de coordenação administrativa e financeira deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - Ao Financeiro compete

- cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;
- planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das Coordenações e Supervisões:

- planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;
- executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
- fazer registro diário dos serviços prestados;
- zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – A função de Financeiro deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À Prestação de Contas compete

O Serviço de Prestação de Contas é um órgão de apoio da Gerência Financeira com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas Organizacionais de contas, de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital.

- I. prestar assessoria o DIRETOR GERAL em assuntos relacionados com as atividades de controles internos;
- II. elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;
- III. antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes;
- IV. realizar revisão de todos os processos administrativos de despesas com pessoal, de compras e serviços, seja na isenção ou por procedimento licitatório;
- V. emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do hospital;
- VI. apurar os resultados de metas contratuais sobre resultado de produção;

- VII. emitir relatório portfólio de indicadores de produção e metas de desempenho, submeter aprovação do Conselho de Administração do Instituto Social Mais Saúde (ISMS);
- VIII. publicar no site SIGOs os arquivos mensais de Portfólio de Indicadores de Produção, Indicadores de Qualidade, Indicadores de Rh, absenteísmos e turnover, Pesquisa de Satisfação, relatório de atividades, relatórios da ouvidoria, Atas e listas de presenças das Reuniões das comissões internas;
- IX. produzir os relatórios mensais, trimestrais, quadrimestrais e semestrais para apuração dos resultados
- X. realizar auditorias periódicas, observando o estoque, a fim de garantir a obediência das normas e a lisura na contagem e no registro dos mesmos;
- XI. avaliar periodicamente o sistema de controle interno do hospital, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;
- XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único – O Serviço da Prestação de Contas é exercido, preferencialmente, por profissional com comprovada experiência para o exercício da função e suas atribuições serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas do hospital.

§3 - À Tecnologia da Informação, compete:

Parágrafo único: A TI será subordinada ao Diretoria Administrativa - Financeira e será o órgão que representará a operação Administrativa no hospital.:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;
- IV. emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;
- V. manter os equipamentos de informática em perfeitas condições de uso;
- VI. efetuar o processamento de dados relacionados à folha de pagamento e produção médica;

- VII. proporcionar aos demais setores do hospital os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;
- VIII. manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- X. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§4 - À Contabilidade compete

- I cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Financeira do hospital;
- II planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;
- III executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
- IV fazer registro diário dos serviços prestados;
- V zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- VI estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- VII colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- VIII manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- IX elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – A função de Contabilidade deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§5 – Ao Patrimônio compete

- I. Supervisionar a equipe de trabalho, distribuindo tarefas e estabelecendo prioridades
- II. Realizar inventário de bens patrimoniais
- III. Contabilizar e identificar novos bens adquiridos
- IV. Controlar saldos de contratos de compra e venda
- V. Determinar o tipo de bem para fins de depreciação
- VI. Supervisionar a reavaliação de bens por terceiros
- VII. Baixar bens patrimoniais, podendo transferir a posse
- VIII. Gerar relatórios de depreciação e de imobilizado
- IX. Prestar informações a auditorias internas e externas
- X. Contratar seguro patrimonial

§6 - À Controladoria compete

- I. Supervisionar equipes de analistas
- II. Elaborar e supervisionar relatórios gerenciais
- III. Garantir o faturamento médico-hospitalar
- IV. Controlar o estoque de terceiros
- V. Realizar atendimento a fiscalizações
- VI. Conferir e entregar as obrigações acessórias
- VII. Elaborar procedimentos da qualidade
- VIII. Participar da manutenção e melhoria dos sistemas de gestão
- IX. Controlar as operações comerciais

§7 - Ao Núcleo de Práticas Assistenciais compete

- I. Coordenação do cuidado: Realiza a avaliação e o acompanhamento do paciente durante todo o seu percurso hospitalar, garantindo que as necessidades clínicas sejam atendidas.
- II. Gestão de fluxo e leitos: Gerencia a ocupação de leitos, o fluxo de entrada e saída de pacientes e a organização de consultas e exames, visando otimizar a capacidade instalada.

- III. Garantia de qualidade e segurança: Implementa e monitora protocolos de segurança do paciente, como os de identificação, comunicação e uso seguro de medicamentos, e mapeia os riscos assistenciais.
- IV. Monitoramento e regulação: Elabora planos de ação e monitora indicadores de desempenho para a melhoria contínua da qualidade assistencial.
- V. Gestão de informações: Produz informações de qualidade sobre o fluxo de usuários e a oferta de serviços para subsidiar decisões estratégicas.
- VI. Articulação com a rede de saúde: Mantém o contato com a APS de origem para garantir a continuidade do cuidado e a transferência de informações relevantes, assegurando que o paciente seja contra-referenciado ao serviço de atenção primária.
- VII. Treinamento e capacitação: Realiza o treinamento e a capacitação da equipe, garantindo que os profissionais estejam preparados para as rotinas e os desafios do hospital.

§8 - Ao SADT (Agendamentos e Monitoramentos) compete

- I. Conhecimento técnico na área de saúde: Domínio sobre procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados no SADT (como exames laboratoriais, de imagem, fisioterapia, etc.).
- II. Normas regulatórias: Familiaridade com legislações, normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Anvisa e demais órgãos reguladores.
- III. Gestão de indicadores: Habilidade para monitorar e interpretar KPIs (como TAT - tempo de resposta de exames, ocupação de salas, índices de satisfação).
- IV. Tecnologia em saúde: Familiaridade com sistemas de gestão hospitalar (TISS, TUSS) e equipamentos diagnósticos.
- V. Planejamento e organização: Capacidade de planejar recursos humanos e materiais para garantir a eficiência dos serviços.
- VI. Gestão de recursos: Controle de orçamento, estoque de insumos e equipamentos.
- VII. Análise de processos: Identificar gargalos operacionais e implementar melhorias.
- VIII. Elaboração de relatórios: Produção de relatórios gerenciais para a alta direção.
- IX. Liderança: Saber motivar, engajar e liderar equipes multidisciplinares.
- X. Gestão de conflitos: Resolver problemas e divergências de maneira assertiva e ética.
- XI. Capacitação da equipe: Identificar necessidades de treinamento e desenvolvimento profissional.

- XII. Comunicação efetiva: Estabelecer um fluxo claro de comunicação com diferentes níveis hierárquicos.
- XIII. Tomada de decisão: Habilidade para tomar decisões rápidas e assertivas sob pressão.
- XIV. Orientação a resultados: Foco em alcançar metas operacionais e estratégicas.
- XV. Acompanhar diariamente o agendamento de consultas, exames e procedimentos.
- XVI. Garantir a eficiência no fluxo de atendimento ao paciente.
- XVII. Gerenciar a marcação e remarcação de reuniões e procedimentos.

§9 - Ao Facilities compete:

- A. Limpeza e Higienização:
 - 1. Garantir limpeza constante e em conformidade com normas específicas de controle de infecções hospitalares (como a Anvisa no Brasil).
 - 2. Supervisão de rotinas de higienização em áreas críticas (UTIs, salas cirúrgicas, laboratórios) e áreas administrativas.
- B. Manutenção Predial e Equipamentos:
 - 1. Supervisão de manutenções preventivas e corretivas em instalações elétricas, hidráulicas e estruturais.
 - 2. Supervisão de manutenção e calibração de equipamentos hospitalares essenciais.
- C. Gestão de Resíduos Hospitalares:
 - 1. Garantir o descarte adequado de resíduos biológicos, químicos e comuns conforme regulamentações locais.
 - 2. Monitorar o transporte e destino final dos resíduos.
- D. Gestão de Contratos de Serviços Terceirizados:
 - 1. Contratação e supervisão de empresas de segurança, alimentação, lavanderia, e outros serviços.
 - 2. Avaliação de desempenho e conformidade dos fornecedores.
- E. Gestão de Energia e Recursos:
 - 1. Implementação de medidas para eficiência energética.
 - 2. Controle de consumo de água, energia e outros insumos para evitar desperdícios.

F. Segurança e Acessibilidade:

1. Inspeção de sistemas de segurança, como alarmes de incêndio, câmeras de vigilância e sinalizações.
2. Garantir acessibilidade em todas as áreas, atendendo às normas de pessoas com deficiência (PCD).

G. Suporte Logístico:

1. Supervisão da logística de suprimentos, estoques médicos e não médicos.
2. Monitoramento do transporte interno e armazenamento.

§10 – Ao Faturamento compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Faturamento;
- II. fazer registro diário dos serviços prestados;
- III. classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com as comunicações das Unidades de Enfermagem;
- IV. classificar as contas por médico e por especialidade médica;
- V. calcular as despesas de internação e de atendimento de pacientes externos;
- VI. calcular outras contas de despesas por clientela, bem como as de particulares;
- VII. promover conferência dos cálculos de preços lançados nas contas;
- VIII. enviar documentação de faturamento a SESAPI;
- IX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- X. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XII. manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§11 - À Auditoria de prontuários compete:

A Auditoria de prontuários é um órgão de apoio da Coordenação Administrativa e Financeira, com intuito de organizar, aprimorar, otimizar e padronizar as atividades e rotinas organizacionais dos prontuários de forma a possibilitar a consecução dos objetivos do Hospital composta por:

- a. O processo de auditoria interna é realizado por profissionais da própria empresa auditada
- b. a auditoria interna reporta-se aos gestores e à presidência, sendo tratado como área de assessoramento;
- c. A auditoria interna colabora para que a alta gestão da empresa tenha sempre uma visão ampla da eficiência dos seus controles.
- d. Cabe também a este setor que avalie continuamente a aderência dos setores e colaboradores, ao seguimento dos controles e o cumprimento das normas e instruções estabelecidas no sistema de controle interno implantado.
- e. Objetivo: servir como aliada para a administração da empresa, sendo a base da certificação do cumprimento das normas, regimentos e políticas, provenientes dos controles internos.
- f. A auditoria interna pretende medir o nível de segurança dos controles internos existentes na empresa e, na constatação da ineficiência destes sugerir melhorias ou indicar inconformidades

Parágrafo Único – As atividades da Auditoria de prontuários serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas do hospital

Art. 16 - À Coordenação de Pessoas compete

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Unidade;
- II. elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- III. promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- IV. cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção administrativa do hospital;
- V. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes e Supervisões:
- VI. programar e avaliar os estágios desenvolvidos por área do hospital;

- VII. desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- VIII. encaminhar os servidores interessados para realização de consultas e exames médicos;
- IX. propor e implementar políticas de benefícios sociais;
- X. zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
 - zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
 - elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Supervisão de Gestão de Pessoas;
 - estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
 - colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
 - manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único – A função de Gerencia de Recursos Humanos deverá ser exercida por profissional de reconhecida qualificação e experiência e as atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§1 - Ao Recursos Humanos compete:

- I. Liderança e Gestão de Pessoas
 - A. Inspirar e motivar equipes.
 - B. Resolver conflitos de maneira eficaz.
 - C. Promover um ambiente de trabalho saudável e colaborativo.
- II. Comunicação
 - A. Capacidade de ouvir e transmitir informações com clareza.
 - B. Mediação entre funcionários e a alta gestão.
 - C. Promoção de uma cultura organizacional transparente.
- III. Conhecimento Técnico em RH
 - A. Domínio das leis trabalhistas e políticas internas.
 - B. Experiência com recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento de pessoal.
 - C. Gestão de benefícios, folha de pagamento e planos de carreira.

IV. Planejamento e Organização

- A. Criação e implementação de estratégias de RH alinhadas aos objetivos organizacionais.
- B. Monitoramento e avaliação de desempenho.
- C. Gestão de mudanças e adaptação a novos cenários.

V. Tomada de Decisão e Resolução de Problemas

- A. Análise de dados para identificar tendências e tomar decisões baseadas em informações.
- B. Implementação de soluções para desafios relacionados à gestão de pessoas.

§2 - Ao Departamento Pessoal compete

- I. Realizar a admissão;
- II. Manter o controle de frequência;
- III. Acompanhar e monitorar a inclusão e manutenção dos benefícios oferecidos pela companhia;
- IV. Organizar as férias;
- V. Planejar e executar a *folha de pagamento* e seus impostos;
- VI. Realizar a demissão.
- VII. Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- VIII. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- IX. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- X. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XI. Manter contato com a Departamento Pessoal, objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

§3 - Ao SESMT compete:

- I. Desenvolver um plano de ação baseado nos riscos identificados nos ambientes de trabalho.
- II. Garantir que os programas como PPRA (agora substituído pelo PGR), PCMSO, LTCAT e outros estejam atualizados e implementados.
- III. Verificar se as condições do ambiente atendem às normas regulamentadoras (NRs).
- IV. Realizar inspeções periódicas nos locais de trabalho para identificar e corrigir riscos.

- V. Supervisionar a elaboração e manutenção de relatórios e documentos obrigatórios, como fichas de EPI, fichas de treinamentos e relatórios de auditoria.
- VI. Acompanhar a validade e atualizações dos programas de saúde e segurança.
- VII. Assegurar que os trabalhadores recebam treinamentos obrigatórios, conforme as NRs.
- VIII. Promover campanhas e palestras sobre segurança no trabalho.
- IX. Analisar e investigar acidentes de trabalho, buscando identificar suas causas e implementar ações corretivas.
- X. Monitorar os indicadores de segurança, como taxa de frequência e gravidade.
- XI. Apresentar relatórios periódicos sobre as condições de segurança e saúde ocupacional à direção da empresa.
- XII. Garantir que as decisões relacionadas ao SESMT sejam alinhadas com os objetivos estratégicos da organização.
- XIII. Trabalhar em conjunto com Recursos Humanos, Produção e outras áreas para integrar a cultura de segurança no trabalho.
- XIV. Atuar como facilitador para o cumprimento das exigências legais e regulatórias.
- XV. Preparar a empresa para auditorias internas e externas.
- XVI. Garantir que todas as exigências de fiscalizações sejam cumpridas.
- XVII. Gerenciar a equipe de técnicos, engenheiros, médicos e enfermeiros do trabalho.
- XVIII. Incentivar a comunicação efetiva e a colaboração dentro da equipe.

§4 - Ao Núcleo de Educação Permanente compete:

- I. Elaborar e coordenar programas de educação continuada, com base nas demandas e necessidades institucionais.
- II. Definir estratégias pedagógicas para capacitação e desenvolvimento dos colaboradores.
- III. Organizar treinamentos técnicos, comportamentais e obrigatórios para as equipes.
- IV. Garantir que os profissionais estejam atualizados quanto aos protocolos assistenciais, tecnologias e legislações vigentes.
- V. Realizar diagnósticos das necessidades de educação continuada dentro do hospital.
- VI. Promover pesquisas ou avaliações para identificar lacunas de conhecimento ou habilidades.

- VII. estabelecer diálogo com lideranças e setores da instituição para alinhar os objetivos educacionais às metas organizacionais.
- VIII. Facilitar a integração entre ensino, pesquisa e prática assistencial.
- IX. Desenvolver ações educativas voltadas para a melhoria dos processos assistenciais.
- X. Trabalhar em consonância com as políticas de segurança do paciente.
- XI. Monitorar o impacto dos treinamentos na prática profissional e nos indicadores de qualidade do hospital.
- XII. Aplicar métodos de avaliação de desempenho relacionados às capacitações.
- XIII. Organizar materiais didáticos, infraestrutura e tecnologias educacionais.
- XIV. Gerir o orçamento destinado à educação permanente.
- XV. Buscar parcerias com instituições acadêmicas e de pesquisa.
- XVI. Fomentar o uso de novas metodologias e ferramentas no processo de ensino-aprendizagem.
- XVII. planejamento estratégico.

Art. 17- À Supervisão de Enfermagem compete:

§1 - À do Supervisão de Enfermagem compete:

As atribuições da supervisão de enfermagem incluem a gestão de equipes, planejamento de escalas de trabalho, supervisão e avaliação do atendimento ao paciente, garantia da qualidade e segurança do cuidado, e a coordenação das operações diárias para garantir o cumprimento de normas e a melhoria de processos.

- I. Gestão de equipe e processos
- II. Coordenação da equipe: Gerenciar, orientar, avaliar o desempenho e treinar enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.
- III. Escalas de trabalho: Elaborar e monitorar escalas de trabalho diárias e mensais.
- IV. Monitoramento e melhoria: Supervisionar os processos de trabalho e o fluxo de atendimento para identificar e implementar melhorias.
- V. Atendimento ao paciente e qualidade do cuidado
- VI. Supervisão do atendimento: Monitorar o atendimento direto aos pacientes e realizar procedimentos de maior complexidade quando necessário.

- VII. Garantia de qualidade: Assegurar que os protocolos e normas de segurança e qualidade do atendimento sejam seguidos.
- VIII. Suporte: Fornecer suporte emocional para a equipe, pacientes e suas famílias.
- IX. Gestão administrativa e operacional
- X. Gerenciamento de recursos: Monitorar a utilização de recursos como materiais e equipamentos médicos, e solicitar substituições quando necessário.
- XI. Manutenção de registros: Manter registros departamentais atualizados e garantir a conformidade com as normas técnicas e administrativas.

Art. 18 - À Coordenação do CC e CME, compete:

§1 - Ao Centro Cirúrgico, compete

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
- V. executar e supervisionar a prescrição médica;
- VI. providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;
- VII. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela – Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- VIII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- IX. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;

- X. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XI. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XII. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XIII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVI. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVII. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XVIII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XIX. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem do Centro Cirúrgico e CME serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

§2 - À Central De Material E Esterilização compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva e Tratamento de Queimados, Centros Cirúrgicos, Ambulatórios e Serviço de Pronto Socorro, mantendo estoque para as emergências;
- III. preparar o instrumental para as cirurgias de acordo com a programação cirúrgica;
- IV. proceder ao controle de entrada e saída de material;
- V. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o desempenho das atividades do serviço;

- VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- VIII. realizar os testes biológicos, emitir pareceres e encaminha-los mensalmente à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XI. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIII. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XIV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XV. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XVI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVII. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVIII. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XIX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Central de Material e Esterilização serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 19 - À Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando a adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
- II. prestar assistência de enfermagem intensiva aos pacientes internados nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;

- III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. executar e supervisionar a prescrição médica;
- V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;
- VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVI. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- XXI. **Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.**

Art. 20 - À Coordenação da Obstetrícia, compete:

- Coordenação da equipe: Organizar o trabalho da equipe de enfermagem obstétrica, delegando tarefas e assegurando que os recursos disponíveis sejam utilizados de forma eficaz.
- Gestão da assistência: Atuar em diversas áreas, como pronto-socorro ginecológico e obstétrico, centro obstétrico e alojamento conjunto, garantindo a continuidade do cuidado.
- Planejamento e organização: Participar da elaboração de protocolos assistenciais, normas, rotinas e procedimentos operacionais padrão (POP), com base em evidências científicas.
- Garantia de qualidade: Assegurar que a assistência prestada seja qualificada, segura e humanizada, respeitando os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.
- Implementação de tecnologias: Participar da escolha e implementação de novas tecnologias, como ultrassonografia obstétrica, para qualificar o cuidado e a tomada de decisões.
- Supervisão e avaliação: Supervisionar o trabalho da equipe, realizar avaliações de desempenho e garantir que os padrões de qualidade e segurança sejam cumpridos.
- Atuação em diferentes fases: A coordenação se estende desde a concepção, passando pela gestação e parto, até o puerpério e os cuidados com o recém-nascido e o abortamento.

Art. 21 - À Coordenação do Ambulatório, compete:

- I. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. atender os pacientes para marcação de consultas e encaminhá-los para o Serviço de Internação e Alta;
- V. orientar os pacientes que retornam ao Ambulatório após procedimentos cirúrgicos;

- VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XIV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVI. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

§1 - Ao Transporte Intra e extra Hospitalar compete:

- Descrever procedimentos de segurança no transporte de pacientes, levando em conta a legislação vigente, estratificação de risco e check-list.

- Organizar de forma racional, atualizada, ágil, eficaz, integral e segura o transporte interno hospitalar.
- Otimizar a qualidade da assistência e minimizar agravos e custos ao tratamento.
- Padronizar e sistematizar as condutas da equipe durante o transporte interno hospitalar dos pacientes.

§2 - Ao Maqueiro, compete:

- **Transporte de pacientes:** Movimentar pacientes dentro de hospitais usando macas, cadeiras de rodas ou camas.
- **Assistência e bem-estar:** Garantir o conforto e a segurança do paciente durante o transporte, especialmente em emergências.
- **Manutenção:** Zelar pela limpeza e conservação dos equipamentos, como macas e cadeiras de rodas.
- **Outras funções:** Auxiliar no transporte de exames, materiais, prontuários e, em alguns casos, preparar o ambiente para exames.

§3 – A Imobilização Ortopédica, compete:

- **Aplicação e remoção:** Podem realizar a aplicação e retirada de dispositivos de imobilização, como aparelhos gessados, talas, calhas e enfaixamentos, conforme a prescrição.
- **Cuidados com trações:** Incluem a preparação, instalação e retirada de trações transesqueléticas e o auxílio em manobras de redução manual.
- **Cuidado com feridas:** Atuam nos curativos em feridas e lesões de pele que necessitam de imobilização com calha gessada.
- **Supervisão e orientação:** O enfermeiro supervisiona os procedimentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem, além de prestar orientações aos pacientes e familiares.
- **Capacitação:** A equipe deve ser devidamente capacitada e certificada para atuar com imobilizações ortopédicas.

§4 – À OCI, compete:

- **Supervisão e liderança:** Liderar e capacitar a equipe de enfermagem, garantindo a execução correta dos procedimentos e a qualidade da assistência.

- Planejamento e gestão: Organizar, planejar e avaliar os processos de enfermagem, utilizando os recursos disponíveis de forma eficiente e eficaz.
- Garantia da qualidade: Monitorar e rever continuamente os padrões de assistência de enfermagem, propondo aperfeiçoamentos e garantindo o cumprimento dos protocolos.
- Articulação e comunicação: Promover a integração entre diferentes serviços de saúde, equipes multiprofissionais e a atenção primária, facilitando a troca de informações sobre os pacientes.
- Acompanhamento do paciente: Monitorar o plano terapêutico, garantir a continuidade do cuidado durante a alta, ou seja, o acompanhamento pós-alta, e assegurar que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada.
- Educação e capacitação: Realizar programas de treinamento, desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais de enfermagem, além de auxiliar na capacitação de estudantes e estagiários.

§1 - da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. compete:

- I. Verificar instrumentos normativos (formulários, Instruções de Trabalho, Manuais e Protocolos) no que diz respeito a aspectos técnicos da prática hospitalar;
- II. Estimular a segurança aos usuários através do Gerenciamento de Riscos;
- III. Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões da Gestão da Qualidade relativas a temas técnicos de saúde;
- IV. Contribuir na avaliação das ocorrências (não conformidades, eventos sentinela, reclamações, sugestões, elogios e outros);
- V. Desenvolver atividades delegadas pela chefia imediata;
- VI. Zelar pelo cumprimento dos instrumentos normativos do setor;
- VII. Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- VIII. Auxiliar e acompanhar na adesão dos planos terapêuticos;
- IX. Auxiliar e acompanhar na adesão dos protocolos;
- X. Gerenciar a auditoria clínica;
- XI. Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de iteração de processos, políticas do hospital/unidade e outros que venham ser determinados;

- XII. Participar de comissões do hospital/unidade indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição;
- XIII. Executar outras tarefas correlatas à área.
- XIV. Supervisionar equipes de técnicos e auxiliares de enfermagem.
- XV. Manter os prontuários médicos atualizados.
- XVI. Atuar no controle e prevenção de infecções hospitalares.
- XVII. Preparar os pacientes para a realização de exames.
- XVIII. Preparar instrumentos e auxiliar a equipe técnica em procedimentos como intubação, desfibrilação, aspiração e monitoramento cardíaco.
- XIX. Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área da enfermagem, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- XX. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XXI. Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XXII. Manter-se atualizado em relação às tendências e inovações tecnológicas de sua área de atuação e das necessidades do setor;
- XXIII. Prestar assistência segura, humanizada e individualizada aos pacientes críticos;
- XXIV. Realizar demais atividades inerentes ao cargo.
- XXV. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

§1 - a função de Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. deverá ser exercida por enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida pelo MEC.

§2 - As atividades da Supervisão da Enfermagem da Qualidade e Segurança do Paciente. serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 22 - À Coordenação UI, compete:

- I. Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas Unidades de Internação: Ortopédica, Cirúrgica, Urológica, Ginecológica, Médica, otorrinolaringológica e Traumatológica, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
- II. prestar assistência de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- III. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- IV. executar e supervisionar a prescrição médica;
- V. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

- VI. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- VII. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- VIII. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- IX. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- X. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XI. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XII. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIII. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XIV. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XV. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVI. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XVII. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVIII. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XIX. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XX. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Enfermagem das Unidades de Internação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Art. 23 - À Coordenação PS, compete:

- III. planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, visando à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
- IV. prestar assistência integral de enfermagem aos pacientes clínicos e cirúrgicos nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, colaborando com a equipe multiprofissional;
- V. formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- VI. executar e supervisionar a prescrição médica;
- VII. registrar, diariamente, no prontuário do paciente as intercorrências a fim de manter a equipe multiprofissional informada, auxiliando no seu diagnóstico e tratamento;

- VIII. notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde e encaminhá-las ao Projeto Sentinela - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
- IX. notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância ao Projeto Sentinela;
- X. solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- XI. estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- XII. requisitar, diariamente, medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências;
- XIII. desenvolver educação continuada em serviço, para atualização de conhecimentos em Enfermagem;
- XIV. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XV. colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- XVI. promover pesquisa científica em seu campo de atuação;
- XVII. reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- XVIII. manter contato com a Diretoria de Enfermagem objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- XIX. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XX. fazer registro diário dos serviços prestados;
- XXI. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXII. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

Art. 24 - À Coordenação Equipe Multiprofissional, compete:

- I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;

- II. prestar assistência ambulatorial nas áreas médica, psicológica, nutricional, enfermagem e fonoaudiológica aos pacientes, através do seu corpo clínico, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;
- V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. coordenar e supervisionar todas as atividades do Corpo Clínico, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;
- XV. manter contato com a Direção do Ambulatório Integrado objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- XVI. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

Art. 25 - À Coordenação Fisioterapia, compete:

A coordenação de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, compete principalmente à gestão da equipe e organização do serviço, incluindo o gerenciamento de fluxos de trabalho, horários e planejamento de atividades. O coordenador também é responsável pela execução técnica dos

serviços, planejamento de ações de saúde, interação com outras equipes e pelo monitoramento da assistência prestada, muitas vezes trabalhando na construção de protocolos assistenciais. É importante notar que a figura do coordenador é diferente da do responsável técnico (RT), que detém a responsabilidade legal e ética sobre o serviço, enquanto o coordenador foca na gestão e organização do dia a dia.

- I. planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes ambulatoriais, visando um melhor nível de assistência;
- II. prestar assistência ambulatorial nas áreas da fisioterapia, para efeito de diagnóstico, tratamento, admissão hospitalar e seguimento após alta;
- III. fazer registro diário dos serviços prestados;
- IV. organizar e normatizar o atendimento ambulatorial dos pacientes, articulando-se com os coordenadores das clínicas;
- V. preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- VI. proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- VII. coordenar e supervisionar todas as atividades da equipe de fisioterapia, examinando solicitações e sugestões, bem como adotar as providências que julgar necessárias;
- VIII. fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- IX. estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- X. colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- XI. colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- XII. desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- XIII. defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XIV. zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do material utilizado;
- XV. elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Art. 26 - À Coordenação Psicossocial, compete:

A Coordenação Psicossocial, envolvendo Psicologia e Serviço Social, compete integrar e articular ações para o cuidado integral do paciente, atuando no apoio psicossocial, na defesa de direitos, na garantia de acesso a serviços e na promoção do bem-estar e da reabilitação. Essa coordenação visa superar a fragmentação do atendimento, garantindo que as necessidades sociais, psicológicas e de saúde do paciente e de sua família sejam atendidas de forma articulada e interprofissional.

- **Atendimento e apoio:** Compreensão da realidade psicossocial do paciente, incluindo vulnerabilidades e violência, e
- **Mediação e articulação:** Comunicação com a rede de apoio (saúde, assistência social, justiça), para garantir acesso a direitos e outros serviços necessários.
- **Planejamento e execução:** Elaboração de estratégias de intervenção, acompanhamento de casos e acompanhamento familiar.
- **Promoção de direitos:** Orientação sobre os direitos do paciente e garantia de acesso a eles, conforme previsto na legislação.
- **Gestão e avaliação:** Participação no planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde e das políticas sociais relacionadas ao cuidado do paciente.

Art. 27 - À Humanização, compete:

- I. Prever a necessidade de materiais, equipamentos e instrumental cirúrgico
- II. Participar da elaboração de normas, rotinas e procedimentos do setor
- III. Elaborar escala de plantões de enfermagem
- IV. Distribuir os pacientes entre os enfermeiros
- V. Coordenar e acompanhar visitas dos enfermeiros
- VI. Manter a comunicação com equipe de enfermagem

CAPÍTULO IV -DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I DO PESSOAL

Art. 28 – O **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto** terá Quadro de Pessoal, estruturado em cargos e funções definidos e consoante composição e regime jurídico determinado pelo Poder Executivo.

Art. 29 – Os funcionários do Hospital estarão submetidos ao Regimento de Recursos Humanos do Instituto Social Mais Saúde (ISMS).

Art. 30 – O afastamento, as disposições e requisições de servidores do **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, para serventia em outros órgãos, somente poderão ser atendidos sem ônus para o Hospital, exceto para o exercício de funções de confiança, respeitada a necessidade do Serviço e após previa anuência da Direção Hospitalar do Hospital.

SEÇÃO II DO HORÁRIO

Art. 31 – O horário de trabalho em todo o Hospital é fixado pela Direção Hospitalar do Hospital, respeitada a legislação vigente, com funcionamento do hospital sendo 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente. Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às 19h, com grade devidamente disponibilizada ao Complexo Regulador Estadual.

Art. 32 – Por conveniência de serviço, poderá ser proposto pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramento à Direção Hospitalar do Hospital, horários especiais, respeitando-se o número de horas estabelecido na legislação.

Art. 33 – O trabalho extraordinário só poderá ser prestado, quando autorizado pelos ocupantes das funções de Coordenações, Supervisões e Assessoramentos, nos termos da legislação que reza a espécie.

SEÇÃO III DAS SUBSTITUIÇÕES

Art. 34 – O Diretor hospitalar, será substituído em suas faltas ou impedimentos pelo Diretor Técnico Assistencial.

Art. 35 – Os titulares das Diretorias e Gerências serão substituídos em suas faltas ou impedimentos por Supervisor indicado pelo Diretor hospitalar;

Art. 36 – O titular de qualquer Coordenação, Supervisão e Assessoria será substituído em suas faltas ou impedimentos por colaborador indicado pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador e autorizado pelo Diretor hospitalar.

CAPÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 37 – Os atos relativos ao pessoal deverão gerar-se na Gerência de Recursos Humanos, em cumprimento a determinação do DIRETOR GERAL do Hospital.

Art. 38 – É obrigatório o registro de “ponto” de todo o pessoal do Hospital.

§ 1º – São dispensados do “ponto” os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores do Hospital, os quais deverão, entretanto, observar o horário normal de trabalho;

§ 2º – O registro de “ponto” do pessoal de nível superior será feito por meio de ponto eletrônico.

Art. 39 – O prontuário médico, bem como qualquer documento ou informação relacionados com a assistência prestada aos pacientes, só poderão ser retirados do hospital mediante autorização expressa do Diretor Técnico -Assistencial.

Art. 40 – Caberá ao DIRETOR GERAL do Hospital estruturar o Corpo Clínico e aprovar os Manuais de Normas e Rotinas dos diversos Serviços do hospital, onde se definirão suas relações com os órgãos da administração.

Art. 41 – As notícias referentes a fatos ocorridos no âmbito do hospital só poderão ser fornecidas para divulgação com autorização do DIRETOR GERAL.

Art. 42 – O Diretor hospitalar, tomará as medidas necessárias para implantação deste Regimento.

Art. 43 – Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela Direção do hospital, respeitada a competência da autoridade superior.

Art. 44 – Este Regimento, aprovado pelo Diretor hospitalar, entrará em vigor na data de sua publicação.

1.2.1.1. Proposta para Regimento do Serviço Multiprofissional

Este regimento representa a estrutura do corpo da equipe multiprofissional dos hospitais que são geridos pelo **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**. São representados os aspectos diretivos, estruturais e políticos da enfermagem e equipe multiprofissional e institui as normas gerais de funcionamento do Serviço Assistencial (SA) aplicável a todos os profissionais que compõem a equipe assistencial.

O serviço assistencial interage em todas as áreas, de forma integrada e com a corresponsabilidade da qualidade e entrega de valor em saúde ao paciente e família, tal atuação é feita com responsabilidade, competência, inovação, conhecimento técnico - científico e humanização.

CAPÍTULO I

Natureza e Finalidade

Art. 1º. O Instituto Social Mais Saúde possui um modelo de gestão verticalizado visando sempre a sustentabilidade financeira institucional e de seus projetos assim como a melhor organização e otimização de processos e protocolos corporativos que lhe garantem qualidade e eficiência.

Assim sendo, o ISMS possui como pilares do Mapa estratégico:

Parágrafo 1. Missão: Promover nos serviços de saúde um modelo de gestão estratégica, humanizada, segura, inovadora e sustentável, fundamentado na excelência assistencial, visando proporcionar o bem-estar psíquico, físico e social das pessoas.

Parágrafo 2: Visão: Ser reconhecido na gestão e na prestação de serviços de saúde de excelência em todo o território nacional.

Parágrafo 3: Valores: Humanização, Excelência, Integridade, Transparência, Sustentabilidade, Diversidade e Responsabilidade Social.

Art. 2º Este regimento tem como finalidade o norteamiento, organização e normatização de todo o serviço assistencial executado nos projetos hospitalares geridos pelo Instituto Social Mais Saúde, atendendo com isso a missão institucional que é cuidar de sujeitos partindo de uma assistência hospitalar centrada no paciente e familiar, com qualidade e humanização, aos usuários referenciados pela Central Estadual de Regulação e de demanda espontânea.

Art. 3º Este Regimento disciplina a organização, funcionamento e atribuições da Equipe Multidisciplinar das unidades geridas pelo ISMS, estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas leis; n.º 8.662, de 13 de março de 1993 (provê sobre a profissão de Assistente Social); n.º 20.377, de 08 de setembro de 1931 (provê sobre a profissão de Farmacêutico); n.º 938, de 13 de Outubro de 1969 (provê sobre as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional); n.º 6.965, de 09 de dezembro de 1981 (provê sobre a profissão de Fonoaudiólogo); n.º 4.119, de 27 de agosto de 1962 (provê sobre a profissão de Psicólogo) e n.º 8.234, de 17 de setembro de 1999, Resolução CFN nº 380/2005 (provê sobre a profissão de Nutricionista) e RESOLUÇÃO COFEN 564/2017 (prevê sobre a profissão da enfermagem); e em consonância com o Regimento Interno do ISMS.

Art. 4º. A equipe multidisciplinar das unidades do ISMS, subordinada a Diretoria Assistencial desta organização, tem por finalidades:

- Planejar, estimular, acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes, visando um melhor nível de assistência;
- Prestar assistência hospitalar e ambulatorial nas áreas de serviço social, farmácia clínica, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição clínica, psicologia e terapia ocupacional aos pacientes, juntamente com a equipe médica e de enfermagem, para efeito de acolhimento, diagnóstico, plano terapêutico, execução e avaliação do cuidado, referenciando e contra referenciando a rede de atenção à saúde;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Organizar e normatizar o atendimento hospitalar dos pacientes, articulando-se com coordenadores e direção;

- Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para que fiquem registrados todos os atos e procedimentos realizados com o paciente e de informações passadas aos familiares, os quais poderão ser utilizados para pesquisa científica;
- Proporcionar ao Serviço de Prontuário de Paciente (SPP), por meio do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Ministrando cursos de capacitação, juntamente com Núcleo de Educação Permanente (NEP) das unidades;
- Estimular a prática profissional multidisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde; Desenvolver o espírito de crítica científica por meio do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação dos materiais utilizados;
- Manter contato com a Diretoria Assistencial objetivando a eficiência administrativa de todo serviço multidisciplinar;
- Elaborar manual de normas, protocolos, POP's e fluxos de cada setor, bem como mantê-lo atualizado.

CAPÍTULO II

Definições

Art. 5º. Para este Regimento, considera-se, os seguintes documentos diante categorias profissionais:

Nutrição: Lei nº 8.234/1991: Regula a profissão de nutricionista e cria o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). Esta lei estabelece as atribuições, competências e a organização da profissão no Brasil e Resolução CFN nº 465/2021: Dispõe sobre o Código de Ética do Nutricionista, detalhando os deveres e responsabilidades éticas dos profissionais da área.

Psicologia: Lei nº 4.119/1962: Regula a profissão de psicólogo no Brasil. A lei estabelece as condições para o exercício da profissão, a criação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e o sistema de registros profissionais. Resolução CFP nº 010/2005: Define o Código de Ética Profissional do Psicólogo, com normas de conduta ética e responsabilidade profissional.

Fisioterapia: Lei nº 6.316/1975: Regula a profissão de fisioterapeuta e terapeutas ocupacionais, estabelecendo direitos, atribuições e competências. Resolução CREFITO-3 nº 6/2001: Código

de Ética dos Fisioterapeutas, publicado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO-3), que rege as normas de conduta da profissão. Lei nº 13.156/2015: Define normas relacionadas à atuação dos fisioterapeutas no Sistema Único de Saúde (SUS) e a ampliação das áreas de atuação.

Enfermagem: Lei nº 7.498/1986: Regula a profissão de enfermagem no Brasil, tratando dos direitos, deveres e atribuições dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Resolução COFEN nº 564/2017: Estabelece o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que orienta as práticas profissionais, direitos dos pacientes e deveres dos profissionais.

Assistência Social: Lei nº 8.742/1993 (Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS): Regula a organização da assistência social no Brasil, estabelece os direitos socioassistenciais e as condições para o funcionamento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Lei nº 12.317/2010: Estabelece a jornada de trabalho dos assistentes sociais, que é de 30 horas semanais. Código de Ética do Assistente Social (Resolução CFESS nº 273/1993): Estabelece normas e princípios éticos para o exercício da profissão no Brasil.

Fonoaudiologia: Lei nº 6.965/1971: Regula o exercício da profissão de fonoaudiólogo no Brasil. Esta lei estabelece as competências, atribuições e a necessidade de registro profissional nos Conselhos Regionais e no Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

Resolução CFFa nº 438/2012: Trata do Código de Ética dos Fonoaudiólogos, que orienta as condutas profissionais e os deveres dos fonoaudiólogos em relação aos seus clientes, à profissão e à sociedade. Resolução CFFa nº 421/2011: Define normas para o funcionamento da profissão e sua atuação em diversas áreas (saúde, educação, entre outras), além de regulamentar a atuação do fonoaudiólogo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Terapia Ocupacional: Lei nº 6.316/1975: Regula a profissão de terapeuta ocupacional no Brasil. Esta lei estabelece as competências, atribuições, condições para o exercício da profissão e a criação dos Conselhos Regionais e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução COFFITO nº 3/2002: Trata do Código de Ética dos Profissionais de Terapia Ocupacional, estabelecendo princípios e normas de conduta que orientam o exercício da profissão de maneira ética e responsável. Lei nº 12.317/2010: Esta lei estabelece a jornada de trabalho dos profissionais de terapia ocupacional e outras profissões da área da saúde, com uma carga de 30 horas semanais, como norma para as atividades profissionais. Resolução COFFITO nº 16/2007: Regulamenta a atuação do terapeuta ocupacional no Sistema Único de Saúde (SUS), abordando a organização da saúde pública e as condições para o exercício profissional neste contexto.

CAPÍTULO III

Composição e Estrutura Organizacional

Art. 6º A Diretoria Assistencial subordina-se a Diretoria Executiva-Geral e está organizada de forma a coordenar as atividades assistenciais das unidades hospitalares.

Art. 7º. A diretoria assistencial deve ser composta, prevalentemente como:

- Coordenador (a) assistencial da Unidade de Internação;
- Coordenador (a) assistencial da UTI;
- Coordenador (a) assistencial do Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e CME;
- Coordenador (a) assistencial do Pronto Atendimento;
- Coordenador (a) assistencial do Serviço de Controle e Infecção Hospitalar;
- Coordenador assistencial da Equipe Multiprofissional;
- Supervisores (as) de enfermagem diurnos;
- Supervisores (as) de enfermagem noturnos;
- Enfermeiros (as) Hospitalistas;
- Enfermeiros (as) Plantonistas;
- Enfermeiros (as) áreas de apoio à Assistência;
- Técnicos (as) de Enfermagem;
- Fisioterapeutas;
- Nutricionistas;
- Assistentes Sociais;
- Fonoaudiólogos;
- Psicólogo;
- Terapeutas ocupacionais.

CAPÍTULO IV

Das Atribuições e Competências

Art. 8º. São competências dos nutricionistas:

- I. Monitorar o registro da avaliação do estado nutricional do paciente, utilizando indicadores nutricionais subjetivos e objetivos, com base em protocolo pré-estabelecido, de forma a identificar o risco ou a deficiência nutricional.
- II. Monitorar a prescrição dietética com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica.
- III. Monitorar o acompanhamento da evolução nutricional do paciente em Terapia Nutricional, independente da via de administração, até alta nutricional.
- IV. Assegurar o registro claro e preciso de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente pela equipe de Nutrição Clínica.
- V. Assegurar a orientação ao paciente, à família ou ao responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período após a alta hospitalar.
- VI. Assegurar a utilização das técnicas pré-estabelecidas de preparação da nutrição enteral dentro de padrões recomendados na Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral (BPPNE), de acordo com a RCD nº 63, de 6 de julho de 2000.
- VII. Monitorar a qualificação de fornecedores e assegurar que a entrega dos insumos e nutrição enteral industrializada seja acompanhada do certificado de análise emitido pelo fabricante.
- VIII. Assegurar que os rótulos da nutrição enteral apresentem, de maneira clara e precisa, todos os dizeres exigidos na RCD n. 63, de 6 de julho de 2000.
- IX. Assegurar a correta amostragem da nutrição enteral preparada para análise microbiológica, segundo as Boas Práticas de Preparo de Nutrição Enteral.
- X. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização de seus colaboradores, bem como para todos os profissionais envolvidos na preparação da nutrição enteral.
- XI. Divulgar regularmente as atualizações das diretrizes e procedimentos relativos aos aspectos operacionais da nutrição enteral.
- XII. Supervisionar e promover autoinspeção nas rotinas operacionais da preparação da nutrição enteral.
- XIII. Realizar demais atividades pertinentes à função.

Art. 9º. São competências dos psicólogos:

- I. Quando necessário, orientar outros profissionais psicólogos, quanto às atribuições descritas neste regimento, bem como, quando solicitado, intervir no caso visando cumprir tais atribuições.
- II. Assegurar a orientação de pacientes, familiares e/ou responsáveis quanto ao papel do psicólogo no cuidado pelo paciente e seus familiares.

- III. Auxiliar, diretamente ou por meio de outros profissionais da instituição, pacientes, familiares e/ou responsáveis no desenvolvimento de capacidades e funções ainda não prejudicadas pelo adoecer, reforçando as defesas psicológicas positivas e promovendo um enfrentamento adequado das dificuldades enfrentadas ao longo processo de cuidado.
- IV. Promover e auxiliar o fortalecimento das relações familiares para que possam oferecer suporte adequado ao paciente durante todo o processo de adoecimento e tratamento.
- V. Incentivar, quando necessário, o paciente no processo de cura e restabelecimento, promovendo apoio psicológico e orientação em relação à doença.
- VI. Discutir casos com a equipe multiprofissional, visando a integração e o alinhamento de condutas.
- VII. Promover e fortalecer a relação entre Equipe Multiprofissional com paciente-família-instituição.
- VIII. Buscar, juntamente com a Equipe Multiprofissional, estratégias que proporcionem mais qualidade de vida ao paciente e seus familiares e/ou responsáveis.
- IX. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta assistencial.
- X. Realizar demais atividades pertinentes à função.

Art. 10º. São competências dos fisioterapeutas:

- I. Assegurar a orientação de pacientes, familiares e responsáveis quanto o papel da fisioterapia na prevenção, promoção e reabilitação das afecções musculoesqueléticas e pulmonares.
- II. Monitorar a avaliação da função muscular, tanto de forma ativa como passiva, pois servem de parâmetros do estado nutricional.
- IV. Acompanhar a prescrição e evolução do tratamento realizado pela equipe de fisioterapia com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios da inatividade e descondicionamento.
- V. Monitorar o posicionamento do paciente no leito (Cabeceira elevada – 30 a 45°), minimizando os riscos de broncoaspiração durante a infusão da dieta ou por refluxo.
- VI. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da terapia nutricional.
- VII. Orientar quanto ao uso de ventilação mecânica não-invasiva em pacientes com diferentes vias de alimentação.

VIII. Realizar demais atividades pertinentes à função.

Art. 11º. São competências dos enfermeiros:

- I. Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;
- II. Participar das discussões sobre o quadro clínico, intervenções e previsão de alta. Indicando as necessidades de cuidado;
- III. Monitorar as visitas diárias aos pacientes realizadas pelo enfermeiro da unidade;
- IV. Elaborar, monitorar e encaminhar o relatório de pendência dos pacientes de longa permanência na unidade para otimizar a gestão de leito;
- V. Discutir as condutas de enfermagem e supervisionar a realização da Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) dos pacientes sob sua responsabilidade;
- VI. Orientar o paciente e seus familiares sobre a assistência prestada durante a internação, o estabelecimento de metas em comum acordo e o acompanhamento após a alta;
- VII. Auditar o prontuário, visando à obtenção de informações importante sobre a assistência nas 24 horas para a tomada de decisão; fazendo com que as informações contidas no prontuário garantam a continuidade da assistência;
- VIII. Facilitar a comunicação entre a equipe multiprofissional, visando condutas para contribuir com a qualidade da assistência prestada e com a redução do período de internação (gerenciamentos de leitos)
- IX. Acompanhar o agendamento e a realização de exames, consultas e cirurgias com especialistas durante a internação e após a alta;
- X. Manter acompanhamento junto ao enfermeiro da unidade;
- XI. Realizar educação permanente com os enfermeiros, técnicos de enfermagem durante as avaliações dos pacientes por intermédio de “cases”
- XII. Assegura e capacitar a equipe no atendimento às intercorrências mediante a adoção de procedimentos de enfermagem adequados a cada situação e do apoio à atuação médica;
- XIII. Realizar e participar do monitoramento mensal dos indicadores clínicos, processos, resultados e custos;
- XIV. Criar condições que facilitem o processo de integração dos pacientes à clínica, por meio de divulgação de informações a respeito de suas doenças e orientações de tratamento;
- XV. Participar da elaboração e revisão dos protocolos clínicos e de segurança gerenciados na unidade;

- XVI. Contribuir, eventualmente, nas atividades diretas com o paciente, visando avaliar o procedimento executado, bem como identificar os níveis de satisfação dos pacientes;
- XVII. Assumir a assistência em conjunto com a equipe médica, em casos de pacientes complexos, em estado grave, instalando monitores, preparando drogas vasoativas, monitorando parâmetros vitais, volume urinário, balanço hidroeletrólítico etc;
- XVIII. Prestar orientações pré e pós-operatória a pacientes e familiares, indicando procedimentos a serem adotados e esclarecendo dúvidas;
- XIX. Supervisionar o cumprimento de protocolo de Segurança conforme a política institucional;
- XX. Cumprir e fazer cumprir os registros da equipe de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência conforme Resolução do COFEN 514/2016;
- XXI. Treinar funcionários recém-admitidos, passando as normais, rotinas, procedimentos, instalações, integrando-os com a equipe de enfermagem;
- XXII. Coordenar as atividades de sua equipe com relação ao mecanismo que visem à segurança do paciente como as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados de cada paciente;
- XXIII. Otimizar e agilizar a realização de exames dos pacientes, visando à obtenção dos resultados o mais rápido possível para o tratamento do paciente;
- XXIV. Participar e coordenar visita multiprofissionais e encaminhar relatório de pendência da unidade, monitorando o giro de leitos e prover intervenções para agilizar a alta do paciente.

Art. 12º. Compete aos técnicos de enfermagem:

- I. Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- II. Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
 - III. Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes críticos da Instituição, em tratamento clínico ou cirúrgico;
- IV. Realizar as medidas preventivas para os riscos identificados com base nos protocolos estabelecidos pela instituição;
- V. Realizar as anotações pertinentes aos pacientes sob sua responsabilidade garantindo a segurança e a continuidade do tratamento conforme a Resolução COFEN 514/2016;
- VI. Participar do processo cirúrgico, envolvendo a conferência da escala de cirurgias, conferência da sala de cirurgia, checagem dos kits de cirurgia, recepção e encaminhamento do paciente para mesa cirúrgica, precauções pré-operatórias, montagem da mesa cirúrgica, auxílio na cirurgia

propriamente dita, transferência do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica e preparação da sala de cirurgia para a próxima cirurgia;

VII. Realizar cuidados individualizados a pacientes críticos, internados nas UTI, ou unidade de internação aberta;

VIII. Checar as prescrições médicas e de enfermagem, colocando nome completo sem abreviaturas e o número do conselho;

IX. Auxiliar na realização de procedimentos médicos, tais como: drenagem de tórax, broncoscopia, endoscopias, colonoscopias, passagem de acesso venoso central, entre outros, reunindo materiais específicos para os procedimentos, para estabilizar parâmetros hemodinâmicos;

X. Orientar os visitantes, nos horários de visitas, higienização das mãos e sua importância para a prevenção de infecção dos pacientes sob seus cuidados;

XI. Verificar e repor matérias nos painéis dos leitos de UTI e unidades abertas, tais como: gaze, sonda, aspiração, luva estéril, ressuscitador pulmonar manual etc;

XII. Conferir Kits para procedimentos de urgência, datando e repondo o que falta;

XIII. Executar outras atividades conforme necessidade ou a critério do Enfermeiro da unidade;

XIV. Admitir o paciente na unidade junto com o enfermeiro, recebendo a ficha de internação e prontuário, encaminhando o paciente ao leito e identificando-o, bem como o seu bin de medicação;

XV. Participar da passagem de plantão leito a leito, comunicando as informações importantes aos colegas, junto à toda equipe de enfermagem;

XVI. Participar na programação da assistência de enfermagem;

XVII. Participar ativamente do programa de gerenciamento de risco, evitando erros e danos aos pacientes sob seus cuidados; e, na evidência deste, comunicar o enfermeiro responsável, executar atendimento para minimizar risco, realizar anotação na prescrição;

XVIII. Executar todas as ações de enfermagem, exceto as exclusivas do enfermeiro, segundo manual de procedimentos gerais da divisão de enfermagem;

XIX. Participar da programação de alta dos pacientes, oferecendo ao mesmo e aos acompanhantes em conjunto com o enfermeiro, orientações acerca de cuidados e dispositivos, se necessário;

XX. Verificar as condições ideais para encaminhamento dos pacientes no pré-operatório de cirurgias;

- XXI. Atender prontamente às solicitações verbais ou por campainha dos pacientes internados;
- XXII. Realizar o processo de medicação, com segurança, prevenindo dano aos pacientes; conhecendo as drogas de alto alerta;
- XXIII. Zelar e manter a limpeza da unidade, comunicar ao serviço de higiene sobre não conformidades neste processo;
- XXIV. Zelar e manter a conservação dos equipamentos e materiais da unidade, comunicar à central de equipamentos a necessidade dos mesmos e a retirada no caso de desuso;
- XXV. Manter o prontuário e documentos do paciente em ordem;
- XXVI. Avisar ao enfermeiro a respeito de consertos, manutenções e equipamentos faltantes na unidade.
- XXVII. Participar na definição do pedido diário de matérias individuais dos pacientes;
- XXVIII. Controlar gastos de materiais e medicamentos, visando ao não desperdício; controlar também a validade dos materiais;
- XXIX. Auxiliar o enfermeiro e/ou médico na realização de procedimentos invasivos, prover material para a realização destes;
- XXX. Atuar em áreas críticas, prestando cuidados à pacientes de maior gravidade e em uso de dispositivos invasivos;
- XXXI. Ter conhecimento sobre as principais patologias cirúrgicas e médicas.
- XXXII. Ter conhecimento no preparo e realização de: ECG, monitorização cardíaca externa, oximetria de pulso e balanço hídrico;
- XXXIII. Ter noções de cuidados em pacientes com: pressão arterial média, pressão intracraniana, cateter duplo-lúmen, cateter vesical de demora; cateter nasogástrico, cateter nasoenteral e derivação ventricular externa;
- XXXIV. Ter conhecimento de métodos de administração de medicamentos, mecanismos de atuação e interação medicamentosa;
- XXXV. Ter conhecimento sobre técnicas e materiais para curativo;
- XXXVI. Ter conhecimento básico das manobras de reanimação infantil e do adulto;
- XXXVII. Ter conhecimento sobre infecção hospitalar e métodos de precaução;
- XXXVIII. Ter conhecimento sobre condições adequadas de limpeza e armazenamento de materiais, assim como esterilização, desinfecção e organização da unidade.

Art. 13º. Compete aos assistentes sociais:

- I. Planejar soluções, organizar e intervir em questões relacionadas a Terapia Nutricional e manifestações sociais do paciente, para elaboração, implementação e monitoramento do Serviço Social, com foco na promoção da saúde.
- II. Interagir com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e orientar indivíduos sob cuidados de Terapia Nutricional, cuidadores e familiares, auxiliando na identificação de recursos, dietas e insumos necessários, facilitando e orientando sobre o acesso a eles.
- III. Prestar atendimento aos familiares, compreendendo que a família vivencia juntamente com o paciente seu processo de adoecimento e tratamento.
- IV. Localizar familiar (es) de pacientes não identificados e/ou em situação de abandono.
- V. Identificar a situação sociofamiliar (habitacional, trabalhista e previdenciária) dos usuários (pacientes e famílias) com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção, na perspectiva de torná-las sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.
- VI. Realizar contato e/ou visitas institucionais à Rede de Apoio e de Proteção Social do paciente, quando necessário, para viabilidade de encaminhamentos formalizados, favorecendo processos de referência e contrarreferência.
- VII. Participar de reuniões e discussões multidisciplinares, nas unidades de internação, com intuito de discutir as situações atendidas, bem como indicar condutas/ações para o atendimento das necessidades em Terapia Nutricional.
- VIII. Viabilizar ações de articulação do trabalho em rede, envolvendo todos os serviços de atenção à saúde e socioassistenciais, que tenham interface com o processo de cuidado integral, buscando ampliar os recursos de intervenção na perspectiva de garantir a continuidade do cuidado integral ao usuário (paciente, família e acompanhante).
- IX. Registrar os atendimentos no Aplicativo de Gestão do hospital e/ou no prontuário físico com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários (pacientes e famílias), resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no Caderno de Campo de cada profissional.
- X. Participar, promover e registrar as atividades de treinamento operacional e de educação continuada, garantindo a atualização dos seus colaboradores, frente aos processos que envolvam a melhor conduta para a administração da Terapia Nutricional.

Art. 14º. Compete aos fonoaudiólogos:

- I. Orientar a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional para identificação e encaminhamento para avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia.

- II. Realizar avaliação clínica da função da deglutição, do processo de alimentação, e classificação da disfagia.
- III. Realizar intervenção nas alterações fonoaudiológicas encontradas em avaliação clínica – habilitação, reabilitação, compensação, adaptação e gerenciamento dos distúrbios da deglutição.
- IV. Adequar a consistência alimentar, o volume, o ritmo da oferta, os utensílios, as manobras e as posturas necessárias para administração da dieta por via oral de forma eficiente e segura.
- V. Discutir os casos com a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional.
- VI. Colaborar na indicação de colocação e retirada de via alternativa de alimentação.
- VII. Orientar, junto com os demais profissionais de saúde, o paciente, a família ou o responsável legal, quanto aos cuidados relacionados a deglutição eficiente e segura e a minimização de riscos para disfagia e suas complicações.
- VIII. Garantir os registros do acompanhamento e das condutas fonoaudiológicas.
- IX. Participar e promover atividades de educação continuada, garantindo a atualização dos membros da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional sobre aspectos relacionados à disfagia.

Art. 15º. Compete aos terapeutas ocupacionais:

- I. Eleger métodos, técnicas e recursos pertinentes e adequados aos contextos hospitalares para avaliar e realizar diagnóstico terapêutico ocupacional dos pacientes.
- II. Avaliar o paciente através da coleta de informações sobre o motivo da internação, história da doença, história de vida, dos seus valores, de interesses, do modo de viver, de sua relação sociofamiliar, do trabalho, do lazer e suas expectativas diante do futuro.
- III. Intervir e tratar o mais precoce possível utilizando os devidos procedimentos de terapia ocupacional.
- IV. Favorecer a continuidade do desenvolvimento global do paciente, oportunizando experiências positivas de aprendizado e desenvolvimento de habilidades, e de inserção social, por conseguinte a prevenção da saúde mental, por meio do processo terapeuta paciente-atividade.
- V. Oportunizar aos pacientes e familiares condições para expressão de seus temores e percepções sobre a doença, mediante acolhimento e escuta terapêutica.
- VI. Desenvolver, durante a internação, atividades adequadas ao perfil do paciente, individualmente ou em grupo, favorecendo os interesses normais, a criatividade, o brincar e o lazer.

- VII. Facilitar o processo de adaptação ao cotidiano hospitalar de modo que ocorra a minimização dos aspectos negativos da internação pela ruptura da rotina e afastamento de seus objetivos de vida, dos objetos e redes sociais.
- VIII. Instituir com o paciente, a família, o acompanhante, e a equipe um plano de tratamento que ajude a prevenir o agravamento do quadro biopsicossocial, e promova a recuperação das potencialidades, habilidades funcionais e ocupacionais de forma que alcance independência e autonomia ideal considerando as particularidades de cada indivíduo.
- IX. Orientar pacientes, familiares, cuidadores e responsáveis.
- X. Proceder à anotação do atendimento no sistema, ou em formulário próprio em papel quando o sistema não estiver disponível, logo após a conclusão, imprimir, carimbar, assinar e arquivar no prontuário do paciente.
- XI. Informar sobre as Normas e Rotinas estabelecidas pela instituição aos usuários (pacientes, familiares e acompanhantes).
- XII. Elaborar pareceres relacionados à sua área de atuação.
- XIII. Desenvolver e organizar programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida.
- XIV. Participar e promover ações com base nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.
- XV. Participar de reuniões e visitas clínicas do seu setor de trabalho.
- XVI. Integrar a equipe multidisciplinar local para viabilizar o atendimento da demanda apresentada.
- XVII. Participar de Grupos de Trabalho, Comissões e Reuniões Administrativas relacionadas a sua função, determinadas pela Instituição.
- XVIII. Elaborar e revisar protocolos e procedimentos operacional padrão relacionados a sua área de atuação.
- XIX. Participar das atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- XX. Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação.
- XXI. Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.
- XXII. Realizar demais atividades inerentes ao emprego.

CAPÍTULO V

Do funcionamento e Organização

Art. 16.º. Dentre os deveres da equipe assistencial destacam-se:

- Exercer com zelo e dedicação as atribuições do cargo e respeitar a hierarquia;
- Ser leal a instituição a que serve;
- Respeitar e cumprir as normas legais e regulamentares da profissão, do Ministério da Saúde, da SES e da Instituição;
- Zelar pelos Princípios e Diretrizes do SUS;
- Atender aos clientes, comunidade e ao público em geral, prestando as informações requeridas, ressalvo as de ordenamento médico e as protegidas em sigilo;
- Informar a chefia imediata as irregularidades que tomar ciência em razão do cargo;
- Zelar pela economia do material e pela conservação do patrimônio público;
- Guardar sigilo das informações obtidas no desenvolvimento de suas atribuições, seja referente ao cliente ou da instituição;
- Manter conduta compatível com a moralidade administrativa;
- Ser pontual e assíduo, permanecendo no local de trabalho e cumprindo os horários pré-estabelecidos;
- Tratar com urbanidade as pessoas;
- Representar contra ilegalidade, omissão ou abuso de poder;
- Realizar anotação de enfermagem com clareza, objetividade e que ofereçam condições legais para avaliação da qualidade e eficiência da assistência de enfermagem, de forma a facilitar a coordenação e continuidade do trabalho de enfermagem, e que sirvam como fonte de informação para pesquisa, estatística, educação e planejamento;
- Usar como traje de trabalho padronizado, não transparentes, não apertadas, sapato fechado, cabelos presos, unhas curtas e evitar uso de adornos, obedecendo normas institucionais;
- Usar o crachá.

Art. 17.º. O Serviço de Enfermagem manterá plantão durante as 24 (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação trabalhista vigente no país.

Parágrafo único – Os horários de trabalho nas unidades administrativas poderão variar de acordo com a necessidade do serviço.

Art. 18.º. O Serviço de Fisioterapia manterá plantão durante as 24 horas (vinte e quatro) horas diárias, através de escalas de revezamento e de acordo com a legislação vigente no país, no setor da UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Parágrafo único – Os demais setores irão funcionar conforme legislação vigente diante dimensionamento de pessoal.

Art. 19.º. Todas as demais categorias assistenciais irão funcionar conforme escala de trabalho, respeitando a legislação vigente e os respectivos conselhos de profissão.

Art. 20.º. Todo funcionário da enfermagem deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela diretoria assistencial.

Art. 21.º. Todo funcionário do Serviço Assistencial deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado, utilizando jaleco ou roupa privativa conforme orientação e no horário determinado em escala.

CAPÍTULO VI

Das Disposições Gerais e Finais

Art. 22.º. Nenhum profissional, de qualquer categoria profissional, não poderá receber de clientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Art. 23.º. Sobre os Direitos do Paciente.

- Atendimento digno, atencioso e respeitoso, por parte de todos os profissionais de saúde, sem preconceito de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou qualquer outra forma de intolerância
- Ser identificado pelo nome e sobrenome. Não deve ser chamado pelo nome da doença, do agravo à saúde ou de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas.
- Receber do colaborador da Unidade, presente no local, auxílio imediato e oportuno para a melhoria de seu conforto e bem-estar.
- Identificar o profissional por crachá, preenchido com o nome completo, a função e o cargo, que deverá ser mantido em local de fácil visualização, como parte do uniforme de cada categoria profissional.
- Exigir que todo material utilizado seja rigorosamente esterilizado e manipulado segundo normas de higiene e prevenção de infecções, expedidas pelos órgãos competentes e contidas no Programa de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde.

- Informações claras, simples e compreensivas – adaptadas à sua condição cultural – a respeito das ações diagnósticas e terapêuticas.
- Consentir ou recusar procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos a serem realizados como parte do tratamento. Deve consentir de forma livre, voluntária, esclarecida e com adequada informação. Quando ocorrem alterações significativas no estado de saúde inicial ou na causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado. Nos casos comprovados de incapacidade de manifestação consciente do paciente, este deverá ser legalmente representado.
- Revogar o consentimento anterior a qualquer instante, por decisão livre, consciente do paciente.
- Um prontuário elaborado de forma legível e de consultá-lo, de acordo com a legislação vigente e as normas estabelecidas pela Unidade.
- Esse prontuário deve conter a identificação completa do paciente. sua anamnese. o exame físico. os exames complementares, com os respectivos resultados. as hipóteses diagnósticas. o diagnóstico definitivo, os procedimentos ou tratamentos realizados e a evolução do tratamento e a prescrição médica diária, bem como a identificação clara de cada profissional prestador do cuidado, de forma organizada, de acordo com os documentos padronizados pela instituição.
- Receber, quando solicitar, todas as informações sobre os medicamentos que lhe serão administrados.
- Ser informado sobre a procedência do sangue ou dos hemoderivados para a transfusão, bem como a comprovação da sorologia efetuada e a validade.
- Segurança e integridade física, respeitados os recursos e procedimentos de segurança estabelecidos e as instalações da unidade.
- Receber visitas de amigos e parentes em horários que não comprometam as atividades dos profissionais que atuam no serviço, de acordo com as normas e os regulamentos da unidade.
- Ter seus segredos resguardados, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que não acarrete riscos a terceiros ou à saúde pública. Os segredos do paciente correspondem a tudo que, mesmo desconhecido pelo próprio paciente, possa ser acessado pelo profissional da saúde, por meio de informações obtidas no histórico do paciente, no exame físico e nos exames laboratoriais e radiológicos.

- Manter a privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que a resguardem.
- Sendo o usuário criança e adolescente, à permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável durante o tratamento em regime de internação. O nome do pai/mãe ou acompanhante autorizado deverá ser de conhecimento da equipe profissional, sendo registrado em seu prontuário. A usuária gestante tem direito de um acompanhante em tempo integral.
- O usuário idoso, com idade igual ou superior a 60 anos, a atendimento preferencial imediato, respeitadas as situações de urgência/ emergência, sendo-lhe assegurado o direito a acompanhante, salvo nos casos em que o médico assistente, por meio de justificativa escrita, entender a impossibilidade desse acompanhamento. o nome do acompanhante autorizado deverá ser de conhecimento da equipe profissional, sendo registrado no prontuário.
- Respeitada sua crença espiritual e religiosa, e de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa.
- Dignidade e ao respeito, mesmo após a morte. Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente sobre o óbito.
- Não ter órgão retirado de seu corpo sem sua prévia autorização ou de seu responsável legal, nos casos de comprovada incapacidade de manifestação de vontade do paciente.
- Ser informado sobre todos os direitos citados anteriormente, sobre as normas e os regulamentos da unidade e sobre como se comunicar com as autoridades e lideranças da unidade para obter informações, esclarecimentos de dúvidas e apresentar reclamações.

Art. 24.º. O Regimento do Serviço Assistencial deverá ser cumprido por todos os funcionários de cada unidade.

Art. 25.º. Os serviços de Assessoria, deverão desenvolver suas próprias normativas, observadas a legislação vigente e as normas do presente Regulamento Interno.

Art. 26.º. Esse Regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades assistenciais, ou ainda, por iniciativa da Diretoria Assistencial.

Parágrafo único – As alterações propostas deverão ser submetidas à aprovação do Conselho de Diretor da Unidade.

Art. 27.º. Os casos não previstos neste Regulamento serão resolvidos pela Diretoria Assistencial.

Art. 28.º. O presente Regulamento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, após ser aprovado pela diretoria geral do ISMS. O presente Regimento do Serviço Assistencial está embasado nas legislações pertinentes de cada categoria profissional.

Art. 29.º. Revogam-se as disposições em contrário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Nutricionistas (CFN). **Resolução CFN nº 465, de 29 de setembro de 2021.** Estabelece as diretrizes para a atuação dos nutricionistas na área de alimentação coletiva. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 set. 2021. Seção 1, p. 121.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Resolução CFP nº 010, de 20 de dezembro de 2005.** Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 dez. 2005. Seção 1, p. 174.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CFFa). **Resolução CFFa nº 421, de 22 de fevereiro de 2011.** Aprova o Código de Ética Profissional do Fisioterapeuta. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 fev. 2011. Seção 1, p. 111.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN nº 564, de 28 de novembro de 2017.** Aprova as diretrizes para a atuação dos profissionais de enfermagem na atenção ao parto e nascimento. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 nov. 2017. Seção 1, p. 150.

BRASIL. **Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010.** Dispõe sobre a jornada de trabalho do profissional de saúde. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 ago. 2010. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Resolução CFESS nº 273, de 17 de março de 1993.** Aprova a revisão do Código de Ética do Serviço Social. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 mar. 1993. Seção 1, p. 128.

BRASIL. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). **Resolução COFFITO nº 16, de 15 de março de 2007.** Aprova a revisão do Código de Ética do Fisioterapeuta. Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 mar. 2007. Seção 1, p. 78.

REVISÃO

Elaborado por: Diretoria assistencial	Verificado por: Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente	Aprovado por: Diretoria Geral	Data de Elaboração: 16/12/2024	Data de Revisão: 16/12/2025

ANEXO

Em anexo está descrito o regimento interno específico da equipe de enfermagem, no qual estão descritos os seguintes itens:

- Competências específicas do setor da enfermagem;
- Pessoal e suas responsabilidades;
- Requisitos para admissão, avaliação e desligamento;
- Horário de trabalho;
- Normas Gerais;
- Disposições gerais.

1.2.1.2. Proposta para Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

CAPÍTULO I

DA COMPETÊNCIA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Art. 1º - OS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA GESTÃO ASSISTENCIAL SÃO:

- Diretoria Assistencial;
- Coordenador (a) de enfermagem;
- Supervisor (a) de enfermagem;
- Coordenador de equipe multiprofissional;
- Coordenador de fisioterapia.

Corpo de enfermagem

- Enfermeiro Hospitalista;
- Enfermeiro Plantonista;
- Enfermeiro áreas de apoio à Assistência;

- Técnico de enfermagem.

CAPÍTULO II

DO PESSOAL E SUAS RESPONSABILIDADES

Art. 2º - COMPETE AO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Objetivo do Cargo: Trabalho de direção executiva, local que consiste em liderar as atividades técnicas e administrativas da equipe de enfermagem, baseando-se em princípios administrativos e métodos de trabalhos eficiente, visando principalmente à assistência ao paciente e proporcionar a todos os elementos de sua equipe de enfermagem a oportunidade de se sentirem realizados com máximo de aproveitamento de seu potencial.

Subordina-se a: Diretoria Geral do Hospital.

Principias responsabilidade do cargo:

- Cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de Enfermagem;
- Manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de Enfermagem que atuam na empresa/instituição, com os seguintes dados: nome, sexo, data do nascimento, categoria profissional, número do RG e CPF, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem, endereço completo, contatos telefônicos e endereço eletrônico, assim como das alterações como: mudança de nome, admissões, demissões, férias e licenças, devendo fornecê-la anualmente, e sempre quando lhe for solicitado, pelo Conselho Regional de Enfermagem;
- Realizar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem, conforme o disposto na Resolução vigente do COFEN informando, de ofício, ao representante legal da instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem, quando lhe for solicitado;
- Informar, através de ofício, ao representante legal da instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem situações de infração à legislação da Enfermagem, tais como:
 - Ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição;
 - Profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem;
 - Profissional de Enfermagem atuando na empresa/instituição/ensino em situação irregular, inclusive quanto à inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal;

- Pessoal sem formação na área de Enfermagem, exercendo atividades de Enfermagem na empresa/instituição/ensino;
- Profissional de Enfermagem exercendo atividades ilegais previstas em Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e Código Penal Brasileiro;
- Intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e funcionamento de Comissão de Ética de Enfermagem;
- Colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem, bem como atender a todas as solicitações ou convocações que lhes forem demandadas pela Autarquia;
- Manter a CRT em local visível ao público, observando o prazo de validade;
- Organizar o Serviço de Enfermagem utilizando-se de instrumentos administrativos como regimento interno, normas e rotinas, protocolos, procedimentos operacionais padrão e outros;
- Elaborar, implantar e/ou implementar, e atualizar regimento interno, manuais de normas e rotinas, procedimentos, protocolos, e demais instrumentos administrativos de Enfermagem;
- Instituir e programar o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, quando couber, de acordo com as normas do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem;
- Colaborar com as atividades da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIRAS), Serviço de Educação Continuada e demais comissões instituídas na empresa/instituição;
- Zelar pelo cumprimento das atividades privativas da Enfermagem;
- Promover a qualidade e desenvolvimento de uma assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, em seus aspectos técnicos e éticos;
- Responsabilizar-se pela implantação/implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme legislação vigente;
- Observar as normas da NR- 32, com a finalidade de minimizar os riscos à saúde da equipe de Enfermagem;

- Assegurar que a prestação da assistência de enfermagem a pacientes graves seja realizada somente pelo Enfermeiro e Técnico de Enfermagem, conforme Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87;
- Garantir que o registro das ações de Enfermagem seja realizado conforme normas vigentes;
- Garantir que o estágio curricular obrigatório e o não obrigatório, se houver na instituição, sejam realizados, somente, sob supervisão do professor orientador da instituição de ensino e enfermeiro da instituição cedente do campo de estágio, respectivamente, e em conformidade a legislação vigente;
- Participar do processo de seleção de pessoal, observando o disposto na Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87, e as normas regimentais da instituição;
- Comunicar ao Coren quando impedido de cumprir o Código de Ética do Profissionais de Enfermagem, a legislação do Exercício Profissional, atos normativos do Sistema COFEN /Conselhos Regionais de Enfermagem, comprovando documentalmente ou na forma testemunhal, elementos que indiquem as causas e/ou os responsáveis pelo impedimento;
- Promover, estimular ou proporcionar, direta ou indiretamente, o aprimoramento, harmonizando e aperfeiçoando o conhecimento técnico, a comunicação e as relações humanas, bem como a avaliação periódica da equipe de Enfermagem;
- Caracterizar o Serviço de Enfermagem por meio de Diagnóstico Situacional e consequente Plano de Trabalho que deverão ser apresentados à instituição e encaminhados ao Coren no prazo de 90 (noventa) dias a partir de sua efetivação como Responsável Técnico e posteriormente a cada renovação da CRT;
- Participar no planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde da instituição em que ocorrer a participação de profissionais de Enfermagem;
- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Conduzir a implementação dos planos estratégicos e operacionais;
- Manter um sistema de avaliação contínua das áreas, como auditorias setoriais;

- Realizar reuniões periódicas com as coordenações dos serviços de enfermagem para alinhamento estratégico;
- Garantir a consolidação da cultura organizacional orientada para a contínua busca de qualidade e de altos padrões de desempenho e individual e coletivo;
- Garantir a disponibilidade de serviços de enfermagem de todas as unidades e serviços do Hospital, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e em perfeita conformidade com o regulamento do Exercício da Enfermagem (COREN);
- Orientar e avaliar os coordenadores e supervisores, conforme política interna;
- Valorizar o profissional, incentivando sua capacidade de trabalho e comprometimento;
- Visitar regularmente, todas as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com as equipes;
- Solicitar e orientar a coordenação e supervisão da enfermagem, psicossocial, terapia ocupacional e fonoaudióloga na confecção dos relatórios, indicadores e demais itens de controle;
- Participar da elaboração do planejamento de metas no que tange a parte assistencial nas diretrizes institucionais;
- Prestar assistência aos usuários em casos de urgência e emergência e plano de catástrofe;
- Avaliar as pesquisas científicas relacionadas à assistência, baseada nos princípios dos Códigos de Ética e no Manual de Gestão da Instituição;
- Estabelecer e implementar em conjunto com os grupos de interesse das diversas áreas, os indicadores de qualidade das unidades e do Hospital, incentivando e propondo programas de melhoria contínua;
- Gerenciar o desenvolvimento de manuais, rotinas, procedimentos e impressos necessários à organização dos serviços, sempre atendendo a padronização do ISMS;
- Responsabilizar-se técnica e eticamente por todos os atos e ações da equipe de enfermagem da Instituição perante a direção do Hospital e do ISMS, órgãos representativos de classe, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde;
- Elaborar reuniões mensais com a equipe, analisando indicadores, dificuldades e oportunidades com registro em ata.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
	Empreendedorismo
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
Técnicas	Inteligência Organizacional
	Dimensionamento de Pessoal da Assistência
	Gerenciamento da central leitos

Art. 3º COORDENADOR DE ENFERMAGEM

Objetivo do Cargo: Planejar, coordenar e avaliar a atividade da assistência de enfermagem em todas as áreas assistenciais. Acompanhar as atividades da equipe de enfermagem e da supervisão de enfermagem, delegando tarefas e avaliando seu desenvolvimento, visando à assistência de enfermagem segura aos pacientes, garantindo a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Subordina-se a: Diretoria de Enfermagem.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Conduzir a implementação dos planos estratégicos e operacionais;
- Manter um comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos;
- Estruturar, organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as Unidades sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de Enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos pacientes;
- Acompanhar e avaliar em conjunto com os enfermeiros assistências e referências os indicadores que identifiquem a segurança do paciente cumprindo e fazendo cumprir as

medidas preventivas para os riscos assistenciais identificados; deste a sua admissão até alta com a continuidade do tratamento;

- Definir junto à **Diretoria de Enfermagem** critérios de segurança do paciente deste a sua admissão até alta com a continuidade do tratamento;
- Elaborar projetos e planejamentos para as unidades de assistenciais;
- Manter registros e mensuração atualizados de todos os processos implantados pela sua unidade;
- Visitar as unidades de internação, interagindo com profissionais, pacientes e familiares, com a finalidade de acompanhar, avaliar e orientar a estruturação da unidade;
- Convocar e presidir reuniões com a sua equipe de enfermagem;
- Gerenciar as auditorias de prontuários referentes à assistência de enfermagem e propor melhorias;
- Acompanhar e avaliar os indicadores de desempenho do serviço de enfermagem (absenteísmo, rotatividade) e definir ações de melhorias, quando ultrapassarem as metas;
- Desenvolver processos administrativos que lhe permita acompanhar o desempenho das unidades assistenciais;
- Monitorar os custos nos setores assistenciais de enfermagem no que se refere ao processo de trabalho do Assistencial;
 - Encaminhar relatório à comissão ética de enfermagem em caso de eventos graves onde ocorra o envolvimento da equipe de enfermagem;
 - Apoiar os supervisores e enfermeiros de referência na aplicação de orientações, advertências e suspensões em casos de ocorrência graves e que não sejam falhas no processo;
 - Executar outras atividades conforme a necessidade ou a critério da **Diretoria de Enfermagem**.
 - Elaborar normais e rotinas de trabalho para a atuação da equipe de enfermagem, visando assegurar a qualidade e harmonia nos cuidados prestados;
 - Zelar pelo cumprimento do Código de Ética de Enfermagem;
 - Supervisionar e acompanhar o controle de: assiduidade, pontualidade, disciplina e qualidade de assistência dos seus colaboradores;

- Proceder à distribuição dos materiais necessários à realização do ato cirúrgico;
- Apresentar mensalmente à Diretora de Enfermagem relatório pormenorizada das atividades do Setor.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e Solução de Problemas
	Inteligência Organizacional
	Gestão da Qualidade
	Administrar Recursos Financeiros das Unidades de Competência
Técnicas	Gerir Recursos e Materiais/Equipamentos
	Coordenar Equipes de Trabalho
	Desenvolver Educação em Saúde

Art. 4º COORDENADOR DE ENFERMAGEM SCIH

Objetivo do cargo: Gerenciar, monitorar, controlar e minimizar fatores de risco para o desenvolvimento de IRAS.

Subordina-se a: Gestão assistencial

Atribuições e Responsabilidades:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Manter um comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;

- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Realizar busca ativa e vigilância epidemiológica sistemática, através de visitas regulares às unidades de internação e revisão diária dos prontuários a fim de detectar possíveis casos de infecções relacionadas à assistência de saúde (IRAS) nos diversos setores do hospital, inclusive com pesquisa de infecções em egressos;
- Verificar as anotações nos prontuários, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em pacientes com probabilidade maior de adquirir IRAS;
- Buscar e notificar as não conformidades, gerenciando e orientando educativamente a prevenção de IRAS;
- Notificar aos órgãos competentes de vigilância sanitária os casos de doenças de notificação Compulsória suspeita ou confirmada diagnosticados na instituição;
- Analisar e classificar os resultados de culturas junto a médica do SCIH;
- Monitorar os pacientes em precaução;
- Elaborar, divulgar e discutir relatórios periódicos das IRAS, enviando para os gestores da instituição e para Vigilância Sanitária;
- Elaborar e manter atualizado banco de dados do SCIH;
- Participar da padronização de rotinas técnicas relacionadas ao controle e prevenção de IRAS e supervisionar a correta implementação das mesmas;
- Participar da elaboração de normas e rotinas relacionadas ao uso de saneantes hospitalares e supervisionar a correta implementação das mesmas;
- Planejar e realizar treinamentos para os colaboradores da instituição visando o controle de IRAS em todos os níveis em cooperação com os setores competentes;
- Realizar visitas técnicas periódicas nos setores específicos do hospital para avaliar a implementação de rotinas padronizadas de prevenção e controle de infecção hospitalar;
- Participar das visitas aos fornecedores da instituição a fim de avaliar as condições sanitárias dos processos por esses desenvolvidos;
- Participar da reunião periódica da CCIRAS (membros executores e consultores);

- Orientar e emitir laudos técnicos, quando da aquisição de materiais e equipamentos de uso assistencial;
- Elaborar e analisar os indicadores de qualidade em sua área de atuação, bem como propor ações de melhorias cabíveis;
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo;
- Orientar e/ou treinar junto aos outros membros do SCIH os colaboradores quanto à segurança do usuário no que diz respeito ao controle de infecção;
- Gerenciar as atividades do técnico de enfermagem e do enfermeiro do SCIH.

Competências

Essenciais

Atendimento Humanizado

Comprometimento

Habilidade Interpessoal

Comportamentais

Liderança

Gerenciamento Profissional

Aprimoramento Profissional

Flexibilidade

Análise e solução de problemas

Inteligência Organizacional

Técnicas

Gerenciamento do controle de infecção hospitalar e Vigilância Epidemiológica

Gestão da Qualidade

Elaboração de relatório

Didática de Ensino

Art. 5º SUPERVISOR DE ENFERMAGEM

Objetivo do Cargo: Supervisionar a assistencial de enfermagem aos pacientes internos e externos nas unidades da instituição, orientando a equipe com relação às normais e rotinas, garantido o cumprimento da missão, visão e valores institucional; verificando e fazendo cumprir

a sistematização da assistência de enfermagem, realizando visita diária em todas as unidades produtivas, com prioridade aos pacientes críticos, com o objetivo de garantir a segurança da assistência prestada.

Subordina-se a: Diretor (a) e a coordenação de enfermagem

Princípios responsabilidade do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Conduzir a implementação dos planos estratégicos e operacionais;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Manter contato constante com os responsáveis de outros setores visando à melhoria contínua na interação de processos;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
- Acionar a Coordenação da área em casos de não conformidade ou intercorrências;
- Supervisionar o cumprimento de protocolo de Segurança conforme a política institucional;
- Cumprir e fazer cumprir os registros da equipe de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência conforme **Resolução do COFEN 514/2016**;
- Participar à sua gestão assistencial da área as definições, tarefas e encaminhamentos, estas tidas quando de sua participação em outras reuniões e/ou atividades que lhe foram solicitadas presença;
- Organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua Responsabilidade, visando unificar e Sistematizar a Assistência de Enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos Usuários;
- Manter intercâmbio de comunicação na área Hospitalar, ambulatorial, urgência e demais unidades, visando promover a harmonia no Serviço de Enfermagem;

- Responder pela qualidade dos trabalhos executados nas unidades, cujo desempenho repercute ou não em outras áreas;
- Realizar a supervisão e gestão do gerenciamento leitos diariamente junto ao núcleo interno de regulação – NIR;
- Assegura a passagem fidedigna entre as equipes para a continuidade segura da assistência;
- Participar da distribuição do pessoal de acordo com as áreas de atividades e orientação do coordenador do setor (remanejamento nas escalas de serviços dos técnicos de enfermagem);
- Revisão diária dos prontuários; supervisionar a previsão de material de consumo e medicamentos de acordo com as normas estabelecidas;
- Elaborar e enviar relatórios das atividades de enfermagem aos coordenadores e Diretor de enfermagem diariamente a cada termino de plantão;
- Realizar ronda diária em todas as unidades para verificando e dando apoio para o funcionamento das mesmas;
- Realizar remanejamento dos técnicos de enfermagem em casos de faltas conforme a orientação do coordenador do Setor;
- Monitorar junto a coordenação no controle de funcionários que se encontra em débito ou com alguma pendência no Conselho Regional de Enfermagem – COREN;
- Monitorar, registrar e notificar a falta do colaborador a coordenação da unidade;
- Preencher corretamente o livro de passagem de plantão da coordenação e supervisão;
- Elaborar reuniões mensais com a equipe, analisando indicadores, dificuldades e oportunidades com registro em ata.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Desenvolvimento de Educação em Saúde
	Delegação e Supervisão de Tarefas

Art. 6º ENFERMEIRO HOSPITALISTA

Objetivo do Cargo: Supervisionar o modelo assistencial de enfermagem aos pacientes sob sua responsabilidade, organizando a assistência e possibilitando aprofundar o conhecimento científico da assistência; mediante a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); atuar como integrador, facilitador e coordenador na comunicação entre os membros da equipe multiprofissional, paciente e seus familiares objetivando a melhor participação no plano terapêutico. Desenvolver habilidade e tomada de decisão ao enfermeiro, como humanização e individualização do atendimento do paciente e seus familiares; orientado e avaliando o desempenho dos enfermeiros, técnicos de enfermagem com relação a pacientes complexos, visando assegurar uma assistência com qualidade e garantir a segurança no cuidado.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de enfermagem.

Princípios responsabilidade do cargo:

- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no “Manual do Colaborador”;

- Participar das discussões sobre o quadro clínico, intervenções e previsão de alta. Indicando as necessidades de cuidado;
- Monitorar as visitas diárias aos pacientes realizadas pelo enfermeiro da unidade;
- Elaborar, monitorar e encaminhar o relatório de pendência dos pacientes de longa permanência na unidade para otimizar a gestão de leito;
- Discutir as condutas de enfermagem e supervisionar a realização da Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE) dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Orientar o paciente e seus familiares sobre a assistência prestada durante a internação, o estabelecimento de metas em comum acordo e o acompanhamento após a alta;
- Auditar o prontuário, visando à obtenção de informações importante sobre a assistência nas 24 horas para a tomada de decisão; fazendo com que as informações contidas no prontuário garantam a continuidade da assistência;
 - Facilitar a comunicação entre a equipe multiprofissional, visando condutas para contribuir com a qualidade da assistência prestada e com a redução do período de internação (gerenciamentos de leitos)
 - Acompanhar o agendamento e a realização de exames, consultas e cirurgias com especialistas durante a internação e após a alta;
 - Manter acompanhamento junto ao enfermeiro da unidade;
 - Realizar educação permanente com os enfermeiros, técnicos de enfermagem durante as avaliações dos pacientes por intermédio de “cases”
 - Assegura e capacitar a equipe no atendimento às intercorrências mediante a adoção de procedimentos de enfermagem adequados a cada situação e do apoio à atuação médica;
 - Realizar e participar do monitoramento mensal dos indicadores clínicos, processos, resultados e custos;
 - Criar condições que facilitem o processo de integração dos pacientes à clínica, por meio de divulgação de informações a respeito de suas doenças e orientações de tratamento;

- Participar da elaboração e revisão dos protocolos clínicos e de segurança gerenciados na unidade;
 - Contribuir, eventualmente, nas atividades diretas com o paciente, visando avaliar o procedimento executado, bem como identificar os níveis de satisfação dos pacientes;
 - Assumir a assistência em conjunto com a equipe médica, em casos de pacientes complexos, em estado grave, instalando monitores, preparando drogas vasoativas, monitorando parâmetros vitais, volume urinário, balanço hidroeletrolítico etc;
 - Prestar orientações pré e pós-operatória a pacientes e familiares, indicando procedimentos a serem adotados e esclarecendo dúvidas;
 - Supervisionar o cumprimento de protocolo de Segurança conforme a política institucional;
- Cumprir e fazer cumprir os registros da equipe de enfermagem, garantindo a continuidade da assistência conforme Resolução do COFEN 514/2016;
 - Treinar funcionários recém-admitidos, passando as normas, rotinas, procedimentos, instalações, integrando-os com a equipe de enfermagem;
 - Coordenar as atividades de sua equipe com relação ao mecanismo que visem à segurança do paciente como as medidas preventivas adotadas para os riscos identificados de cada paciente;
 - Otimizar e agilizar a realização de exames dos pacientes, visando à obtenção dos resultados o mais rápido possível para o tratamento do paciente;
 - Participar e coordenar visita multiprofissionais e encaminhar relatório de pendência das unidades, monitorando o giro de leitos e prover intervenções para agilizar a alta do paciente.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Equilíbrio Emocional
	Trabalho em Equipe
Técnicas	Inteligência Organizacional
	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros Ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Utilização do processo de Enfermagem
	Delegação e supervisão de tarefas
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/comunidade
	Desenvolvimento da Educação em Saúde

Art. 7º ENFERMEIRO PLANTONISTA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Objetivo do Cargo: Prestar assistência de enfermagem a pacientes das unidades, tanto para o clínico como para o cirúrgico, coordenando o atendimento a urgência e emergência, garantindo o tratamento individualizado de cada paciente, orientando e avaliando o desempenho dos técnicos de enfermagem com relação à segurança nos cuidados, com prioridade a pacientes

complexos visando assegurar uma assistência com qualidade e contribuir para uma rápida recuperação do paciente.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de enfermagem.

Princípios responsabilidade do cargo:

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Receber e passar o plantão conforme o protocolo de Segurança na comunicação;
- Cumprir as escalas de plantões e serviços, estar no setor de trabalho no horário estabelecido respeitando os protocolos da Instituição;
- Prestar cuidados integrais aos pacientes sob sua responsabilidade, de acordo com a escala de serviço, usando métodos e técnicas apropriadas a cada procedimento;
- Auxiliar a equipe médica e executar cuidados de enfermagem aos pacientes de suas responsabilidades;
- Implantar a assistência de enfermagem integral, individualizada e documentada nas fases pré, trans e pós-operatórias em parceria com os enfermeiros das unidades de internação;
- Levantar e analisar as necessidades individuais dos pacientes a ser submetido ao procedimento anestésico-cirúrgico;
- Ajudar o paciente e sua família a compreender seu problema de saúde, preparando-os para o procedimento cirúrgico;
- Confirmar informações sobre o jejum (a partir de que horário), as alergias, as doenças anteriores e encaminhar o paciente à sala de cirurgia;
- Prescrever cuidados de enfermagem, realizar e supervisionar sua execução;
- Realização de curativos complexos e retirada de pontos;
- Organizar a operacionalização do serviço de modo a agilizar o fluxo do atendimento;
- Participar de reuniões técnicas da coordenação de enfermagem, para itens de estudo e internação de rotinas;

- Checar prescrição médica, evoluir, acompanhar e passar verbalmente e escrita informações clínicas referentes ao tratamento do usuário quando de transferência interna ou externa, sob sua responsabilidade à outra unidade hospitalar;
- Realizar o checklist diário das atividades de enfermagem conforme a rotina da unidade;
- Acompanhar pacientes em transportes e transferência, quando necessário;
- Controlar as condições de limpeza e assepsia necessárias à profilaxia das infecções institucionais;
- Preencher o livro de passagem de plantão diariamente com informações pertinentes e ocorrências;
- Avaliar junto à coordenadora de área, a atuação dos demais membros da equipe de enfermagem da unidade;
- Avaliar a assistência prestada aos usuários da unidade junto com a equipe de enfermagem;
- Visitar diariamente os usuários da unidade, provendo as necessidades, e anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados, alterações apresentadas, medicações, tratamento aplicados, sinais e sintomas, de maneira clara, objetiva e com letra legível, logo a sua execução, contendo data, horário, nome e registro COREN;
- Dar assistência integral ao usuário sobre sua responsabilidade;
- Comunicar ao médico as alterações observadas no estado geral dos pacientes;
- Encaminhamento de material a CME e solicitação de material a farmácia;
- Participar das orientações da admissão e alta do paciente; ajudar manter a ordem, disciplinar e limpeza do setor;
- Saber trabalhar em equipe e respeitar a hierarquia do organograma de enfermagem;
- Cumprir a sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE);
- Fazer registro, facilitando controles e estatística da unidade;
- Ser remanejado, quando necessário para os setores;
- Executar cuidados complexos a paciente grave;
- Acompanhar as rotinas gerais do setor periodicamente através de formulários, instruções de trabalho, indicadores e análise crítica e interação de processos, dentre outros;

- Realizar o dimensionamento diário da equipe de técnica aos cuidados dos pacientes conforme o grau de complexidade Fugulin.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Equilíbrio Emocional
	Trabalho em Equipe
Técnicas	Inteligência Organizacional
	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros Ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Utilização do processo de Enfermagem
	Delegação e supervisão de tarefas
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/comunidade
	Desenvolvimento da Educação em Saúde

Art. 8º ENFERMEIRO PLANTONISTA DO CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Objetivo do Cargo: Prestar assistência de enfermagem a pacientes cirúrgicos, coordenando o atendimento a urgências e emergências, garantindo o tratamento individualizado de cada paciente; orientando e avaliando o desempenho dos técnicos e auxiliares de enfermagem com relação a pacientes complexos, realizando a SAE, registrando a assistência prestada e garantindo a assistência com segurança aos pacientes.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de enfermagem

Principais responsabilidades de cargo:

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Realizar a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória com as suas fases: pré-operatório, transoperatório e pós-operatório;
- Realizar o check list cirúrgico e fazer cumprir os passos para a segurança do paciente durante a permanência do mesmo no centro cirúrgico;
- Supervisionar e avaliar e orientar a equipe de enfermagem no desenvolvimento das suas atividades e realização de procedimentos;
- Supervisionar as anotações da equipe de enfermagem e checagem com assinatura e carimbo e rubrica/ 1º nome nas checagens nas prescrições médicas e de enfermagem;
- Prestar cuidados de enfermagem a pacientes graves críticos;
- Executar e gerenciar os protocolos de enfermagem descritos pelo setor, bem como participar efetivamente do gerenciamento dos riscos dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Realizar passagem de plantão no sistema on-line, informando sobre cirurgias realizadas, intercorrências durante ato cirúrgico, cirurgias suspensas, pacientes em recuperação anestésica, problemas relacionados a equipamentos e materiais cirúrgicos;
- Recepcionar os pacientes verificando pulseira de identificação com prontuário, tipo de cirurgia que será realizada, local, exames laboratoriais e de imagem;
- Compete ao enfermeiro, juntamente com os serviços de farmácia, almoxarifado e central de material e esterilização, checar as cirurgias programadas, materiais e equipamentos necessários, para impedir que intonações desnecessárias possam ocorrer e evitar o cancelamento de cirurgias;
- Supervisionar a limpeza terminal e concorrente das salas cirúrgicas e áreas afins, diariamente e finais de semana;
- Planejar as atividades de enfermagem proporcionando satisfação das necessidades da clientela, identificando as atividades, quantificando e distribuindo-as pela equipe de enfermagem e pelos turnos de horário proposto, utilizando-se do programa de operações- mapa cirúrgico;

- Elaborar o mapa cirúrgico diário que atenda os pacientes e equipe cirúrgica de maneira organizada, seguindo uma rotina pré-estabelecida, deliberada na reunião do Colegiado do Centro Cirúrgico;
- Conferir montagem das salas pelos funcionários, verificando instrumentais cirúrgicos, materiais de farmácia e almoxarifado, conforme solicitado nos avisos de cirurgia, de acordo com os kits preexistentes;
- Manter o movimento cirúrgico através do livro de registro ou informatizado da relação de cirurgias suspensas, verificando o motivo e registrando no verso do aviso de cirurgia;
- Os enfermeiros do período noturno realizam visita pré-operatória aos pacientes com programação cirúrgica do dia seguinte, verificando exames laboratoriais, reserva de hemoderivados, reserva de leito de UTI e exames radiológicos;
- Na recuperação anestésica, deve avaliar, prescrever e evoluir os pacientes sob sedação anestésica;
- Informar aos supervisores qualquer intercorrência na Unidade: óbito, transferências, realização externa de exames, eventos-sentinela, falta de materiais e medicamentos;
- Gerenciar sua unidade de negócios, compartilhar metas com a equipe multiprofissional, avaliar os resultados e traçar ações de melhoria contínua, discutir contratos, notificar não conformidades e realizar aditamento de contrato;
- Conferir e encaminhar os materiais de anatomopatológicos;
- Identificar erros/falhas nos processos, notificar as ocorrências encaminhando para chefia imediata;
- Ser um potencial multiplicador de treinamentos realizados pela educação continuada na instituição;
- Realizar conferência fichas de OPME;
- Realizar conferência das caixas cirúrgicas e repor material, conforme necessidade;
- Manter estoque de materiais para uso junto as unidades assistenciais;
- Realizar inventários dos artigos hospitalares, conforme programação interna;
- Realizar auditoria nas unidades assistenciais para checagem do armazenamento seguro dos artigos hospitalares;

- Garantir movimentação dos artigos hospitalares para processamento interno;
- Garanti integridade dos materiais para uso junto as unidades assistenciais.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Equilíbrio Emocional
	Trabalho em Equipe
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros Ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Utilização do processo de Enfermagem
	Delegação e supervisão de tarefas
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/comunidade
	Desenvolvimento da Educação em Saúde

Art. 09 ° ENFERMEIRO PLANTONISTA TERAPIA INTENSIVA

Objetivo do Cargo: Supervisionar a assistência de enfermagem realizada na unidade, coordenar o atendimento a urgências e emergências garantindo o tratamento individualizado e a segurança de cada paciente individualmente. Avaliar e acompanhar a assistência prestada por técnicos sob sua responsabilidade. Realizar a SAE visando garantir uma assistência com segurança e qualidade para a rápida recuperação do paciente.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de enfermagem

Principais responsabilidades:

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Receber e passar plantão por escrito beira e conforme IT de passagem de plantão;
- Dimensionar a escala de funcionários e leitos da unidade, seguindo o modelo assistencial da instituição: cuidados Integrais e de acordo com a gravidade dos pacientes, utilizando ferramentas padronizadas pelos setores (NAS);
- Verificar e orientar os colaboradores da equipe de enfermagem com relação aos mecanismos que visem à segurança do paciente com as medidas preventivas para os riscos identificados;
- Controlar e supervisionar os registros da equipe, que garantam a continuidade da assistência;
- Realizar a sistematização da assistência de enfermagem com todas as suas fases: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução dos pacientes nos setores; utilizando instrumentos escritos ou informatizados;
- Supervisionar e avaliar todos os membros da equipe de enfermagem no desenvolvimento das suas atividades, realização de procedimentos e alinhamento em todos os processos;
- Supervisionar as anotações da equipe de enfermagem e checagem com assinatura e carimbo e rubrica/ 1º nome nas checagens nas prescrições médicas e de enfermagem;
- Prestar cuidados de enfermagem a pacientes graves e críticos;
- Executar e gerenciar os protocolos de enfermagem descritos pela Instituição, bem como participar efetivamente do gerenciamento dos riscos dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Auxiliar a equipe médica no controle e desmame de drogas vasoativas quando solicitado, e nos procedimentos invasivos;
- Colher exames de gasometria arterial quando solicitado ou conforme rotina;
- Ser um potencial multiplicador de treinamentos realizados pela educação continuada na instituição;
- Supervisionar a limpeza e organização do setor e suas dependências;

- Realizar plano de alta e orientação do paciente e família;
- Providenciar o encaminhamento de exames de rotina e urgência, e acompanhar pacientes críticos na realização de exames juntamente com equipe multiprofissional;
- Controlar estoque mínimo e prover materiais individuais por paciente;
- Notificar ocorrências de eventos-sentinela e comunicar à supervisão;
- Informar aos Supervisores qualquer intercorrência na Unidade como transferências, realização de exames externos, falta de materiais e medicamentos, ou óbito seja na passagem do plantão ou on-line;
- Gerenciar a unidade de negócios, compartilhar metas com a equipe multiprofissional, avaliar os resultados e traçar ações de melhoria contínua, discutir contratos, notificar não conformidades e realizar aditamento de contrato;
- Determinar os indicadores de assistência de enfermagem, desempenho e processo, realizar a coleta de dados diariamente, condensar mensalmente e analisar juntamente com Educação Continuada, propondo prazos e metas a serem cumpridas;
- Supervisionar a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade com relação a assiduidade e absenteísmo, bem como a apresentação pessoal de cada colaborador;
- Participar e desenvolver treinamentos juntamente com o setor de Educação Continuada e promover a participação de sua equipe nestes treinamentos;
- Manter o supervisor informado das ocorrências, encaminhamentos para exames externos e desempenho dos funcionários da unidade;
- Realizar avaliação de desempenho por competência dos profissionais em período de experiência com 45 e 90 dias; propor ações para desenvolvimento;
- Realizar avaliação de desempenho por competências anual, propor ações de desenvolvimento com prazos e metas, em conjunto com a supervisão de enfermagem, educação continuada;
- Identificar erros/falhas nos processos, notificar as ocorrências encaminhar para chefia imediata;
- Ser um potencial multiplicador de treinamentos realizados pela educação continuada na instituição.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Equilíbrio Emocional
	Trabalho em Equipe
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros Ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Utilização do processo de Enfermagem
	Delegação e supervisão de tarefas
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/comunidade
	Desenvolvimento da Educação em Saúde

Art. 10º ENFERMEIRO PLANTONISTA ACOLHIMENTO, AGÊNCIA TRANSFUSIONAL, LABORATÓRIO, E NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO

Objetivo do Cargo: Realizar e supervisionar a assistência de enfermagem priorizando o atendimento, garantindo o tratamento individualizado e a segurança de cada paciente; orientar, avaliar o desempenho dos técnicos de enfermagem com relação a pacientes com risco eminente de morte, visando assegurar uma assistência com qualidade e contribuir para uma rápida recuperação do paciente. Ter conhecimento sobre as patologias de maior prevalência na instituição, conhecimento clínico, de exame físico e protocolos institucionais.

Conhecer os sinais e sintomas das principais síndromes atendidas na classificação de risco, bem como protocolos para cada uma delas.

Verificar e orientar os colaboradores da sua equipe de enfermagem com relação aos mecanismos que visem à segurança do paciente com as medidas preventivas para os riscos identificados.

Controlar e supervisionar os registros da equipe, para que garantam a continuidade da assistência de enfermagem.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de enfermagem

Principais responsabilidades do cargo:

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
- Receber e passar plantão por escrito (sistema informatizado) e leito a leito com toda equipe;
- Dimensionar a escala de funcionários e leitos da unidade, seguindo o modelo assistencial da instituição, de acordo com a gravidade dos pacientes com utilização da ferramenta Fugulin;
- Realizar exame físico diário aos pacientes inerentes ao seu período, estabelecendo cuidados prioritários no planejamento da assistência;
- Realizar a sistematização da assistência de enfermagem com as todas as suas fases: histórico, diagnóstico, prescrição e evolução dos pacientes nos setores; utilizando instrumentos escritos ou on-line;
- Verificar e orientar os colaboradores da equipe de enfermagem com relação aos mecanismos que visem à segurança do paciente;
- Controlar e supervisionar os registros da equipe da sua equipe que garantam a continuidade da assistência;
- Supervisionar e avaliar todos os membros da equipe de enfermagem no desenvolvimento das suas atividades, realização de procedimentos e alinhamento em todos os processos;
- Supervisionar as anotações da equipe de enfermagem e checagem com rubrica/ 1º nome das prescrições;
- Prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves e críticos;

- Executar e gerenciar os protocolos de enfermagem descritos pela Instituição, bem como participar efetivamente do gerenciamento dos riscos dos pacientes sob sua responsabilidade;
- Auxiliar a equipe médica na execução de procedimentos emergenciais quando solicitado e coordenar a equipe de enfermagem durante ações de emergência;
- Colher exames que exijam destreza e conhecimento clínico como gasometria;
- Receber, atender, estabilizar e encaminhar os pacientes para as unidades de destino;
- Supervisionar a limpeza e organização do setor e suas dependências;
- Aprazar as prescrições médicas, determinando os horários e utilizando conhecimentos de farmacologia;
- Realizar plano de alta e orientação do paciente e família;
- Acompanhar visitas médicas;
 - Providenciar o encaminhamento de exames de rotina e urgência; e acompanhar pacientes críticos na realização de exames juntamente com equipe multiprofissional;
 - Controlar estoque mínimo e prover materiais individuais por paciente;
 - Controlar psicotrópicos e entorpecentes do setor e dos pacientes sob sua responsabilidade;
 - Manter os equipamentos em condições de uso imediato; assim como preparo do leito de emergência para o recebimento de paciente crítico/grave;
 - Notificar ocorrências, eventos-sentinelas e comunicar supervisão;
 - Informar aos supervisores qualquer intercorrência na Unidade seja clínica ou administrativa, seja na passagem de plantão ou on-line;
 - Gerenciar sua unidade de negócios, compartilhar metas com a equipe multiprofissional, avaliar os resultados e traçar ações de melhoria contínua, discutir contratos, notificar não conformidades e realizar aditamento de contrato;
 - Determinar os indicadores de assistência de enfermagem, desempenho e processo, realizar a coleta de dados diariamente, condensar mensalmente e analisar juntamente com Educação Continuada, propondo prazos e metas a serem cumpridas;

- Supervisionar a equipe de enfermagem sob sua responsabilidade com relação a assiduidade e absenteísmo, bem como a apresentação pessoal de cada colaborador;
- Participar e desenvolver treinamentos juntamente com o setor de Educação Continuada e promover a participação de sua equipe nestes treinamentos;
- Manter o supervisor informado das ocorrências, encaminhamentos para exames externos e desempenho dos funcionários da unidade;
- Realizar avaliação de desempenho por competência dos profissionais em período de experiência com 45 e 90 dias; propor ações para desenvolvimento;
- Realizar avaliação de desempenho por competências anual, propor ações de desenvolvimento com prazos e metas, em conjunto com a supervisão de enfermagem, educação continuada;
- Identificar erros/falhas nos processos, notificar as ocorrências e encaminhar para chefia imediata;
- Orientar a população sobre a classificação de risco;
- Realizar entrevista, verificar sinais vitais e classificar conforme protocolo;
- Validar a classificação de risco das 24 horas após o atendimento médico no período noturno;
- Realizar classificação de risco conforme portaria do ministério da saúde com utilização do protocolo brasileiro de Manchester;
- Ser um potencial multiplicador de treinamentos realizados pela educação continuada na instituição;
- Supervisionar o processo de gerenciamento de fluxo da unidade, a fim de agilizar o atendimento e direcionado todos os pacientes internos;
- Supervisionar o processo de controle de temperatura do arsenal de CME;
- Acompanhar a solicitação e resposta dos pareceres a fim de solucionar as possíveis pendências do paciente priorizando a sua alta hospitalar;
- Direcionar o posto de trabalho dos maqueiros de acordo com a necessidade da unidade, priorizando sempre o choque e sala vermelha;
- Gerenciar pedidos de hemocomponentes;
- Realizar hemovigilância;

- Gerenciar solicitações laboratoriais;
- Capacitar equipe quanto as técnicas de coletas de amostras laboratoriais;
- Realizar gestão de leitos;
- Realizar agendamentos de exames externos;
- Realizar confecção mapa cirúrgico;
- Participar visita multidisciplinar diariamente.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Equilíbrio Emocional
	Trabalho em Equipe
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros Ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Utilização do processo de Enfermagem
	Delegação e supervisão de tarefas
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/comunidade

Desenvolvimento da Educação em Saúde

Art.11º ENFERMEIRO SERVIÇO DE CONTROLE E INFECÇÃO HOSPITALAR

Objetivo do Cargo: Monitorar, controlar e minimizar fatores de risco para o desenvolvimento de IRAS

Subordina-se a: Coordenação SCIH.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Realizar busca ativa e vigilância epidemiológica sistemática, através de visitas regulares às unidades de internação e revisão diária dos prontuários a fim de detectar possíveis casos de infecções relacionadas à assistência de saúde (IRAS) nos diversos setores do hospital, inclusive com pesquisa de infecções em egressos;
- Verificar as anotações nos prontuários, pesquisando indícios de hiperemia, uso de antibióticos, drenagens de secreções, sondagens, e/ou outros indicativos de infecção, principalmente em usuários com probabilidade de adquirir IRAS;
- Elaborar relatórios periódicos com os dados obtidos das buscas realizadas;
- Realizar observação direta da higienização das mãos nas unidades assistenciais;
- Realizar monitoramento das medidas de biossegurança nas unidades assistenciais;
- Notificar as não conformidades, gerenciando e orientando educativamente a prevenção de IRAS;
- Monitorar os pacientes em precaução;
- Supervisionar junto aos outros membros do SCIH a implementação pela equipe assistencial de técnicas relacionadas ao controle e prevenção de IRAS;
- Supervisionar junto aos outros membros do SCIH as rotinas e atividades de higiene e limpeza do Hospital;
- Realizar, junto aos outros membros do SCIH, visitas técnicas periódicas nos setores específicos do hospital para avaliar a implementação de rotinas padronizadas de prevenção e controle de IRAS;

- Participar da reunião periódica da CCIRAS (membros executores e consultores);
- Realizar atividades administrativas relativas ao cargo;
- Orientar e/ou treinar junto aos outros membros do SCIH os colaboradores quanto á segurança do usuário no que diz respeito ao controle de infecção;
- Representar o enfermeiro Coordenador do SCIH nas atividades que o mesmo não puder comparecer.

Competências

Essenciais

Atendimento Humanizado

Comprometimento

Habilidade Interpessoal

Comportamentais

Gerenciamento Profissional

Aprimoramento Profissional

Flexibilidade

Análise e solução de problemas

Proatividade

Agilidade e Atenção

Inteligência Organizacional

Técnicas

Conhecimento técnico do controle de infecção hospitalar e Vigilância Epidemiológica

Elaboração de relatório

Didática de Ensino

Art.12º ENFERMEIRO NÚCLEO QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Objetivo do Cargo: Contribuir para o alcance dos objetivos estabelecidos pela empresa através das diretrizes do Sistema de Gestão da Qualidade e atuar de forma a garantir assistência segura dos processos existentes no hospital.

Subordina-se a: Gerência de qualidade.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Princípios;
- Prestar assistência ao supervisor da qualidade no processo de desenvolvimento e manutenção do Sistema de Gestão da Qualidade, buscando informações e feedback que possibilitem avaliação dos programas e procedimentos implantados;
- Prestar manutenção no sistema de informática utilizado para gestão da qualidade;
- Acompanhar, continuamente, a criação, aplicação, implantação e atualização dos documentos e registros do Hospital;
- Elaborar os fluxogramas de documentação do Sistema de Gestão da Qualidade, visando a correta comunicação e registro das informações;
- Participar da elaboração e redação dos procedimentos relacionados com a qualidade;
- Manter controles dos registros da qualidade;
- Cumprir e fazer cumprir política, normas, regulamento e/ou regimento interno do hospital;
- Organizar e prover a realização de reuniões das comissões existentes na organização, monitorar o cumprimento das ações definidas nas reuniões;
- Monitorar as ocorrências de incidentes registradas no sistema de informática da gestão da qualidade;
- Acompanhar as comissões internas do Hospital;
- Verificar instrumentos normativos relativos a aspectos técnicos da prática hospitalar;
- Garantir a segurança dos usuários através do gerenciamento de risco;
- Fornecer subsídios técnicos na avaliação de questões relativas à área da saúde;

- Realizar auditoria de processo e gerenciamento de risco, e divulgar às áreas os dados obtidos nas auditorias;
- Elaborar junto aos processos responsáveis os protocolos de segurança do paciente e clínicos definido pela instituição, bem como fazer cumprir o disposto nestes documentos, acompanhando através de auditorias específicas o desempenho dos processos no atingimento das práticas propostas;
- Promover reuniões de análise de incidentes a fim de propor junto aos envolvidos as tratativas para minimizar a exposição aos riscos e consequentes falhas, levantando causas e estimulando a proposta de ações para definição de práticas seguras, visando buscar por melhoria nos processos.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Conhecimento técnico do controle de infecção hospitalar e Vigilância Epidemiológica
	Elaboração de relatório
	Didática de Ensino

Art.13º ENFERMEIRO EDUCAÇÃO CONTINUADA

Objetivo do Cargo: Capacitar e desenvolver conhecimentos e práticas assistenciais essenciais para a prevenção de riscos e agravos a saúde, de acordo com a legislação, ética profissional, e política institucional vigente.

Subordina-se a: Direção, Coordenação e Supervisão de Enfermagem.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas; Instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
- Estabelecer o processo de Educação Continuada nos setores, apresentando temáticas relacionadas ao Levantamento da Necessidade de Treinamento (LNT), e presentes no Programa Anual de Treinamento (PAT);
- Estabelecer junto às coordenações rotina de orientações nos setores de trabalho, para inclusão, modificação, aperfeiçoamento, atualização e/ou correção de rotinas assistências, baseadas em instruções de trabalho, protocolos, e na legislação;
- Elaborar e auxiliar na construção de formulários, instruções de trabalho, indicadores e análise crítica, gerenciamento de risco e interação de processos, dentre outros;
- Elaborar junto ao NEP cronograma com os temas a serem abordados com os novos colaboradores no período de integração institucional e setorial;
- Manter contato constante com os responsáveis dos setores assistenciais visando à melhoria contínua na interação de processos e a necessidade de revisão de orientações e treinamentos;
- Estabelecer um processo metodológico e didático para manutenção do cronograma do PAT, alcance da meta de participação dos colaboradores nos treinamentos, e alcance da eficácia dos treinamentos;

- Assegurar o fornecimento de dados atualizados e específicos do setor através de relatórios mensais estabelecidos e sempre que solicitados para análise e tomada de decisões junto a Diretoria;
- Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com gestão assistencial, coordenações, ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- Acionar a Gestão Assistencial da área em casos de não conformidade;
- Participar à sua **Diretoria de Enfermagem** da área as definições, tarefas e encaminhamentos, estas tidas quando de sua participação em outras reuniões e/ou atividades que lhe foram solicitadas presença;
- Assegurar o cumprimento das metas estipuladas em contrato;
- Manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados, através da inclusão e multiplicação das temáticas relacionadas com o setor;
- Estabelecer vínculo participativo dos enfermeiros assistenciais e supervisores de enfermagem, como facilitadores nos treinamentos e orientações.
- Manter observação participativa, para orientação em tempo real nos casos de dúvida, pródromos de erros e falhas, que são cabíveis de treinamento e orientação contínuos, mantendo intercâmbio na área hospitalar, ambulatorial, urgência e demais unidades de internação, promovendo a harmonia no Serviço de Enfermagem;
- Elaborar, aplicar e atualizar o Manual de Rotinas e Normas Técnicas de Enfermagem, referente às unidades de internação e participar na implantação, com treinamentos em conjunto com a gestão do serviço;
- Participar de reuniões com outros setores;
- Conhecer as Instruções de trabalho, protocolos e manuais institucionais e executá-los;
- Auxiliar no processo de admissão dos colaboradores da seção enfermagem, através da elaboração e correção de provas admissionais e participação nas entrevistas técnicas com emissão de seu parecer, junto às coordenações e gestão assistencial.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Conhecimento técnico do controle de infecção hospitalar e Vigilância Epidemiológica
	Elaboração de relatório
	Didática de Ensino

Art.14º ENFERMEIRO AUDITOR

Objetivo do Cargo: Organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre os serviços de Auditoria de Enfermagem.

Subordina-se a: Direção de enfermagem e Administrativa-financeira.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas; Instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

- Estabelecer, elaborar e acompanhar as rotinas gerais do setor periodicamente através de formulários, instruções de trabalho, indicadores e análise crítica, gerenciamento de risco e interação de processos, dentre outros;
- Manter contato constante com os responsáveis de outros setores visando à melhoria continua na interação de processos;
- Assegurar o fornecimento de dados atualizados e específicos do setor através de relatórios mensais estabelecidos e sempre que solicitados para análise e tomada de decisões junto a Diretoria;
- Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continua da assistência prestada;
- Acionar a gestão da área em casos de não conformidade;
- Participar à sua gestão da área as definições, tarefas e encaminhamentos, estas tidas quando de sua participação em outras reuniões e/ou atividades que lhe foram solicitadas presença;
- Assegurar o cumprimento das metas estipuladas em contrato;
- Organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua responsabilidade.
- Elaborar, aplicar e atualizar manuais, ITS referentes as atividades de auditoria.
- Responder pela qualidade dos trabalhos executados, cujo desempenho repercuta ou não em outras áreas;
- Participar da distribuição do pessoal de acordo com as áreas de atividades (remanejamento nas escalas de serviços das escriturárias);

- Revisão diária dos prontuários nas unidades de internação e no pós alta do usuário.
- Participar de reuniões com outros setores;
- Avaliar, Orientar e supervisionar a assistência prestada pela equipe de enfermagem bem como os registros e dados de enfermagem;
- Controlar escalas de trabalho dos colaboradores de sua responsabilidade registrar a falta do colaborador (auxiliar administrativo).
- Orientar e encaminhar ao Recursos Humanos o funcionário;
- Participações em reuniões com vários seguimentos do hospital;
- Conhecer as Instruções de trabalho e executá-las.
- Orientar equipe administrativa (escriturária) sobre as rotinas de enfermagem e avaliação de prontuários.
- Quanto integrante de equipe de Auditoria em Saúde:
- Atuar no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- Atuar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- Atuar na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos usuários durante a assistência de enfermagem;
- Atuar na elaboração de Contratos e Adendos que dizem respeito à assistência de Enfermagem e de competência do mesmo;
- Atuar em todas as atividades de competência do Enfermeiro e Enfermeiro Auditor, de conformidade com o previsto nas Leis do Exercício da Enfermagem e Legislação pertinente;
- Manter regularizado sua inscrição no COREN da jurisdição onde presta serviço, bem como ter seu título registrado, conforme dispõe a Resolução COFEN Nº 261/2001;
- O Enfermeiro Auditor, em sua função, deverá identificar-se fazendo constar o número de registro no COREN sem, contudo, interferir nos registros do prontuário do paciente;
- Visitar/entrevistar o usuário, com o objetivo de constatar a satisfação do mesmo com o serviço de Enfermagem prestado, bem como a qualidade. Se necessário acompanhar

os procedimentos prestados no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que possam interferir no seu relatório.

- Solicitar esclarecimento sobre fato que interfira na clareza e objetividade dos registros, com fim de se coibir interpretação equivocada que possa gerar glosas/desconformidades, infundadas.
- Acessar, in loco toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o usuário desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.
- Deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-econômico-financeiro, tendo sempre em vista o bem-estar do ser humano enquanto paciente/cliente.
- O Enfermeiro Auditor, no exercício de sua função, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios Constitucional, Legal, Técnico e Ético;
- O Enfermeiro Auditor como educador, deverá participar da interação interdisciplinar e multiprofissional, contribuindo para o bom entendimento e desenvolvimento da Auditoria de Enfermagem, e Auditoria em Geral, contudo, sem delegar ou repassar o que é privativo do Enfermeiro Auditor;
- O Enfermeiro Auditor, quando integrante de equipe multiprofissional, deve preservar sua autonomia, liberdade de trabalho, o sigilo profissional, bem como respeitar autonomia, liberdade de trabalho dos membros da equipe, respeitando a privacidade, o sigilo profissional, salvo os casos previstos em lei, que objetive a garantia do bem-estar do ser humano e a preservação da vida;
- O Enfermeiro Auditor, quando em sua função, deve sempre respeitar os princípios Profissionais, Legais e Éticos no cumprimento com o seu dever.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Liderança
	Gerenciamento Profissional
	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Análise e solução de problemas
	Agilidade e Atenção
	Inteligência Organizacional
Técnicas	Gestão da Qualidade
	Gestão de Prontuários

Art.15º ENFERMEIRO DO TRABALHO

Objetivo do Cargo: Elaborar e executar planos e programas de promoção e proteção à saúde dos colaboradores.

Subordina-se a: Direção geral e de enfermagem.

Principais responsabilidades do cargo:

- Cumprir e executar a política de gestão do ISMS e da unidade hospitalar;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas; Instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;

- Visualizar, planejar, organizar e controlar os setores de atuação, visando atingir resultados específicos de acordo com a política e as decisões aprovadas pela Diretoria;
- Manter contato constante com os responsáveis de outros setores visando a melhoria continua na interação de processos;
- Assegurar o fornecimento de dados atualizados e específicas do setor através de relatórios mensais estabelecidos e sempre que solicitados para análise e tomada de decisões da diretoria;
- Participar ou integrar de comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes a administração ou a elas relacionadas;
- Participar, sempre que necessário, com outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos Serviços e os programas de melhoria continuam da assistência prestada;
- Acionar a Coordenação e/ou gestão da área em casos de não conformidade;
- Organizar, padronizar e sistematizar recursos, guardando e mantendo arquivos de dados de saúde dos colaboradores e cadastros do setor atualizados, para o subsídio de ações no âmbito da saúde ocupacional;
- Elaborar e executar planos e programas de prevenção em saúde, através de treinamentos e campanhas para garantir segurança, satisfação e condições adequadas de trabalho ao colaborador;
- Acompanhar a saúde ocupacional dos candidatos/colaboradores, nos exames admissional, demissional, periódico, mudança de função e retorno ao trabalho através da avaliação específica do candidato/colaborador prepará-lo para exame com o médico do trabalho;
- Receber os atestados médicos dos colaboradores e registrar os mesmos em planilhas específicas, solicitando avaliação médica quando os mesmos forem de longo prazo.
- Acompanhar os colaboradores afastados em benefício do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) - licença maternidade, auxílio doença e/ou auxílio acidente, entrevistando-os, para verificar as condições de saúde e o efetivo andamento do tratamento;
- Elaborar, coordenar e monitorar programas de imunização dos colaboradores, e providenciar vacinação após vencimento e/ou ausência de vacinas para atender

exigências conforme PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional);

- Coletar, consolidar e analisar dados estatísticos de saúde ocupacional, investigando possíveis relações com as atividades funcionais, para emissão de relatórios estatísticos e proposição de medidas de controle;
- Elaborar normas internas e executar, treinamento, campanhas, programas, normas, procedimentos e regulamentos de segurança e saúde ocupacional para garantir ações efetivas frente à segurança e saúde do colaborador da instituição;
- Auxiliar na elaboração e / ou revisar junto com a equipe as equipes os processos voltados aos padrões da qualidade.

Competências

Essenciais

Atendimento Humanizado

Comprometimento

Habilidade Interpessoal

Comportamentais

Liderança

Gerenciamento Profissional

Aprimoramento Profissional

Flexibilidade

Análise e solução de problemas

Inteligência Organizacional

Técnicas

Gestão da Qualidade

Didática de Ensino

Conhecimento Técnico das Diretrizes do SESMT

Controle e Prevenção do Acidente de Trabalho

Controle de Exames e periódicos

Controle de Imunizações

Art.16º ENFERMEIRO ESTOMA TERAPEUTA**Objetivo do Cargo:**

O enfermeiro estoma terapeuta tem como objetivo proporcionar cuidados especializados a pacientes com estomas, feridas e alterações dermatológicas que demandam atenção em ambientes hospitalares. Sua atuação visa promover a recuperação da integridade da pele e mucosas, além de prevenir complicações derivadas dessas condições. O enfermeiro estoma terapeuta também exerce papel fundamental na educação do paciente e sua família, orientando sobre cuidados pós-operatórios e autocuidado, garantindo a qualidade de vida e o bem-estar durante o processo de reabilitação.

Subordina-se a: Direção geral e de enfermagem.

Principais responsabilidades do cargo:

- Realizar avaliação clínica detalhada e contínua de pacientes com estomas (colostomia, ileostomia, urostomia) e/ou outras condições que requeiram cuidados específicos.
- Desenvolver e implementar planos de cuidados individualizados, com base na avaliação das necessidades de cada paciente.
- Realizar o acompanhamento e a orientação sobre os cuidados com o estoma, garantindo o uso correto de dispositivos e materiais de ostomias.
- Monitorar possíveis complicações associadas ao estoma, como infecções, escoriações ou sangramentos, e intervir conforme necessário.
- Realizar a avaliação de feridas agudas ou crônicas, como úlceras de pressão, feridas cirúrgicas, queimaduras, e lesões traumáticas.
- Implementar tratamentos adequados para cicatrização, utilizando técnicas e curativos específicos.
- Prevenir o surgimento de lesões de pele em pacientes em risco, incluindo estratégias de prevenção de úlceras de pressão.
- Orientar pacientes e familiares sobre os cuidados com estomas, feridas e pele, incluindo a troca de dispositivos, cuidados pós-operatórios, e prevenção de complicações.
- Oferecer suporte emocional e psicológico para pacientes que enfrentam mudanças corporais significativas, como no caso de ostomias.
- Realizar treinamentos e reciclagens contínuas para a equipe de enfermagem sobre os cuidados com estomas e feridas.

- Colaborar com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e outros profissionais da saúde, a fim de garantir um atendimento integral e humanizado.
- Participar das discussões clínicas e reuniões de equipe para planejar e avaliar os cuidados dos pacientes com estomas e feridas.
- Contribuir para o desenvolvimento de protocolos de atendimento e procedimentos padrão em feridas e estomas.
- Gerenciar adequadamente os materiais e equipamentos utilizados no cuidado de estomas e feridas, garantindo a disponibilidade e o uso correto.
- Monitorar a qualidade e a segurança dos materiais de curativo, dispositivos de ostomia e outros insumos, além de controlar seu estoque.
- Participar de estudos, pesquisas e projetos relacionados à estomaterapia, buscando melhorias contínuas na assistência prestada aos pacientes.
- Manter-se atualizado quanto às novas tecnologias, protocolos e evidências científicas relacionadas ao cuidado de estomas e feridas.
- Realizar registros detalhados e precisos das condições dos pacientes, tratamentos aplicados, evolução clínica e orientações fornecidas, assegurando a rastreabilidade e a continuidade do cuidado.
- Garantir que todos os dados e registros sejam feitos de acordo com as normas éticas e legais de sigilo e privacidade.

Competências

Essenciais

Atendimento Humanizado

Comprometimento

Habilidade Interpessoal

Comportamentais

Liderança

Gerenciamento Profissional

Aprimoramento Profissional

Flexibilidade

Análise e solução de problemas

Inteligência Organizacional

Técnicas

Gestão da Qualidade

Didática de Ensino

Conhecimento Técnico das Diretrizes do SESMT

Controle e Prevenção do Acidente de Trabalho

Competências

Controle de Exames e periódicos

Controle de Imunizações

Art.17º TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Objetivo do Cargo: Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes da Instituição, em tratamento clínico e/ou cirúrgico, envolvendo atividades de nível técnico com objetivo de assegurar a qualidade da assistência prestada e garantir a segurança do paciente.

Subordina-se a: Coordenação e Supervisão de Enfermagem, e Enfermeiros Plantonistas e Hospitalistas.

Principais responsabilidades do cargo:

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas; Normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no manual do colaborador;
- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes críticos da Instituição, em tratamento clínico ou cirúrgico;
- Realizar as medidas preventivas para os riscos identificados com base nos protocolos estabelecidos pela instituição;
- Realizar as anotações pertinentes aos pacientes sob sua responsabilidade garantindo a segurança e a continuidade do tratamento conforme a Resolução COFEN 514/2016;
- Participar do processo cirúrgico, envolvendo a conferência da escala de cirurgias, conferência da sala de cirurgia, checagem dos kits de cirurgia, recepção e encaminhamento do paciente para mesa cirúrgica, precauções pré-operatórias, montagem da mesa cirúrgica, auxílio na cirurgia propriamente dita, transferência do paciente para a sala de recuperação pós-anestésica e preparação da sala de cirurgia para a próxima cirurgia;
- Realizar cuidados individualizados a pacientes críticos, internados nas UTI, ou unidade de internação aberta;
- Checar as prescrições médicas e de enfermagem, colocando nome completo sem abreviaturas e o número do conselho;

- Auxiliar na realização de procedimentos médicos, tais como: drenagem de tórax, broncoscopia, endoscopias, colonoscopias, passagem de acesso venoso central, entre outros, reunindo materiais específicos para os procedimentos, para estabilizar parâmetros hemodinâmicos;
- Orientar os visitantes, nos horários de visitas, higienização das mãos e sua importância para a prevenção de infecção dos pacientes sob seus cuidados;
- Verificar e repor matérias nos painéis dos leitos de UTI e unidades abertas, tais como: gaze, sonda, aspiração, luva estéril, ressuscitador pulmonar manual etc;
- Conferir Kits para procedimentos de urgência, datando e repondo o que falta;
- Executar outras atividades conforme necessidade ou a critério do Enfermeiro da unidade;
- Admitir o paciente na unidade junto com o enfermeiro, recebendo a ficha de internação e prontuário, encaminhando o paciente ao leito e identificando-o, bem como o seu bin de medicação;
- Participar da passagem de plantão leito a leito, comunicando as informações importantes aos colegas, junto à toda equipe de enfermagem;
- Participar na programação da assistência de enfermagem;
- Participar ativamente do programa de gerenciamento de risco, evitando erros e danos aos pacientes sob seus cuidados; e, na evidência deste, comunicar o enfermeiro responsável, executar atendimento para minimizar risco, realizar anotação na prescrição;
- Executar todas as ações de enfermagem, exceto as exclusivas do enfermeiro, segundo manual de procedimentos gerais da divisão de enfermagem;
- Participar da programação de alta dos pacientes, oferecendo ao mesmo e aos acompanhantes em conjunto com o enfermeiro, orientações acerca de cuidados e dispositivos, se necessário;
- Verificar as condições ideais para encaminhamento dos pacientes no pré-operatório de cirurgias;
- Atender prontamente às solicitações verbais ou por campainha dos pacientes internados;
- Realizar o processo de medicação, com segurança, prevenindo dano aos pacientes; conhecendo as drogas de alto alerta;

- Zelar e manter a limpeza da unidade, comunicar ao serviço de higiene sobre não conformidades neste processo;
- Zelar e manter a conservação dos equipamentos e materiais da unidade, comunicar à central de equipamentos a necessidade dos mesmos e a retirada no caso de desuso;
- Manter o prontuário e documentos do paciente em ordem;
- Avisar ao enfermeiro a respeito de consertos, manutenções e equipamentos faltantes na unidade.
- Participar na definição do pedido diário de matérias individuais dos pacientes;
- Controlar gastos de materiais e medicamentos, visando ao não desperdício; controlar também a validade dos materiais;
- Auxiliar o enfermeiro e/ou médico na realização de procedimentos invasivos, prover material para a realização destes;
 - Atuar em áreas críticas, prestando cuidados à pacientes de maior gravidade e em uso de dispositivos invasivos;
 - Ter conhecimento sobre as principais patologias cirúrgicas e médicas.
 - Ter conhecimento no preparo e realização de: ECG, monitorização cardíaca externa, oximetria de pulso e balanço hídrico;
 - Ter noções de cuidados em pacientes com: pressão arterial média, pressão intracraniana, cateter duplo-lúmen, cateter vesical de demora; cateter nasogástrico, cateter nasoenteral e derivação ventricular externa;
 - Ter conhecimento de métodos de administração de medicamentos, mecanismos de atuação e interação medicamentosa;
 - Ter conhecimento sobre técnicas e materiais para curativo;
 - Ter conhecimento básico das manobras de reanimação infantil e do adulto;
 - Ter conhecimento sobre infecção hospitalar e métodos de precaução;
 - Ter conhecimento sobre condições adequadas de limpeza e armazenamento de materiais, assim como esterilização, desinfecção e organização da unidade.

Competências	
Essenciais	Atendimento Humanizado
	Comprometimento
	Habilidade Interpessoal
Comportamentais	Aprimoramento Profissional
	Flexibilidade
	Proatividade
	Agilidade e Atenção
	Trabalho em equipe
	Equilíbrio Emocional
	Organização
Técnicas	Exercício da prática profissional de acordo com os quadros ético e jurídico
	Contribuição para a promoção da saúde
	Promoção de um ambiente seguro
	Assistência ao cliente/família/Comunidade

CAPÍTULO III

DOS REQUISITOS PARA ADMISSÃO, AVALIAÇÃO E DESLIGAMENTO

Art. 18º REQUISITO PARA O CARGO DE GERENTE ASSISTENCIAL:

Formação Acadêmica: Superior completo em enfermagem e curso de administração hospitalar.

Conhecimento Específicos: Administração hospitalar.

Experiência: de 03 anos em administração, divisão ou serviço de enfermagem.

Habilidades: capacidade gerencial, assertiva e clareza, comunicação verbal e escrita, equilíbrio emocional, dinamismo, foco no processo, empreendedorismo, resolução de problemas, liderança e visão sistema.

Art. 19º REQUISITO PARA O CARGO DE COORDENADOR DE ENFERMAGEM:

Formação Acadêmica: Superior completo em enfermagem e especialização da área de atuação.

Conhecimento Específicos: Pós-graduação em áreas técnicas de enfermagem e informática em nível avançado;

Experiência: de 2 a 3 anos em cargos de Liderança ou coordenação de enfermagem.

Habilidades: assertividade e clareza, atenção concentrada, capacidade gerencial, comunicação verbal e escrita, dinamismo, equilíbrio emocional, espírito de equipe e foco no paciente.

Forma de preenchimento do cargo: Processo seletivo ou indicação da gestão de Enfermagem.

Art. 20º REQUISITO PARA O CARGO DE SUPERVISOR DE ENFERMAGEM:

Formação Acadêmica: Superior completo em enfermagem, está devidamente registrado no conselho de classe.

Conhecimento Específicos: informática em nível médio; domínios em técnicas de enfermagem.

Experiência: de 3 a 4 anos na área assistencial.

Habilidades: Liderança, comunicação verbal e escrita, planejamento e organização, orientação para resultados, habilidade em negociação, conhecimento técnico, empreendedorismo, dinamismo, equilíbrio emocional, espírito de equipe e foco no paciente.

Forma de preenchimento do cargo: Processo seletivo composto de prova teórica, entrevista técnica ou indicação da Gestão Assistencial.

Art. 21º REQUISITO PARA O CARGO DE ENFERMEIRO HOSPITALISTA:

Formação Acadêmica: Superior completo em enfermagem;

Conhecimento Específicos: técnicas de enfermagem e informática em nível médio;

Experiência: de 2 a 3 anos na área assistencial;

Habilidades: Assertividade e clareza, atenção concentrada, comunicação verbal e escrita, planejamento e organização, habilidade em negociação, conhecimento técnico, empreendedorismo, dinamismo, equilíbrio emocional, espírito de equipe e foco no paciente;

Forma de preenchimento do cargo: Processo seletivo composto de prova teórica, entrevista técnica ou indicação da Gestão assistencial.

Art. 22º REQUISITO PARA O CARGO DE ENFERMEIRO PLANTONISTA/UNIDADES DE APOIO:

Formação Acadêmica: Superior completo em enfermagem e estar devidamente registrado no conselho de classe.

Conhecimento Específicos: apresentar conhecimento em informática, nível intermediário.

Experiência: de 1 a 2 anos na área assistencial.

Habilidades: Liderança, planejamento e organização, foco no paciente, adaptabilidade, relacionamento interpessoal.

Forma de preenchimento do cargo: processo seletivo composto de prova teórica, entrevista técnica pelo coordenador de enfermagem da área e processo de avaliação do RH.

Art. 23º REQUISITO PARA O CARGO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Formação Acadêmica: 2º Grau Completo (Ensino Médio) – Técnico de enfermagem.

Conhecimento Específicos: rotinas das atividades de enfermagem, cálculos matemáticos, procedimentos técnicos e informática em básico.

Experiência: de 2 a 3 anos.

Habilidades: assertividade e clareza, atenção concentrada, capacidade de ouvir, comunicação verbal e escrita, equilíbrio emocional, espírito de equipe e iniciativa.

Forma de preenchimento do cargo: processo seletivo composto de prova teórica, entrevista técnica pelo coordenador de enfermagem da área e processo de avaliação do RH.

Art. 24º OS REQUISITOS EXIGIDOS DE AVALIAÇÃO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM SÃO:

- Todos os colaboradores após a sua admissão são avaliados no período de experiência pelo gestor da unidade/ chefia imediata com a 1ª avaliação nos 45 dias e a 2ª avaliação nos 90 dias para a definição de renovação ou não do contrato de experiência;
- Após esse período de 45 a 90 dias o contrato passa a ser por prazo indeterminado;
- Para que o colaborador seja bem integrado e definido claramente, deste o seu primeiro dia de trabalho, quais são as suas principais atribuições e responsabilidade na instituição;
- Durante o período de integração, o mesmo passará por avaliações conforme sistematizado junto ao Núcleo de Educação Continuada Assistencial, que darão subsídios aos gestores para realização da avaliação de 45 e 90 dias;
- Será considerado todo o período de experiência, no tocante ao comportamento e o desempenho do colaborador frente as situações de trabalho, conforme as competências organizacionais e específica de seu cargo;
- Anualmente todo colaborador de enfermagem realiza a avaliação de competência

Art. 25º OS REQUISITOS EXIGIDOS PARA MEDIDA DISCIPLINAR E DESLIGAMENTO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM SÃO:

ADVERTÊNCIA VERBAL — Comunicação verbal ao colaborador, indicando-lhe a falta cometida.

ADVERTÊNCIA POR ESCRITO — Comunicação e registro por escrito da falta cometida.

SUSPENSÃO — Em caso de falta grave, poderá ocorrer a suspensão do colaborador por um período que pode variar de 1 a 29 dias, ficando igualmente suspensa a remuneração do (s) dia(s) correspondente(s) e refletirá nas férias.

DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA — Aplicado em casos de faltas ou outras situações consideradas muito graves, conforme artigo 482;

- Em casos onde o profissional de enfermagem infrinja técnica o serviço de enfermagem ou a assistência ao paciente, o mesmo é notificado ao comitê ético de enfermagem local para apuração dos fatos e medidas educativas;

CAPÍTULO IV

DO HORÁRIO DE TRABALHO

- O horário de trabalho da equipe de enfermagem constará na escala de trabalho fornecido pelo gestor da unidade;
- É extremamente importante que seja obedecido a os horários previsto na escala (das 08:00 as 14:00hs, das 14:00 as 20:00hs e das 20:00 as 08:00hs)
- São permitidas duas mudanças, desde que respeitem as normas da instituição e leis trabalhistas;
- É obrigatório o registro de ponto para a comprovação dos dias e horas de trabalho;
- Não é permitida a marcação do ponto antes do início da jornada de trabalho;
- Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.
- Todo funcionário deverá prorrogar o seu plantão, em casos de emergência, se for determinado pela Enfermeira da Unidade, Coordenação ou Diretoria de Enfermagem.
- A marcação do ponto só será permitida nas seguintes circunstâncias: no momento em que o colaborador estiver se dirigindo ao setor para iniciar suas atividades. Com no máximo 10 minutos de antecedência, obedecendo ao horário de trabalho firmado entre as partes.
- As horas extras na semana não devem exceder a 2 (duas) horas diárias para colaboradores de 180hs diurna, e de 1 (uma) hora diária para colaboradores 220hs, sendo proibida hora extra dos colaboradores do turno noturno;

- Deve-se atentar a um intervalo de 11 horas para descanso entre cada jornada de trabalho, conforme CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

CAPÍTULO V

DAS NORMAIS GERAIS

- Conforme lei nº 13.541, de 07 de maio de 2009, não é permitido fumar nas áreas internas do prédio, inclusive no estacionamento;
- É expressamente proibido ao colaborador iniciar suas atividades sem uniforme compatível a sua função, quando disponibilizado. A higienização do mesmo é de responsabilidade do colaborador. Lembre-se, limpeza também é um fator de segurança e bem-estar;
- É expressamente proibido o início das atividades sem estar de posse de todo o seu EPI (Equipamento de Proteção Individual), que pode variar a cada função. Lembre-se, você também é responsável pela sua segurança;
- Chegar ao local de trabalho dentro do horário estabelecido;
- Manter sempre os princípios de respeito e cordialidade com colegas de serviço, chefes e/ou subordinados;
- Todo funcionário do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente uniformizado e no horário determinado em escala.
- Desempenhe o trabalho com diligência e pontualidade;
- Não é permitido publicar nas Redes Sociais conteúdos, citações, comentários ou informações relacionadas a estratégias, rotina, conforme a política de comunicação interna do HEUE;
- Procure usar roupas adequadas ao seu ambiente de trabalho. Não será permitido o uso de roupas transparentes, saias demasiadamente curtas, blusas curtas ou muito decotadas que deixem o corpo exposto, shorts, bermudas, conjuntos de moletom, mini-blusas, baby look, bermudas, camisetas, roupas esportivas (como camiseta de time), camiseta pólo, chinelos, sandálias do modelo “rasteirinha” e tênis.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 26º O pessoal de enfermagem não poderá receber de pacientes e familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho;

Art. 27º O regimento do serviço de enfermagem deverá ser cumprido por todos os funcionários do serviço de enfermagem;

Art. 28º Esse regulamento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem, ou ainda, por iniciativa do diretor de enfermagem;

Art. 29º Os casos não previstos neste regulamento serão resolvidos pelo diretor de enfermagem, em conjunto com o diretor geral.

Art. 30º O presente regulamento interno entrará em vigor na data de sua publicação, nas unidades assistenciais do HPEG, após ser aprovado pelo diretor do hospital.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Diretoria de Enfermagem	Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente	Diretor Geral	19/11/2018	17/12/2024

1.2.1.3. Proposta para Regimento do Corpo Clínico

CAPÍTULO I -DEFINIÇÃO E OBJETIVOS

Art.10 -O Corpo CLÍNICO da Unidade Hospitalar constitui uma entidade autônoma, definida quanto a sua estrutura, atribuições e competências, congregando todos os médicos da instituição, tendo como compromisso a autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, **resguardando os princípios da ética e moral**, e as seguintes finalidades:

- a) Contribuir para o bom desempenho profissional dos médicos, assegurando condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica;
- b) Estudar soluções para os problemas de ordem médico-administrativo, em conjunto com a Diretoria da Instituição;
- c) Trabalhar para a solução de eventuais problemas de ordem legal, perante as autoridades de saúde e outras ligadas ao Poder Público;
- d) Estimular e desenvolver pesquisas;
- e) Assegurar a melhor assistência possível à clientela da Instituição, garantindo o direito de cada paciente dispor de um médico responsável pela sua assistência;
- f) Colaborar com a diretoria da instituição no estabelecimento de normas e rotinas para a melhoria dos serviços prestados;

- g) Colaborar para o aperfeiçoamento dos médicos e do pessoal técnico da Instituição;
- h) Executar e fazer executar a orientação dada pela Instituição em matéria administrativa;
- i) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- j) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;
- k) No caso da Instituição Hospitalar, garantir plantão médico que possibilite a assistência aos pacientes nas 24 horas, de forma imediata e continua, no formato de horizontalidade, com hospitalizações.
- l) Trabalhar dentro da proposta de Hospital de Ensino, com as diretrizes do MS e SES - AM, para o objetivo de ser Hospital de Ensino e Pesquisa.

Parágrafo Único: O Corpo CLÍNICO integra, com os demais grupos de profissionais de saúde de nível superior, o **Corpo CLÍNICO** da instituição.

CAPÍTULO II-DA COMPOSIÇÃO

Art.20 -O CORPO CLÍNICO da Unidade Hospitalar é composto por todos os profissionais médicos que prestam serviço à Instituição e será dirigido por um **Diretor CLÍNICO** e um **Vice-Diretor CLÍNICO**, que substituirá o primeiro nos seus impedimentos temporários ou definitivos.

Parágrafo unico: Quanto ao tipo de vínculo estabelecido com os médicos, à instituição caracteriza-se como de Corpo CLÍNICO Aberto.

Para preencher este parágrafo, observar a seguinte conceituação:

CORPO CLÍNICO FECHADO: A instituição mantém com seus médicos relações trabalhistas formais, excluindo os médicos que não celebraram com ela um vínculo de trabalho, com direitos e deveres recíprocos formalmente estabelecidos e estáveis no tempo;

CORPO CLÍNICO ABERTO: A instituição oferece seus recursos a médicos que nela atendem seus pacientes, sem manter com ela uma relação trabalhista formal.

CAPÍTULO III -DA DIVISÃO

Art.30 -DO CORPO CLÍNICO:

O CORPO CLÍNICO é aquele composto por profissionais formados em Medicina, com diploma registrado no Conselho Regional de Medicina, aos quais a instituição atribui o direito de internar e prestar atendimento aos pacientes, para tanto, usufruindo de todos os recursos disponíveis na Instituição.

Fazem parte do mesmo as seguintes categorias:

1. MEMBRO EFETIVO: é o médico aprovado para o exercício da profissão, na Instituição, em caráter permanente;

2. MEMBRO TEMPORÁRIO: é o médico aprovado para o exercício da profissão em caráter provisório ou transitório;

3. MEMBRO EVENTUAL: é aquele médico que, não fazendo parte do corpo CLÍNICO da Instituição, pode, eventualmente, internar e atender seus pacientes, desde que

Devidamente autorizado pelo DIRETOR TÉCNICO da instituição.

Os membros eventuais serão:

a) CONSULTORES: aqueles médicos que, embora não internem seus pacientes, aceitem colaborar, quando eventualmente solicitados, dando sua opinião sobre o diagnóstico, tratamento ou evolução de determinado paciente;

b) "BENEMÉRITOS": são considerados membros beneméritos os médicos do próprio corpo CLÍNICO, reconhecidos pelo conjunto dos médicos por terem prestado relevantes serviços ou contribuições à causa daquela instituição e que, portanto, recebem reconhecimento;

esta designação a título de homenagem ou

c) "HONORÁRIOS": são considerados membros honorários aqueles médicos estranhos ao corpo CLÍNICO, mas reconhecidos pelo mesmo como digno de homenagem e louvor.

CAPÍTULO IV -DA ORGANIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Art.40 -A Instituição será dirigida por uma DIRETORIA EXECUTIVA de cuja composição fará parte, obrigatoriamente, um médico, na qualidade de DIRETOR TÉCNICO.

Art.50 -Compete ao DIRETOR TÉCNICO:

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Ser o principal responsável pelo funcionamento da instituição, tendo obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos da instituição, que a ele fiquem subordinados hierarquicamente;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo CLÍNICO e de seus Colaboradores em benefício dos usuários dessa instituição, zelando sempre pelo cumprimento fiel dos princípios éticos;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de ética médica;
- Em conjunto com os demais Diretores, planejar ações para atingir os propósitos da instituição e do Corpo CLÍNICO da Instituição;

- Acionar o Diretor CLÍNICO, quando existirem irregularidades relacionadas à sua competência funcional;
- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigir a legislação em vigor;
- Participar das formulações dos recursos humanos e materiais da Instituição;
- Manter o Diretor CLÍNICO informado das decisões tomadas pela Direção, quando afetarem sua área de competência;
- Manter bom relacionamento com a Diretoria Executiva, membros do Corpo CLÍNICO e demais colaboradores da instituição;
- Permanecer na instituição durante seu período de maior atividade assistencial, fixando o horário de seu expediente em jornada adequada ao bom cumprimento de suas funções executivas e de sua responsabilidade técnica;
- Em conjunto com o Diretor CLÍNICO, dar posse aos novos membros do Corpo CLÍNICO;
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas no âmbito da Instituição, garantindo a observância da ética que preside a pesquisa em seres humanos;
- Garantir que todo paciente sob a responsabilidade da instituição tenha um médico designado como responsável pelo seu atendimento.

PRIMEIRO: o Diretor Técnico deve ser um médico designado pela Direção da Instituição e não há necessidade de pertencer ao seu Corpo CLÍNICO;

SEGUNDO: o exercício simultâneo das funções de Diretor Técnico e Diretor CLÍNICO é permitido, conforme parágrafo único do art.4º da Resolução do CFM nº1.342/1991 e Revogação do CFM 1.352/1992;

Art.60 -Compete ao DIRETOR CLÍNICO:

- a)Diretor e coordenar o Corpo CLÍNICO da instituição;
- b)Fiscalizar o exercício ético da Medicina;
- c)Supervisionar a execução das atividades médicas do Corpo Médico;
- d)Zelar pelo cumprimento do Regimento Interno do Corpo Médico;
- e)Apresentar periodicamente, à Direção Geral, relatório de suas atividades;
- f) Convocar e presidir as reuniões do Corpo CLÍNICO;
- g)Apresentar à diretoria da Instituição sugestões que visem à melhoria do atendimento'

médico;

h) Encaminhar consultas ou denúncias de natureza ética à Comissão de Ética Médica;

i) Divulgar as determinações oriundas dos Conselhos Regional e Federal de Medicina;

j) Respeitar o direito do médico de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados, com ou sem caráter filantrópico, ainda que não faça parte do seu corpo CLÍNICO, respeitadas as normas técnicas da Instituição em relação a internação;

k) Após ouvir o Corpo CLÍNICO propor o aperfeiçoamento da sistemática de atendimento em todas as dependências do hospital, submetendo-a a apreciação da Direção;

l) Oferecer as atividades exercidas pela Instituição inicialmente aos membros efetivos do Corpo CLÍNICO;

m) Estimular o desenvolvimento de pesquisas no âmbito da Instituição, garantindo a observância da ética que preside a pesquisa em seres humanos;

n) Fiscalizar o cumprimento de normas, protocolos e rotinas da Instituição;

o) Representar o Corpo CLÍNICO junto à Diretoria Executiva da Instituição;

p) Prestar contas de seus atos ao Corpo CLÍNICO nas Assembleias;

q) Denunciar, formalmente, à Diretoria Executiva da Instituição as dificuldades relativas às condições de trabalho dos médicos;

r) Assegurar a autonomia profissional, científica, técnica e política entre os integrantes do Corpo Médico;

s) Solicitar ao Diretor Técnico as necessárias correções aos eventuais problemas de serviços técnicos;

t) Colaborar com o Diretor Técnico para se garantir que todo paciente sob a responsabilidade da instituição tenha um médico designado como responsável pelo seu atendimento;

u) Em conjunto com o Diretor Técnico, dar posse aos novos membros do Corpo CLÍNICO;

v) No caso de instituições de Corpo Médico Aberto, propor a admissão e a exclusão de membros, segundo decisões da assembleia do Corpo CLÍNICO;

w) Um mês antes de expirar o seu mandato, instituir uma comissão eleitoral para conduzir o processo de eleição do novo Diretor CLÍNICO.

§10- O Diretor CLÍNICO deve obrigatoriamente ser eleito exclusivamente pelos membros efetivos do Corpo Médico, para um mandato de no mínimo dois anos, podendo ser reconduzido por meio de nova eleição;

§2º-0 cargo de Diretor CLÍNICO é privativo de um médico.

Art.70 -Compete ao VICE-DIRETOR CLÍNICO:

- a) Substituir o Diretor CLÍNICO nos seus impedimentos temporários ou definitivos; b) Secretariar as reuniões do CORPO CLÍNICO;
- c) Elaborar os relatórios a serem apresentados pelo Diretor CLÍNICO, instruindo-os com a documentação e esclarecimentos necessários;
- d) Expedir correspondência e dar ciência dos atos ao Diretor CLÍNICO;
- e] Lavrar as Atas das reuniões do Corpo CLÍNICO em livro próprio;
- f Providenciar as assinaturas no Livro de Presença, as reuniões do Corpo CLÍNICO;
- g) Disponibilizar as atas das reuniões bem como o livro de presença, documentos que atestam a vitalidade do Corpo CLÍNICO, para a eventual fiscalização do CRM.

Art.80 -O DIRETOR e VICE-DIRETOR CLÍNICO reunir-se-ão periodicamente, segundo calendário estabelecido em comum acordo, para tratar de assuntos de sua competência.

CAPÍTULO V-DAS ELEIÇÕES

Art.90 -O DIRETOR e VICE-DIRETOR CLÍNICO serão eleitos em reunião do CORPO CLÍNICO, especialmente convocada, através de edital, para esta finalidade, com antecedência de pelo menos 10(dez)dias, por maioria simples de votos.

Art.10 -Os candidatos inscrever-se-ão, junto à comissão eleitoral, em chapas compostas por dois médicos -o candidato a DIRETOR e VICE-DIRETOR CLÍNICO -até 24 horas antes do horário marcado para o inicioda data designada para a eleição.

Art.11 -A Eleição será em escrutínio secreto, vencendo o candidato ou a chapa que receber o maior número de votos e o mandato será de no mínimo 02(dois)anos e de no máximo 03(três anos), podendo ocorrer reeleição.

Art.12 -A posse do Diretor CLÍNICO e do vice será realizada 30(trinta)dias após as eleições.

Art.13 -O resultado da eleição deverá ser comunicado formalmente ao Conselho Regional de Medicina pela comissão eleitoral.

CAPITULO VI -DAS REUNIÕES DO CORPO CLÍNICO

Art.14 -O CORPO CLÍNICO reunir-se-á em Sessão Ordinária, uma vez por trimestre, sendo convocados com antecedência mínima de 10 (dez) dias e, extraordinariamente, sempre que for convocado, com pelo menos 24 horas de antecedência, pelo Diretor CLÍNICO, pelo Diretor Geral da instituição ou por 1/3 de seus membros.

§10 -O comparecimento dos membros do Corpo CLÍNICO tem caráter obrigatório e deverá ser documentado no livro ou folha de presença.

§20 -As reuniões ordinárias e extraordinárias serão convocadas em edital, sem prejuízo de que outras formas de aviso e comunicação sejam utilizadas.

Art.15 -O CORPO CLNICO deliberará em primeira convocação da Assembleia, com quórum mínimo de 2/3(dois terços)dos membros, através de maioria simples(50%+1) de seus membros.

§único -Na falta de quórum previsto neste artigo, a sessão, em segunda convocação, após 01(uma)hora, será realizada com qualquer número de presentes, sendo suas decisões tomadas por maioria simples acima citada, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3(dois terços)dos votos.

Art.16 -O Diretor CLÍNICO, além de seu voto natural, tem também o de qualidade.

CAPÍTULO VII -DOS DIREITOS E DEVERES

Art.17 -São direitos dos membros do Corpo CLÍNICO:

- a)Autonomia profissional;
- b)Votar e ser votado, atendendo-se ao disposto neste Regimento;
- c)A admissão e exclusão de membros serão decididas pelo Corpo CLÍNICO garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;
- d)Representar contra atos que possam prejudicar o conceito da instituisao ou a qualidade do atendimento;
- e)Decidir, autonomamente, quanto à prestação de serviços a pacientes do Sistema de Saúde Suplementar, mesmo quando aceitos pelo Corpo CLÍNICO e pela Instituição;
- f) Comunicar formalmente falhas observadas na assistência prestada pela Instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes;
- g)Votar o Regimento Interno em Assembleia do Corpo CLÍNICO;
- h) Participar das Assembleias e Reuniões;
- i) Frequentar a Instituição e utilizar para a execução de seu trabalho todos os serviços, recursos técnicos, materiais e equipamentos disponíveis, necessários à assistência dos clientes sob sua responsabilidade desde que, devidamente habilitado para tal e observadas às normas estabelecidas;
- j) Receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível

Art.18 -São deveres dos membros do Corpo CLÍNICO:

- a) Obedecer ao Código de Ética Médica, ao estatuto e ao Regimento Interno da Instituição;
- b) Frequentar a Instituição, assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis, visitando diariamente os pacientes internados sob sua responsabilidade com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em seu benefício;
- c) Manter atualizados os prontuários médicos, preenchendo, de forma legível e em tempo hábil, o prontuário de cada paciente sob sua responsabilidade e os impressos exigidos pela legislação, SUS e institucionais;
- d) Garantir que cada registro médico no prontuário, inclusive evoluções e prescrições, seja particularizado com data, horário, nome legível do profissional, número de inscrição no CRM e sua assinatura;
- e) Imediatamente após a alta do paciente, organizar seu prontuário em ordem cronológica, com os registros dos dados da anamnese, exame físico, exames complementares, evoluções, prescrições, resumo de alta e outras informações pertinentes, de acordo com as normas adotadas pela Instituição;
- f) Cumprir as normas técnicas e administrativas da Instituição;
- g) Preencher os formulários e registros administrativos oficializados na instituição, tais como Termos de consentimentos, informe de alta hospitalar e outros documentos institucionais;
- h) Obedecer à padronização de materiais e medicamento da Instituição, justificando, formalmente, ao Diretor Técnico, qualquer atitude contrária;
- i) Colaborar com os programas de treinamento do Hospital;
- j) Colaborar e participar das Comissões da Instituição, sendo necessária participação nas comissões de revisão de óbito e prontuário, e outras quando solicitados;
- k) Propor e participar do aperfeiçoamento dos protocolos oficializados pela instituição;
- l) Participar das Assembleias e Reuniões Científicas do Corpo CLÍNICO e da Instituição;
- m) Colaborar assistencialmente com seus colegas, quando solicitado, em tempo hábil;
- n) Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações emergenciais;
- o) Em caso de necessidade institucional, atuar em área diferente daquela para a qual foi admitido, desde que habilitado para tanto;
- p) Submeter-se aos programas de capacitação definidos pela Instituição para seu Corpo CLÍNICO, de acordo com a missão e as necessidades institucionais;
- q) Receber e atender os doentes que lhes forem encaminhados;

r) Eleger o diretor CLÍNICO e vice, bem como a Comissão de Ética Médica.

CAPITULO VIII -DA ADMISSÃO NO CORPO CLÍNICO:

Art.19 -Para ingressar no CORPO CLÍNICO, como membro efetivo ou temporário, o candidato deverá requerer a sua inscrição à Direção Geral da instituição, anexando os seguintes documentos (cópias legíveis):

- · Curriculum Vitae
- · Diploma Médico
- · Título De Especialista
- · Certificado De Cursos E/Ou Congressos
- · Cópia Das Folhas 2, 3 E 5 Da Carteira Do Crm
- · Cédula Da Identidade Médica
- ● Anuidade Do Crm
- · Comprovante De Endereço
- · Certificado De Reservista (Masculino)
- · Cópia Do Rg E Cpf
- · Foto 3x4
- · Carteira De Vacinação -Hepatite B
- · Carteira De Vacinação -Tétano

Art.20 -A documentação deverá ser protocolada e encaminhada à Direção Geral da instituição, a qual formulará o parecer quanto ao interesse na sua inclusão. Havendo interesse, encaminhará o processo ao Diretor Técnico e CLÍNICO, para apreciação do Corpo CLÍNICO e emissão de pareceres oficiais.

Art.21 -A Direção Geral, Diretor CLÍNICO e Técnico terão 30(trinta)dias para proferirem seus pareceres, por escrito.

Art.22 -O Diretor CLÍNICO fará a apresentação dos pedidos e pareceres em reunião do Corpo CLÍNICO, decidindo-se por maioria simples dos votos dos membros efetivos, e encaminhará o parecer do Corpo CLÍNICO, por escrito, à **Diretoria Executiva**.

Art.23 -Havendo impasse entre o Corpo CLÍNICO e a Direção Geral da Instituição, quanto ao ingresso do candidato, a decisão final competirá ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, após uma reunião conjunta com a Direção Geral da instituição e o Corpo

CLÍNICO.

Art.24 -A necessidade de maior número de profissionais no Corpo CLÍNICO será baseada num acordo de interesses e prioridades, recomendando-se os seguintes critérios:

- a) Número de leitos da instituição;
- b) Número de pacientes atendidos mensalmente na área específica;
- c) Número de cirurgias realizadas mensalmente;
- d) Número de profissionais já integrados na área específica;
- e) Renovação de técnicas de atendimento.

Art.25 -As internações de emergência serão deferidas obrigatoriamente ao profissional solicitante, conforme disposto no artigo 25 do Código de Ética Médica.

CAPITULO IX-DA EXCLUSÃO DE MEMBRO DO CORPO CLÍNICO ABERTO:

Art.26 -A exclusão de membro do CORPO CLÍNICO ABERTO, em quaisquer de suas categorias, será precedida de instalação de Comissão de Sindicância, na qual será dado o direito de ampla defesa ao profissional.

Art.27 -A Comissão de Sindicância será instalada por iniciativa do Diretor CLÍNICO, do Diretor Técnico ou da Direção Geral da instituição e deverá constar de peça inicial por escrito, onde serão especificadas as razões para o seu procedimento.

Art.28 -A defesa do profissional indiciado deverá ser por escrito e lhe deve ser deferido o direito de produzir provas.

Art.29 -A decisão do Corpo CLÍNICO competirá aos seus Membros Efetivos, em reunião ordinária ou extraordinária, sendo exigidos 2/3 dos votos presentes para decidir a exclusão.

Art.30 -A decisão final será tomada pelo Diretor CLÍNICO, levando em conta a decisão da votação dos membros efetivos, em conjunto com a Direção Geral da instituição.

Art.31 -Havendo impasse entre o Corpo CLÍNICO e a Direção Geral da Instituição, quanto à exclusão pretendida, a decisão final competirá ao CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, após uma reunião conjunta com a Direção Geral da instituição e o

Diretor CLÍNICO.

Art.32 -Ao Conselho Regional de Medicina caberá no prazo de 30(trinta)dias, se possível, recurso para deliberar das decisões proferidas no que concerne à exclusão de membros do Corpo CLÍNICO Aberto.

CAPITULO X-DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Art.33 -O Corpo CLÍNICO, Aberto ou Fechado, composto por mais de 30 médicos, constituirá Comissão de Ética Medica conforme o disposto nas Resoluções 2152/2016 -CFM

Art.34 -Caso seja dispensada a constituição da Comissão de Ética Médica, cabem ao Diretor CLÍNICO as responsabilidades e funções definidas na mesma resolução.

CAPÍTULO XI -DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.35 -Os casos omissos deste Regimento serão resolvidos pelo Diretor CLÍNICO e, no que couber, pelo CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

CAPÍTULO XI -HISTÓRICO DE REVISÕES

Elaborado por	Verificado por	Aprovado por:	Data Revisão:	Data revisão:
Corpo CLÍNICO e Diretoria Técnica	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente	Diretor Geral		

1.2.2.Proposta para logística de suprimento.

Proposta para Logística de Suprimentos

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto (HRDJSN)

Instituto Social Mais Saúde – ISMS

Objetivo e Escopo

Implantar e operar uma cadeia de suprimentos integrada, padronizada e rastreável para garantir, com eficiência e economicidade, o abastecimento contínuo de medicamentos, materiais médico-hospitalares, insumos assistenciais e administrativos, serviços e obras do HRDJSN.

Escopo: planejamento de demanda, compras e contratações, recebimento, armazenagem, distribuição interna, gestão de estoques, qualificação de fornecedores, conformidade regulatória, indicadores, níveis de serviço (SLA) e contingência.

Governança e Estrutura

Patrocínio: Diretoria Geral do HRDJSN.

Gestão executiva: Diretoria de Operações (ISMS).

Áreas chave: Suprimentos/Compras, Almoxarifado/CAF, Farmácia, Engenharia Clínica, Facilities/Manutenção, Jurídico, Financeiro/Contas a Pagar, NQSP.

Papéis e responsabilidades (resumo):

Solicitante: planeja e descreve necessidade/escopo; informa especificações técnicas.

Gestor/Aprovador: valida necessidade, alçada e orçamento; acompanha desempenho contratual.

Compras (ISMS): qualifica fornecedores, cota, negocia, contrata, registra OC; guarda trilha de auditoria.

Jurídico: elabora/análise contratual e riscos.

Financeiro: três-vias (NF + OC + aceite do serviço/entrega) e pagamento.

Almoxarifado/CAF & Farmácia: recebimento técnico, armazenagem, controle e distribuição.

NQSP: apoio à padronização, gestão de riscos e conformidade de processos críticos.

Sistemas e Integrações

TASY (ERP Hospitalar): requisições (SC), ordens de compra (OC), estoque, rastreabilidade e consumo.

BIONEXO: cotações eletrônicas, acordos comerciais e pedidos integrados ao TASY.

Outsourcing/Parcerias: para atividades-meio quando vantajoso (ex.: logística dedicada, impressão).

Governança de acesso: perfis e alçadas parametrizados; logs de auditoria ativos.

Processos-Chave (end-to-end)

a. Planejamento de Demanda e Compras

Planejamento mensal (com visão bimestral/trimestral para itens de alto lead time), usando histórico de consumo, Curvas ABC/XYZ/PQR, sazonalidade e parametrização de CMM, EMI, EMx, TR, PR e QR.

Reposição baseada em consumo real e criticidade clínica; objetivo: 45±5 dias de cobertura para itens padronizados de giro A e estoque de segurança configurado por classe de risco.

b. Requisição, Cotação e Contratação

SC (TASY) aprovada conforme alçada → cotação preferencialmente via Bionexo.

Mínimos para cotação:

R\$ 0,01 a R\$ 500,00 → 2 cotações.

≥ R\$ 501,00 → 3 cotações.

Critérios de julgamento: aderência técnica/escopo, qualidade, preço total (TCO), prazos, condições de pagamento e requisitos de segurança/ambientais.

Exceções (dispensa de cotação): fornecedor exclusivo tecnicamente justificado e compras urgentes/emergenciais (com justificativa e aprovação da Diretoria de Operações).

Formalização: OC no TASY; contratos para fornecimento contínuo, riscos relevantes, confidencialidade, manutenção/assistência técnica, etc.

c. Recebimento, Armazenagem e Distribuição

Recebimento físico e fiscal com conferência 3 pontos (NF, OC, qualidade/quantidade); rastreabilidade por lote/validade.

Armazenagem: endereçamento, FEFO/PEPS, condições específicas (frio, segregação), inventários rotativos.

Distribuição interna: janelas fixas por setor + atendimento sob demanda crítica; registro de saída no TASY.

d. Gestão de Estoques (parâmetros operacionais)

CMM: média móvel 3–6 meses (ajuste sazonal).

TR (tempo de reposição): por item/fornecedor.

EMi/EMx: por classe ABC/criticidade; PR automatizado em TASY.

Consignados e OPME: controle específico (pré-validação clínica e financeira).

e. Seleção, Homologação e Avaliação de Fornecedores

Documentação obrigatória: CNPJ, regularidades fiscal/trabalhista/FGTS, licenças sanitárias aplicáveis; para medicamentos: AFE/ANVISA, Licença VS, CRT (farmacêutico), registros aplicáveis; para distribuidores: cartas de credenciamento.

Homologação por comissões competentes (CFT, Comissão de Padronização).

Avaliação contínua (mensal/semestral): prazo de entrega, acurácia, avarias, condições comerciais, não conformidades e qualidade técnica (visitas técnicas quando aplicável).

Planos de ação exigidos para notas < 50/100; reincidência implica bloqueio temporário.

Conformidade, Ética e LGPD

Observância ao Código de Ética e Conduta ISMS; proibição de brindes/vantagens; reuniões com fornecedores com pauta e dupla presença institucional.

LGPD: cláusulas contratuais, termos e controles para tratamento de dados; guarda de registros e logs.

Níveis de Serviço (SLA) e Prazos

Cotações: até 15 dias corridos (gêneros de compra); 15 dias úteis para serviços e materiais gráficos (pode variar por complexidade).

Urgência: retorno de cotação e entrega até 48h (viabilidade de mercado).

Emergência: atendimento em até 24h (prioridade: fornecedores habituais).

Pedidos padrão Bionexo/TASY: emissão e integração automáticas após aprovação da OC.

Indicadores (KPIs) e Metas:

Indicador, Fórmula, Meta

Nível de atendimento do pedido (OTIF), $(\text{Entregas no prazo e completas} \div \text{Total de entregas}) \times 100, \geq 95\%$

Acurácia de estoque, $1 - (, \text{ estoque físico} - \text{ sistêmico})$

Ruptura de itens críticos, $(\text{Qtde rupturas classe Z} \div \text{ itens classe Z}) \times 100, \leq 2\%/\text{mês}$

Giro de estoque (dias de cobertura), $(\text{Estoque médio} \div \text{CMM}) \times 30$, A: 30–45d / B: 30–60d / C: $\leq 90\text{d}$

Lead time de compras, Data OC – Data SC aprovada (dias), ≤ 7 dias (itens A)

Economia obtida vs. 3 cotações, $(\text{Preço base} - \text{preço contratado}) \div \text{preço base}$, $\geq 6\%$

Não conformidade de recebimento, $(\text{NCs recebimento} \div \text{entregas}) \times 100$, $\leq 1\%$

(Podemos incluir painel mensal com responsáveis por coleta e análise.)

Gestão de Riscos, Emergência e Contingência

Plano de contingência por classe crítica: estoques tampão, fornecedores alternativos e entregas programadas; priorização clínica via NQSP e Diretoria Técnica.

Eventos críticos (quebras de máquina, incêndios, surtos): canal rápido com Compras e fornecedores homologados; dispensa de cotação com registro e posterior regularização.

Segurança e ergonomia: EPI para movimentação de carga; FEFO; quarentena de itens suspeitos; tratamento de desvios e recall.

Educação Permanente

Treinamentos iniciais e reciclagens: TASY/Bionexo, classificação de estoques, boas práticas de armazenagem, integridade de dados, compliance e LGPD.

Avaliação pós-treinamento e plano de melhoria contínua.

Cronograma de Implantação (90 dias)

D0–D15: diagnóstico, parametrização TASY/Bionexo, matriz ABC/XYZ/PQR, políticas e alçadas.

D16–D45: padronização (CFT/Comissão), homologação prioritária de fornecedores, definição de SLAs e KPIs; inventário inicial e endereçamento.

D46–D75: go-live de compras eletrônicas, rotinas de recebimento/FEFO, distribuição setorizada; painel de indicadores.

D76–D90: auditoria interna, ajustes finos, consolidação de acordos comerciais, relatório de resultados (economia, níveis de serviço, riscos).

Nota: Legenda D = Dia.

Anexos Operacionais (a entregar com a implantação)

Matriz de parâmetros de estoque (CMM, EMi, EMx, TR, PR, QR por item crítico).

Fluxogramas:

Planejamento→SC→Cotação→OC→Recebimento→Armazenagem→Distribuição.

Checklist de visita técnica a fornecedores (qualidade, legal, operacional).

Modelo de avaliação de fornecedor (nota 0–100 e planos de ação).

Plano de contingência por classe crítica e responsáveis.

Mapa de alçadas e perfis de acesso (TASY/Bionexo).

Abaixo segue descritivos dos Manuais de rotinas que norteia a proposta de implantação:

1.2.2.1. Manual de implantação de Logística de Suprimentos

O Instituto Social Mais Saúde, adotará para **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN** o uma cadeia de fornecimento de produtos e serviços estruturada, com fluxos e rotinas padronizados que possibilitam a contratação de fornecedores para suprirem, de forma célere e eficaz, a necessidade da instituição na execução de suas ações.

A Cadeia de Suprimentos irá incorporar todas as ações das compras e aquisições, contemplando desde os processos formais de escolha dos fornecedores, até o acompanhamento e controle das entregas dos materiais e serviços, que poderão ser assessorados pelas áreas técnicas competentes, ganhando com isso o melhoramento dos tempos de ciclos da cadeia de fornecimento, obtendo o produto certo, no lugar certo, na quantidade certa, com a maior qualidade e com o menor custo, assim como pretendendo a manutenção do menor estoque possível, sem, contudo comprometer o atendimento da demanda da unidade, cujos estoques devem ser devidamente controlados.

- Objetivo
- Este Manual tem como objetivo orientar a realização das atividades implantadas no **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN** de Araújo, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento delas garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e para os clientes.

Estrutura organizacional

O Suprimentos, Almoxarifado e CAF são setores que têm como seu objetivo principal fornecer meios para o planejamento, compra, armazenamento e distribuição dos itens de consumo geral e bens, agregando funções operacionais, referente ao fornecimento dos insumos para o funcionamento geral da instituição, e de apoio à atividade assistencial em saúde.

Abaixo, a fim de garantir transparência nas rotinas e normas administrativas, elencamos os processos em consonância com o que é executado na Gestão da Logística de Suprimentos do Instituto Social Mais Saúde.

1.2.2.2. Manual de Suprimentos

Objetivo:

Escolher a tecnologia ideal, com melhor custo-benefício e aderência às necessidades colocando a solução em funcionamento, integrando aos processos existentes.

O setor de Suprimentos tem como finalidade a aquisição de todos os insumos destinados as áreas assistências e administrativas, abrangendo medicamentos, materiais médicos, bens de pequeno valor, produtos e equipamentos de higienização, material de copa e cozinha, insumos alimentícios, entre outros.

2. Abrangência

Este Manual abrange a unidades de saúde gerenciadas pelo ISMS

3. Responsabilidades:

Diretoria de Operações – Suprimentos /Compras

3.1. Solicitante:

- Planejar e solicitar o produto ou serviço desejado, conforme necessidade;
- Prover especificação técnica para a aquisição de produtos e escopo para contratação de serviços;
- Fornece as especificidades necessárias.

3.2. Gestores / Aprovadores

- Conhecer, cumprir e fazer cumprir em suas atividades as premissas, orientações e diretrizes estabelecidas neste Manual de Suprimentos e Contratações, bem como acompanhar e observar o cumprimento dos contratos.

- Aprovar ou recusar as requisições, pedidos ou contratos disponibilizados para sua apreciação, fornecendo a justificativa no caso de recusa ao solicitante.
- Informar a área de Compras sobre a avaliação do serviço prestado pelo fornecedor e/ou dos bens adquiridos.
- Acompanhar o prazo de vigência das contratações evitando-se, inclusive, solução de continuidade dos serviços ou do fornecimento.

3.3 - Compras

- Selecionar e homologar fornecedores, providenciar cotação, negociar e contratar.
- Observar e manter atualizada uma base de fornecedores aptos e inaptos à contratação,
- Garantir a integridade e auditoria de todo o processo de compra.
- Cientificar e exigir dos fornecedores o seu aceite dos “Termos e Condições de Contratações” das unidades de saúde gerenciadas pelo ISMS.
- Cientificar os fornecedores do “Código de Ética e Conduta” do ISMS, inclusive de seu canal de Ética e Conduta, assim como o tratamento institucional de proteção de dados previstos na LGPD.

3.4 - Jurídico

- Suportar o processo de contratação.
- Elaborar e avaliar minutas.
- Analisar as implicações legais das contratações.

3.5 - Financeiro e Contas a Pagar

- Receber as faturas e processar o pagamento após a confirmação de 3 (três) requisitos: fatura (NF) ordem de compra (e contrato conforme aplicável) e aprovação pela área específica do referido pagamento.
- Encaminhar os comprovantes de pagamento quando requisitados pela área correspondente.

4. Definições e siglas

Bens Comuns - São considerados bens comuns todos os ativos de suporte à operação.

Consignados Permanentes - Produtos mantidos em consignação no estoque para pacientes que realizam procedimentos específicos e cuja reposição e faturamento ocorrerão após sua utilização.

Compras Consolidadas – É o processo de compras de produtos do ISMS, de forma a consolidar em um único ato a compra destes produtos e a contratação de serviços, visando vantagem econômica e manutenção de reposição dos estoques.

Equipamentos Médico-Hospitais - Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado a fornecer suporte a procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou cirúrgicos.

Equipamento de Tecnologia e Informática - Recursos tecnológicos e computacionais para geração e uso da informação, podendo se referir a: equipamentos (hardware); programas (software); e comunicação de dados.

Especificação Técnica - Conjunto de atributos técnicos, operacionais e regulatórios que devem ser minimamente atendidos no fornecimento e registrados de forma inequívoca em documentação escrita ou eletrônica, acompanhada sempre que necessário, de desenhos, diagramas, referências, indicação de normas técnicas aplicáveis, alvarás, autorizações, escopo do serviço ou quaisquer outros elementos necessários ao perfeito entendimento do escopo da contratação, seja material, medicamento, equipamento, improdutivo ou serviço.

Produtivos - São considerados produtos ligados de maneira direta ou indireta na produção da atividade médico-hospitalar, no processo do cuidado ao paciente.

Improdutivo - São considerados produtos que não integram a atividade médico-hospitalar, não sendo incorporados ao produto ou serviço, no processo de cuidado do paciente (ex.: papel, copo descartável, produtos de limpeza, etc.).

Materiais Consignados Temporários - Materiais mantidos em consignação fora do estoque, para pacientes que realizam procedimentos específicos, programados ou não, nos Centros Cirúrgicos, cujo faturamento ocorrerá após sua utilização.

Materiais de Consumo Geral - São considerados materiais de consumo todos os materiais gerais de suporte à operação, tais como materiais de escritório, limpeza, copa/cozinha entre outros, para uso de todas as áreas do Hospital. Podem ser classificados por valor, utilizando a curva ABC, sendo A materiais de grande valor, ou classificados pela importância, utilizando a curva XYZ, sendo Z materiais de importância vital, ou ainda, pela sua complexidade e comparabilidade, seguindo a classe 123, sendo 1, os materiais de obtenção complexa.

Materiais Especiais - São considerados materiais especiais todos os produtos de uso específico, padronizados para pacientes, que auxiliam no procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantável ou não.

Materiais Estocáveis - São considerados materiais estocáveis todos os produtos padronizados sob critérios estabelecidos pelas comissões de padronização competentes e que se encontram estocados e controlados pelos setores de armazenamento e planejamento da instituição.

Materiais Não Estocáveis - São considerados materiais não estocáveis todos os produtos não padronizados, de baixo consumo, cujas solicitações são geradas por qualquer setor do Hospital, podendo haver similaridade com outro material existente no estoque.

Notável Especialização - Configura-se a notável especialização, quando o prestador de serviços tem qualificações e capacitações exclusivas para atender ao objeto da contratação.

Ponto de Ressuprimento / Reposição de Estoques - Representa a quantidade mínima de estoque para ativar o processo de compra para sua normalização, analisando-se as variáveis: consumo médio mensal, estoques máximos e mínimos, ponto ideal de compra, classificação ABC / XYZ / 123 e prazos de entregas.

Prazo de Entrega - Trata-se do tempo necessário, para a realização dos processos de cotação, negociação, recebimento, armazenamento e preparo para disponibilização do material ou serviço ao solicitante.

Serviços de Apoio - Referem-se à contratação de serviços rotineiros como limpeza, segurança, vigilância, lavanderia, restaurante, manutenção predial, entre outros.

Serviços de Marketing - São considerados serviços especiais de marketing contratações de eventos e serviços em que se faz necessário de prévia análise de especialistas desta área.

Serviços Técnicos - Serviços específicos como informática, engenharia, assuntos jurídicos e consultorias especializadas em que se faz necessária avaliação técnica.

Solução de Continuidade – Refere-se à interrupção, quebra de continuidade. Seja no fornecimento de produtos ou na prestação de um serviço. Portanto “sem solução de continuidade” equivale a “sem interrupção”.

5. Sistemas adotados

O ISMS adota softwares facilitadores no processo de gestão, os quais são utilizados em todas as unidades, quais sejam:

TASY - Software de Gestão Hospitalar (ERP). Gerencia informações clínicas, assistenciais, administrativas, financeiras e estratégicas, proporcionando uma visão global da instituição. Faz também a gestão de compra, distribuição e consumo de materiais, medicamentos e OPME, minimizando perdas.

BIONEXO - Solução on-line que permite à instituição realizar a compra de insumos online e oferece acesso a fornecedores: indústria farmacêutica, distribuidoras de materiais médicos e medicamentos e empresas das mais variadas categorias de produtos.

OUTSOURCING - É uma forma de organização estrutural que permite a uma empresa privada ou governamental transferir a outra suas atividades-meio proporcionando maior disponibilidade de recursos para sua atividade-fim.

6. Códigos de Conduta

A Área de Compras/Suprimentos, buscando um relacionamento ético e responsável, norteia as atividades de seus funcionários pelo Código de Conduta do ISMS e também pelas seguintes

REGRAS:

Todo funcionário deve basear a escolha e contratação de fornecedores em critérios técnicos, profissionais e éticos de acordo com as necessidades da instituição:

Tratar de forma justa e honesta os potenciais fornecedores ao comprar produtos ou serviços em nome da instituição;

Não participar de reuniões e/ou encontros com fornecedores ou potenciais fornecedores fora do ambiente de trabalho, exceto em situações justificadas como visitas técnicas, negociações em andamento que requeiram deslocamento até instalações da empresa fornecedora, encontros/reuniões em feiras. As exceções devem ser autorizadas pela Diretoria de Operações e deverá sempre estar presente, duas pessoas do Instituto, com pauta pré-definida.

Não aceitar em benefício próprio ou de terceiros, quaisquer tipos de brindes e/ou gratificações de qualquer pessoa ou empresa com as quais mantenha relações de compra, seja de produtos ou serviços.

7. Alçadas de Aprovações ou Contrações

As alçadas de aprovação bem como os trâmites das instâncias deliberativas estabelecidas pelo ISMS, respeitam o orçamento aprovado. Na ausência de previsão orçamentária, deve-se obter aprovação da Diretoria de Operações, conforme regras estabelecidas no Estatuto Social do ISMS e neste Manual.

8. Cadastro de Fornecedor

8.1. Novos Produtos ou Novos Prestadores serão cadastrados pela área de Compras/Suprimentos, podendo ser homologados pela comissão de padronização correspondente.

8.2. Cadastro no Sistema: A solicitação de cadastro de novo item poderá ser requisitado pelo solicitante da área. O cadastro no sistema e a manutenção da integridade das informações cadastradas são de responsabilidade da área de Compras.

Todos os processos de compras devem, além da cotação, ser negociado com o fornecedor buscando o máximo da relação custo X benefício em prol do ISMS. Alguns casos podem sofrer um segundo ciclo de negociação objetivando a redução dos custos envolvidos.

O cadastro do contrato dos prestadores de serviços é de responsabilidade da área jurídica e o cadastro de fornecedores pela área de Compras.

9. Diretrizes do Manual

1. Este Manual estabelece como princípios básicos o planejamento global de suprimentos e serviços do ISMS, trazendo práticas adequadas e éticas, promovendo mais competitividade na negociação e o intercâmbio de dados e experiências, para trazer eficiência na resolução de problemas, bem como realizar uma melhor qualificação dos fornecedores e prestadores.

Este Manual será regido por um conjunto de Princípios Gerais que irão nortear todos os processos de compras e contratações do ISMS

Está assim dividido:

- Introdução
- Capítulo – I - Aquisições com Verba Pública e Própria;
- Capítulo – II – Seleção, Homologação e Avaliação de Fornecedores.

CAPÍTULO – I

AQUISIÇÕES COM VERBA PRÓPRIA

1. Objetivo

Este capítulo do Manual estabelece normas para a contratação de compras, serviços, obras, etc., no âmbito do ISMS / SEDE com recursos financeiros próprios da entidade e origem pública.

2. Responsabilidades:

Diretor de Operações: Prover constante alinhamento entre as necessidades da Instituição e as estratégias adotadas para compras atingir a meta. Garantir a estrutura necessária para que as aquisições sigam os procedimentos da Instituição prescritas neste Manual, interagindo com as outras Diretorias visando o melhor atendimento aos solicitantes. Validar os parâmetros de negociações e diretrizes estabelecidas por compras, aprovar as Ordens de Compras que estiverem em sua alçada de aprovação.

Gerencia de Compras /Suprimentos: Garantir as melhores práticas de aquisição, otimizando os recursos financeiros da Instituição. Definir as permissões dos usuários da área de Compras ao Sistema Tasy e sistemas que com ele interajam. Pesquisar novos produtos e fornecedores

objetivando a diversificação da carteira de fornecedores, garantindo adequadas opções para cada categoria de aquisição, mantendo a continuidade do abastecimento e a redução de custos, avaliando junto à Comissão de Padronização a abertura para novas marcas, garantindo qualidade e bom preço, otimizando os recursos financeiros da Instituição.

Elaborar, aplicar e assegurar a manutenção deste procedimento. Aprovar as SC (solicitação Eletrônica de Compras) e OCs (Ordem de Compras) que estiverem em sua alçada de aprovação, assim como os pedidos inclusos na Bionexo, que estiverem em sua alçada de aprovação.

Planejador de Suprimentos: Garantir as melhores práticas de aquisição, fazendo análise e planejamento de todas as compras, avaliando estoques, bem como fornecedores, prezando pela qualidade e bom preço, de forma a garantir o abastecimento e redução de custos. Realizar análise diária dos itens estocáveis com cálculo de demanda através da planilha de planejamento (ferramenta de planejamento). Apoiar e auxiliar a gerência em suas atribuições.

Gestores Solicitantes: Assegurar que as Solicitações Eletrônicas de Compras – SC sejam efetuadas via Sistema TASY e contenham as especificações necessárias do produto ou serviço e para melhor condução do processo, o solicitante deverá apresentar ao setor de compras sugestões de fornecedores. O setor de Compras solicitará as propostas comerciais. **É vedado ao gestor solicitante apresentar propostas comerciais já negociadas com os fornecedores. Sendo assim a área de compras irá reavaliar qualquer proposta comercial enviada.**

Comprador: Efetuar as compras e os serviços baseando-se nesse instrumento, visando as melhores práticas de aquisição e assegurando o abastecimento ao menor preço dentro dos prazos e qualidade estabelecidos. Negociar com os fornecedores, garantindo transparência nas aquisições, mantendo em arquivo eletrônico todos os documentos gerados desde o processo de cotação até a efetiva compra do material e justificativa (se necessário). Participar intensivamente do desenvolvimento de novos materiais e fornecedores. Verificar a qualidade e idoneidade do fabricante/fornecedor do produto a ser adquirido.

É vedada a aceitação de propostas enviadas por áreas solicitantes. O comprador de compras deve receber somente indicações de empresas, e-mails e contatos. Porém, se por motivo de força maior, devido à complexidade dos serviços ou produtos a serem adquiridos, o comprador pode contar com a assessoria da área requisitante para aprimorar seu conhecimento. Planejar a necessidade de reposição dos itens de estoque e emitir as OC através do sistema TASY.

3. Definições e siglas

SC: Solicitação Eletrônica de Compras via sistema TASY que identifica o que se deseja adquirir com todas as especificações necessárias.

OC: Ordem de compras: Autorização utilizada para formalizar a transação de compra com um fornecedor, no Sistema de Gestão com a identificação dos itens (bens e serviços), quantidades, preços, acordo para o pagamento, descontos, data de entrega, transporte e todos os outros acordos comerciais.

4. Processo de Aquisição de compras

Para todos os efeitos, consideram-se compras toda aquisição remunerada de bens de consumo e materiais permanentes para o fornecimento de uma só vez ou parceladamente, com a finalidade de suprir as necessidades da área requisitante com materiais e/ou serviços necessários ao desenvolvimento de suas atividades.

5 . Etapas do procedimento de compras:

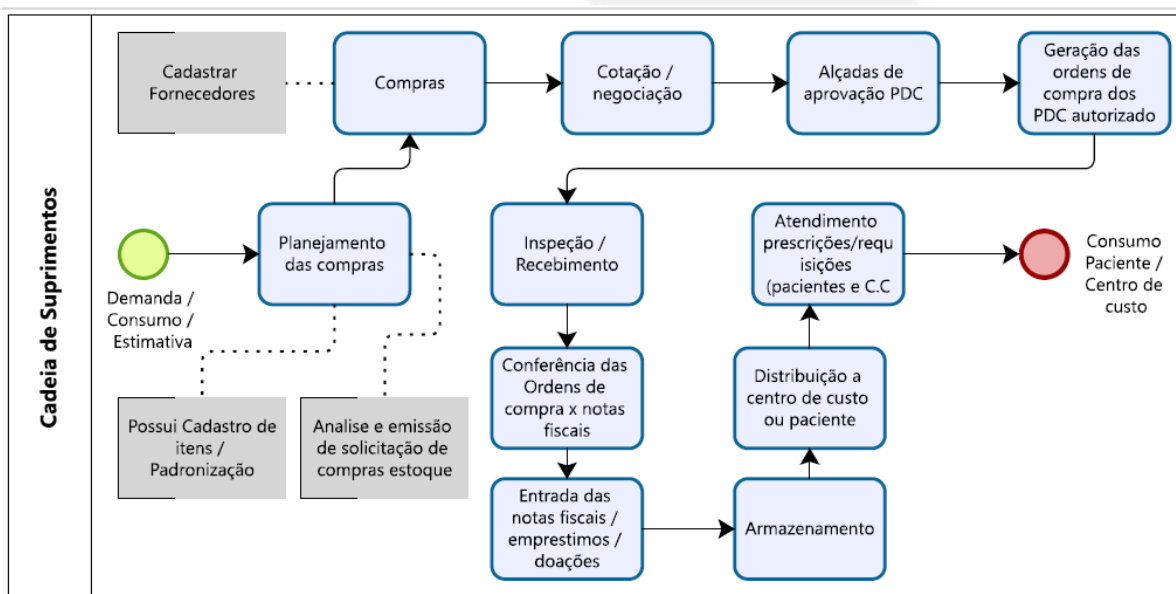
Solicitação de compras - SC;

Seleção de fornecedores;

Solicitação de orçamento - Cotação;

Apuração da melhor oferta;

Emissão de OC - Ordem de compra.



6. Critérios para o julgamento das propostas e apuração da melhor oferta:

- Adequação das propostas ao objeto e/ou escopo do que se quer;
- Qualidade;
- Preço;

- Prazos de fornecimento ou de conclusão;
- Condições de Pagamento;
- Outros critérios previstos neste Manual.

7. Solicitação de Compras - SC

A solicitação de compras deve ser emitida e aprovada no TASY, devendo ser respeitada a alçada.

Para solicitação de compras ou contratações de serviços é necessário que contenha no mínimo:

- Especificação Técnica / Escopo de Contratação (quando necessário);
- Local de entrega/local de realização dos serviços;
- Prazo de entrega desejado. No caso de solicitação de contratação de serviços com contratos, o prazo desejado deverá ser o do início da vigência. Estes prazos deverão ser exequíveis e acordados com a Gerência de Compras.
- Somente será iniciado o processo de aquisição pela área de Compras mediante solicitação de compras devidamente aprovada conforme alçada.

8. Cotação

A cotação deve ser solicitada para, no mínimo, 03 fornecedores simultaneamente. A escolha dos fornecedores que participarão do processo de cotação será realizada utilizando-se da plataforma Eletrônica de Cotações, para os itens padronizados. Seguindo os parâmetros abaixo:

- Fornecedores com qualificação específica, que proveem o objeto solicitado;
- Demais fornecedores com qualificação/desempenho que tenham sido analisados pelo ISMS.
- Fornecedores potenciais;
- Fornecedores sugeridos pelo Solicitante;

8.1. A proposta vencedora deverá apresentar a melhor condição técnica e comercial ou menor custo total de propriedade, as exceções devem ser aprovadas pelo solicitante, conforme alçada e arquivadas junto ao processo. Serão observados para a seleção do proponente vencedor os parâmetros abaixo:

- Objetivo da Aquisição;
- Padrões mínimos de qualidade;

- Atendimento às especificações técnicas e requerimentos de Segurança do Trabalho e Meio Ambiente;
- Prazos de entrega;
- Preços e condições comerciais.

8.2. O processo de cotação é efetuado conforme abaixo;

De R\$ 0,01 a R\$ 500,00 o comprador realizará no mínimo 2 cotações.

A partir de R\$ 501,00 o comprador realizará no mínimo 3 cotações.

8.2. As cotações têm como objetivo evidenciar a competitividade, transparência no processo de compras e garantir as aquisições pelas melhores condições que o mercado tem a oferecer.

8.3. Em caso de negociações com fornecedores que apresentarem condições comerciais diferenciadas para aquisições por volume e por um determinado período, adotamos a tabela de preços no Sistema de Gestão – Acordo Comercial/ Contrato.

8.4. O Comprador deve analisar os itens de sua categoria que mereçam ser tratados em tabela de preços e assegurar o cumprimento dela.

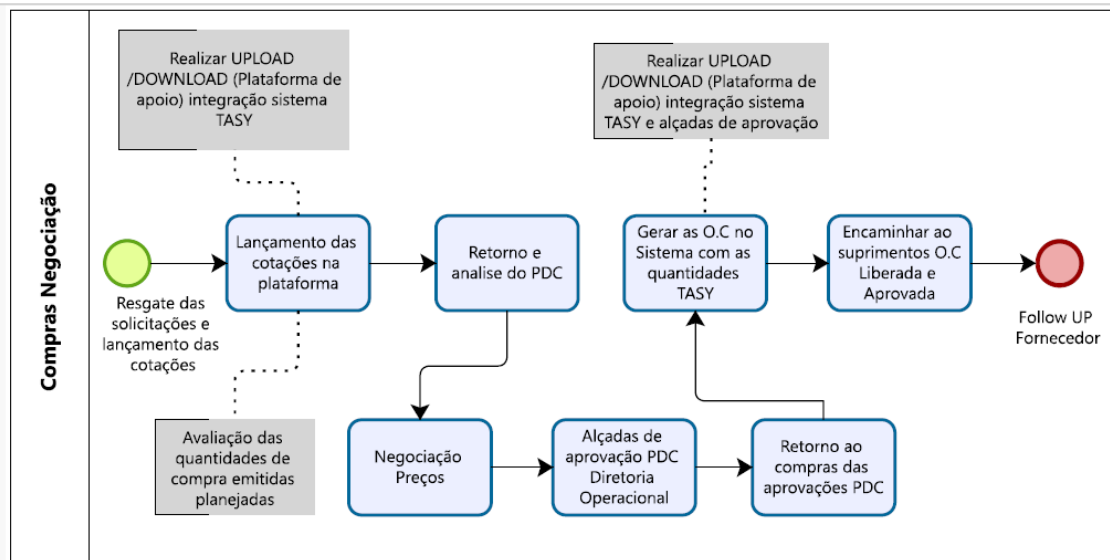
9. Dispensa de Cotação - Exceções

A dispensa de concorrência via cotações, ocorrerá somente nos casos de:

- Fornecimento exclusivo por motivo técnico devidamente justificado e aprovado pelo Diretor de Operações. A aprovação poderá ser efetuada por e-mail, o qual deverá obrigatoriamente ser anexado a respectiva ordem e/ou contrato;
- Compras urgências ou emergenciais, que necessitam de atendimento antes dos prazos normais e que podem causar prejuízos e/ou comprometam a segurança do paciente, desde que devidamente justificados e aprovados.

10. Ordens de Compras - OC

- Ordens de compras devem ser registrados e aprovados no Sistema de Gestão.
- É vedada a repartição quantitativa de aquisição de materiais ou serviços, com o objetivo de afetar o nível de aprovação destes documentos. Na aquisição Descentralizada, é vedada também esta repartição ao longo do tempo. No caso de necessidade recorrente destas aquisições, deve ser utilizado o processo Centralizado. Caso haja recorrências, a justificativa deve estar registrada no processo.
- Qualquer alteração no valor ou quantidade da ordem original gera uma nova necessidade de Aprovação.



11. Formas de Compra

- Cotação - Procedimento para obtenção da proposta mais vantajosa para a aquisição de produtos, bens e serviços. Aplica-se também à compra de materiais e gêneros não homologados e para alienação de bens de seu patrimônio.
- Indicação - Procedimento utilizado devido à especificidade técnica de exclusividade, indicada pelo requisitante e de sua responsabilidade. Aplica-se em casos de conhecimento específico, técnica ou produto/serviço de notória identidade única.

12. Aquisições de Material Hospitalar e Medicamento Padrão

12.1 A área de Compras recebe a SC – Solicitação Eletrônica de Compras, de acordo com as necessidades das áreas solicitantes.

12.2 O comprador deverá analisar o conteúdo das especificações dos serviços e materiais e verificar se todos os campos necessários estão devidamente preenchidos e, havendo divergências na SC, deverá notificar o emitente via e-mail para efetuar uma nova SC com as devidas correções (a área de compras cancelará a SC incorreta). Estando conforme, se dará início ao processo de cotação.

12.3 O setor de compras após o recebimento da OC aprovada terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, exceto quando houver solicitações de urgência que serão atendidas em até 03 dias. Estes prazos correspondem ao tempo máximo utilizado pelo Comprador, para finalizar o processo até a emissão do pedido, garantindo assim, o cumprimento do estabelecido neste procedimento.

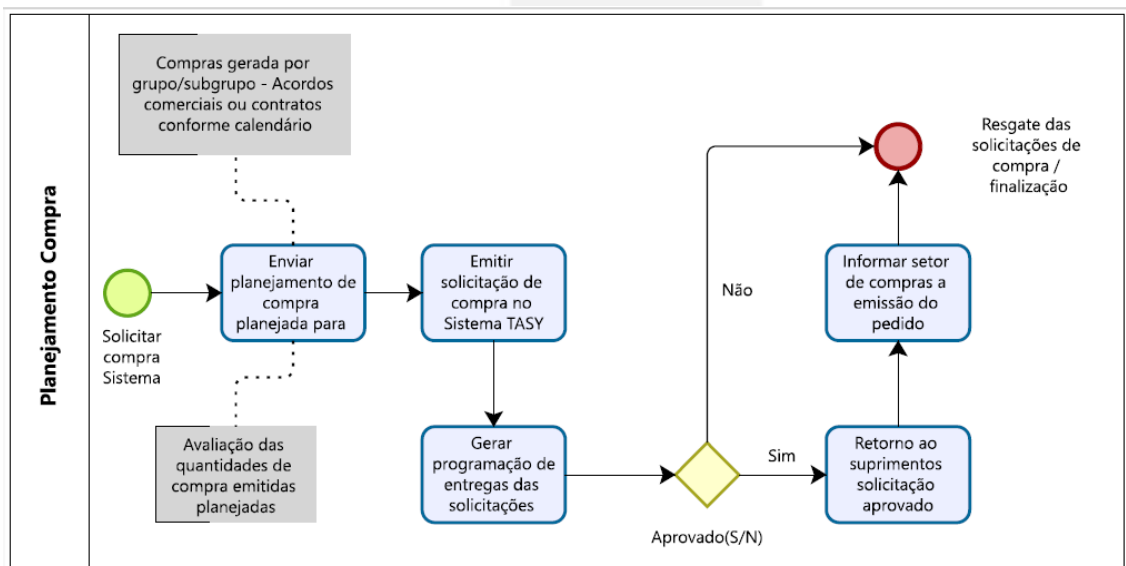
12.4 As OCs deverão estar de acordo com a NF, CNPJ, valores, descrição do produto, frete e devidamente aprovado no TASY.

12.5 O prazo de entrega do material irá variar de acordo com o processo de produção e logística do respectivo fornecedor.

12.6 Quando for item de compra estiver atrelado a um contrato cadastrado na Bionexo, o pedido é enviado automaticamente via plataforma.

12.7 Quando o item de compra não tiver contrato cadastrado na Bionexo, a cotação é efetuada via plataforma Bionexo. Em ambos os casos após o envio do pedido via Bionexo a ordem de compra é gerada automaticamente no TASY, via integração.

12.8 A seleção e homologação de materiais e medicamentos deverão seguir critérios da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.



13. Serviços / Obras:

É necessário que seja entregue para a área de Compras os seguintes documentos: Projetos, layouts e planilha quantitativa juntamente com a SC aprovada. Para dar início as cotações, será solicitada a visita técnica junto aos prestadores e após o recebimento das propostas técnicas, elas serão enviadas para validação do setor solicitante. Após análise prévia da Gerência de Compras.

- OBRA: Após a aprovação do escopo, solicita-se o contrato para análise da área jurídica, inserindo o documento no Sistema de Gestão sendo aprovado, segue para o processo das assinaturas conforme estabelecido na ferramenta Autentic.

- **SERVIÇO:** Após a aprovação do escopo é emitido a Ordem de Compras e enviada ao fornecedor, que fará o alinhamento da execução com o setor solicitante. Havendo necessidade de elaboração de contrato, segue o mesmo fluxo descrito em Obra.

13.1 Etapas do processo de contratação de empresas

- Seleção;
- Apuração da melhor proposta;
- Emissão de SC;
- Celebração do contrato.

13.1.1 Para a escolha das empresas que irão participar da seleção, deverá ser considerado o regime de contratação, a idoneidade da empresa, a qualidade e o menor custo.

13.1.2 A empresa selecionada deverá apresentar proposta de execução da obra nos moldes do projeto de execução, indicando o prazo de execução da obra e o custo total.

13.1.3 Deverá também apresentar documentos que comprovem sua regularidade constitutiva, previdenciária e tributária.

14. Serviços Gráficos

Para aquisição de Serviços gráficos e/ou personalizados, além das informações descritivas do produto inseridas no Sistema de Gestão como ex.: material, gramatura, tipo de impressão (frente e verso ou somente frente), quantidade de cores, formato de impressão, acabamento etc., se faz necessário também o envio da arte, com as demarcações utilizadas para a produção final na gráfica por e-mail no momento da solicitação.

15. Serviços - Engenharia Clínica

As propostas de manutenção preventiva e conserto para negociação deverão ser encaminhados para o setor de Compras para negociação e fechamento do acordo. Para os casos em que os fornecedores são fabricantes homologados pela área de Engenharia Clínica. O setor de compras efetua também o processo de negociação.

15.1 Compra de Materiais Hospitalares Não Padrão:

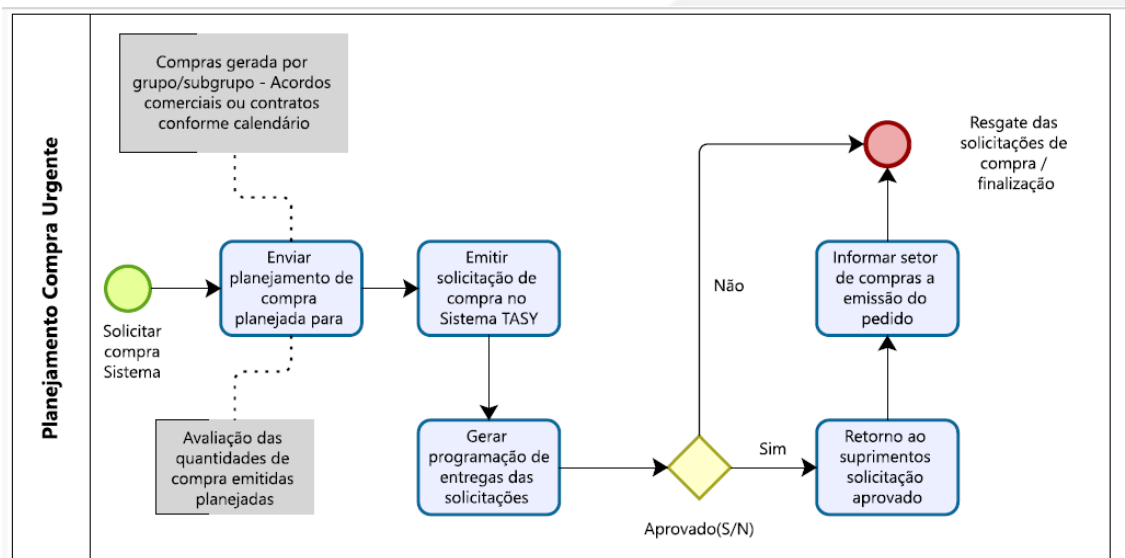
O setor da Almoxarifado/ CAF efetua a SC no Sistema de Gestão para os itens de Materiais Hospitalares não padrão conforme prescrição médica. O setor de Compras providencia a compra no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, a partir da SC.

16. Compra de Medicamento Não Padrão

A aquisição de medicamentos não padronizados deverá ser realizada, prioritariamente após validação da Diretoria Geral em formulário próprio.

17. Compra de Urgência por SC

17.1. O solicitante deve emitir a SC e flegar na palavra “URGENTE”, justificando por e-mail o motivo da urgência da compra e o dia em que o item deverá ser entregue.



17.2. A área de Compras considera urgentes quebras de máquinas; incêndios; incidentes graves que ocasionem risco às operações ou à integridade física de seus colaboradores, pacientes e parceiros.

17.3. Para aquisições de urgência, serão dadas preferências a fornecedores habituais e que tenham disponibilidade imediata do material. Todos os esforços serão feitos entre a área solicitante e Compras para a efetivação da entrega.

18. Fornecedores Exclusivos

Considera-se “fornecedor exclusivo” nos casos de aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos pelo fabricante, empresa ou representante comercial exclusivo, apresentando a carta de exclusividade a ser atestada por órgão competente ou pelo próprio fornecedor (sendo nesse caso, validada pelos órgãos internos do ISMS, Jurídico, Corpo Clínico, Engenharia Clínica e Manutenção) deve anexar tais evidências ao processo físico pertencente ao pedido de compra gerado.

19. Critérios de seleção de Fornecedores de medicamentos:

O Setor de Compras deverá adotar medida de segurança a fim de assegurar a aquisição de medicamentos idôneos e de procedência conhecida, bem como observar as normas expedidas pela Vigilância Sanitária. Deverão ser exigidos da empresa fornecedora de medicamentos, dentre outros, os seguintes documentos:

Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas;

Cópia autenticada do registro dos medicamentos;

Cópia autenticada da Licença de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária;

19.1 As empresas distribuidoras de medicamentos somente poderão ser cadastradas mediante carta de credenciamento do fabricante, além dos documentos descritos no item anterior.

19.2 Na apuração da melhor oferta, deverão ser tomadas as cautelas necessárias a fim de excluir oferta de medicamentos de origem duvidosa.

20. Tabela de Preços (Acordo Comercial/ Contratos)

20.1. As tabelas de preços acordadas são nomeadas por fornecedor e arquivadas em pastas de arquivo eletrônico.

20.2. A vigência dos acordos comerciais é acompanhada através de planilha em pasta eletrônica, nomeada Controle - Acordo Comercial/ Contratos.

20.3. Os Acordos Comerciais e ou Contratos aprovados são cadastrados e aprovados na Plataforma BIONEXO.

21. Prazos

21.1. Toda solicitação de compra ou de contratação de serviços, deverá gerar um prazo de retorno de cotação, definido pela área de Compras, de acordo com o tipo do produto ou serviços. Após o retorno da cotação, a área de Compras irá informar ao solicitante os demais prazos, quais sejam de entrega do produto ou realização do serviço.

21.2 Aquisição de Serviços, Materiais Gráficos e Personalizados - Para a finalização do processo até a emissão do pedido será de 15 (quinze) dias úteis e poderá variar de acordo com a complexidade do processo;

23.3 Aquisição de Compra de Produtos - Para a finalização do processo até a emissão do pedido será de 15 (quinze) dias corridos.

Obs.: Os prazos acima, iniciam-se a partir da aprovação da SC.

23.4. Na solicitação de compra ou ordem de contratação de serviços, deve-se qualificar se a demanda deve obedecer aos prazos normais estabelecidos pela área de Compras, de acordo com o tipo de material, equipamento (médico, engenharia, etc.) ou serviços. Para maior esclarecimento, seguem as definições de cada prazo:

Normal - Considera-se prazo normal todo processo cuja entrega é planejada dentro de prazos previamente estabelecidos (IT – Instrução de Trabalho), para cada categoria de material, serviço ou bem.

Urgência - Considera-se compra de urgência todo processo sem planejamento e com entrega com prazos abaixo do normal. Trata-se de caso excepcional e faz-se necessária a justificativa formal da urgência pelo gestor da área solicitante. Nos casos de urgência, o prazo para retorno da cotação e entrega do produto ou realização do serviço deverá ocorrer em até dois (dois) dias, sempre observando a real possibilidade do atendimento da solicitação compras conforme disponibilidade de fornecedores e prestadores.

Emergência - Considera-se compra de emergência todo processo sem planejamento, para atendimento imediato de necessidades críticas que pressuponham riscos iminentes às pessoas envolvidas ou patrimônio da empresa. Trata-se de caso excepcional e faz-se necessária a justificativa formal da emergência pelo gestor da área solicitante. Nos casos de emergência, o prazo para retorno da cotação e entrega do produto ou realização do serviço deverá ocorrer em até 24 (vinte e quatro) horas, sempre observando a real possibilidade do atendimento da solicitação conforme disponibilidade de fornecedores e prestadores.

Nos casos de urgência e emergência, será necessária a explicitação detalhada da razão pela qual a situação está sendo caracterizado como tal, na solicitação de compra, respeitando os limites de Alçadas aplicáveis, o que dispensa a necessidade de mais de uma cotação. As compras e contratações emergenciais deverão ser regularizadas no Sistema de Gestão

24. Perfis de Acesso

Todos os perfis de acesso ao sistema TASY / Bionexo/, são definidos e parametrizados nos respectivos sistemas para que os usuários efetuem as operações relativas aos processos de compra e contratações. A responsabilidade das autorizações de acesso é exclusivamente da área de Compras observados as alçadas.

25. Procedimentos para Formalização de Contrato

25.1. Para os Casos que necessitam de Formalização de Contrato, deverão ser adotadas a Formalização Contratual em qualquer uma das condições abaixo:

Contratação de Material, Medicamento ou Serviço com fornecimento contínuo.

Quando o objeto de contratação oferecer risco, em especial à:

Segurança, Medicina do Trabalho e Meio Ambiente.

Responsabilidade Civil, Criminal e Trabalhista.

Confidencialidade de Informações e Propriedade Intelectual.

Nos casos em que seja necessário detalhar obrigações, responsabilidades e eventuais penalidades entre as partes envolvidas.

Nos casos em que o espoco do contrato envolva Assistência Técnica ou Serviços de Manutenção.

25.2 Será adotada a Proposta de Serviços, Autorização de Compra de Produto, Carta Contrato ou Ordem de Execução de Serviços como instrumento formal de contratação em todos os demais casos. Nestes documentos deverá estar descrito ao menos: objeto da compra ou da prestação do serviço, preço, prazos, condições de execução e garantias do serviço.

26. Elaboração/Formalização de Contratos e Aditamentos

26.1 Na elaboração do contrato, deve ser preenchido o formulário de Considerações Contratuais (FCC) com assinatura do Gestor da área responsável e do gestor de Compras, anexando o documento com a proposta comercial também assinada pelos gestores acima, a qual deverá ser enviada ao jurídico. A Gerência de Compras fará a validação das condições comerciais e o Jurídico fará a análise das questões jurídicas, aplicando a minuta adequada ou analisando a minuta apresentada pela empresa em negociação.

26.2 Após a análise e as possíveis adequações, o contrato seguirá para assinatura das partes, devendo ser observada as regras do Estatuto Social do ISMS vigentes a época da contratação.

26.3 O aditamento deve ser efetivado quando houver a necessidade de alterações nos contratos, como:

Incremento do valor global (neste caso, é necessário observar as regras de Alçadas e limites) Prazo;

Escopo da Contratação;

Prazos ou vigência do contrato.

26.4 Todo aditamento que gere aumento de valor e/ou quantidade passará por um novo processo de aprovação.

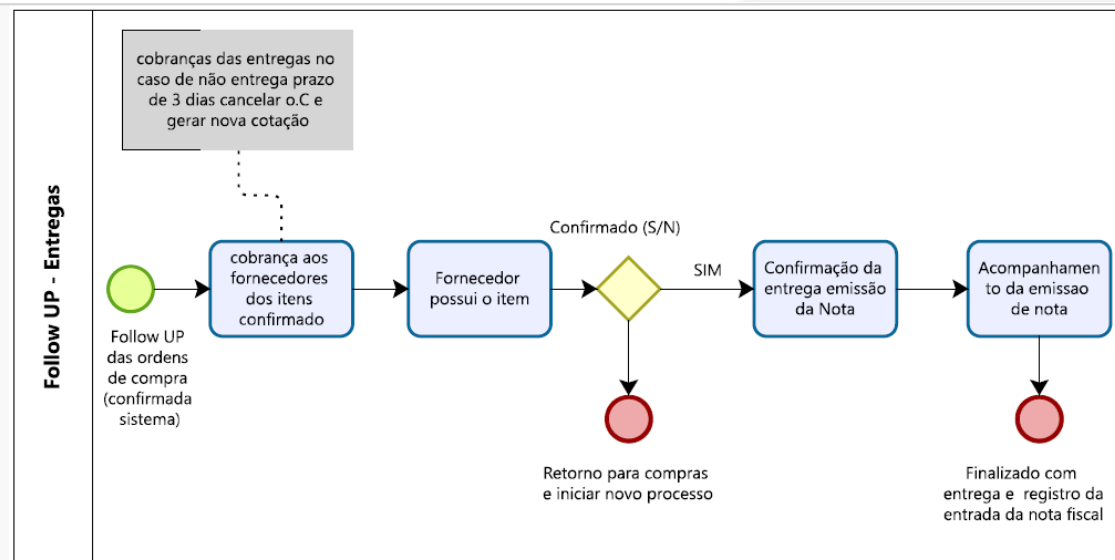
26.5 A responsabilidade pela gestão operacional do contrato é do respectivo gestor da área requisitante/demandante. As áreas de Compras e Jurídico são responsáveis em prover o suporte técnico necessário para o bom andamento da Aquisição e/ou Contratação.

26.6 A área usuária do produto ou do serviço poderá visitar as instalações do fornecedor, bem como consultar os clientes do fornecedor/prestador de serviços para uma melhor análise do produto ou serviço ofertado.

27. Follow-up

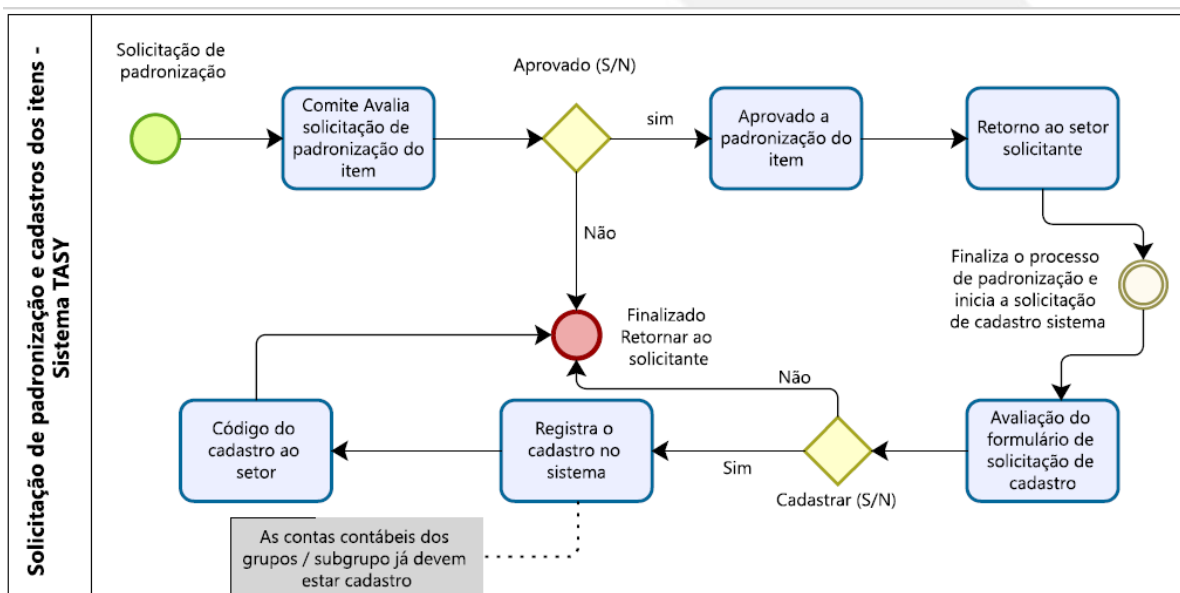
O acompanhamento dos pedidos é efetuado semanalmente através de relatórios e consultas eletrônicas pela área de Compras. Os relatórios deverão ser arquivados em pasta eletrônica compartilhada e nomeados Follow-up. A ordem de compra se mantém disponível para consultas

no Sistema de Gestão com todos os arquivos eletrônicos anexos, mesmo em status cancelado ou baixado.



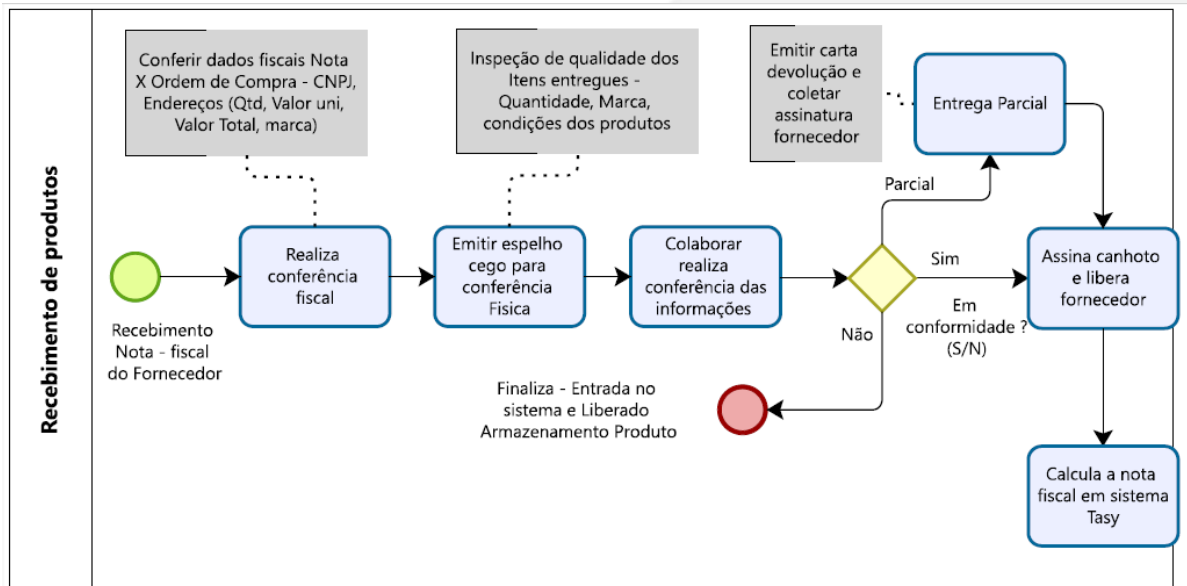
28. Cadastro no sistema

A solicitação de cadastro de novo item deverá ser requisitado pelo solicitante da área e será analisado pela área de Compras. O cadastro no sistema e a manutenção da integridade das informações cadastradas são de responsabilidade da área de Compras.



29. Entrega de Materiais

No processo de entrega de materiais e serviços deverá ser conforme estabelecido no IT Almocharifado/CAF.



CAPÍTULO – II

SELEÇÃO, HOMOLOGAÇÃO E AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

1. Objetivo

Estabelecer critérios para o processo de Seleção, Homologação e Avaliação dos fornecedores de produtos, materiais hospitalares, medicamentos e serviços que assegurem a qualidade das atividades no ISMS.

2. Critérios para Seleção, Homologação e Avaliação do processo de Fornecedores

2.1 Os fornecedores devem ser rigorosamente qualificados para fornecer materiais, bens e serviços ao ISMS, de acordo com critérios de sustentabilidade. O fornecedor deve demonstrar capacidades adquiridas ao longo do tempo, inclusive para efeito de autorização legal para executar determinada atividade ou fornecer certos materiais conforme criticidade do produto ou serviço para o meio ambiente e saúde do colaborador.

2.2 A avaliação dos fornecedores prestadores de serviços deverá ser efetuada pelo gestor responsável, após a prestação de cada serviço e semestralmente realizar a avaliação geral dos serviços prestados conforme descrito neste Manual.

3. Responsabilidades

Gerente de Compras/ Suprimentos

Elaborar e aplicar este procedimento, assegurando a sua manutenção e a validação das ações nele previstas.

Comprador: Selecionar, desenvolver e avaliar fornecedores conforme descrito neste procedimento.

Comissão de Farmácia e Terapêutica e Comissão de Padronização de Materiais

Equipe multidisciplinar que tem o objetivo de estabelecer, monitorar, alterar (inclusão e exclusão) a lista de medicamentos e materiais padronizados no hospital.

Almoxarifado

Avaliar os fornecedores que são recebidos pelo almoxarifado e Farmácia conforme descritos neste procedimento.

Gestor Jurídico: Elaborar e aprovar os contratos de prestadores de serviços juntamente com os gestores responsáveis e o gestor de suprimentos.

4. Descrição do Procedimento para Seleção, Homologação e Avaliação dos Fornecedores

4.1. Seleção dos fornecedores:

Aquisição de Materiais de consumo - Ao identificar e analisar a **SC** aprovada, conforme descrito neste Manual, o comprador inicia o processo de cotação que definirá a escolha do fornecedor, sempre será o que apresentar as melhores condições comerciais: menor valor, lead time de entrega, qualidade técnica, prazo de pagamento etc.

Aquisição de Materiais Hospitalares - A aquisição de materiais hospitalares e seleção de fornecedores serão baseadas em critérios como: Marcas homologadas pela Comissão de Padronização, GAFO e Plataforma Bionexo.

Medicamentos - O processo de seleção e aquisição de medicamentos é fundamentado em critérios pré-estabelecidos pela CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica, como: Ação farmacológica, indicação do medicamento levando em conta custo x benefício e demanda de solicitações e otimização da farmacoterapia. (Conforme Regimento Interno da CFT). A lista de marcas homologadas para cada medicamento é previamente definida em reunião e recebem manutenções periódicas que ocorrem em casos de inclusão e exclusão de medicamentos da lista de padronização, avaliação da disponibilidade de novas opções de marcas para o medicamento, exclusão do fornecedor mediante histórico de irregularidades.

Prestadores de Serviços - A escolha do prestador de serviço dar-se-á através da verificação da capacidade técnica e da proposta comercial solicitada.

4.2. Homologação dos fornecedores:

4.2.1 Documentação:

Após a definição do fornecedor será verificado pelo comprador se a empresa possui cadastro em nosso sistema ERP (TASY), caso não possua, deverá ser solicitado as seguintes documentações necessárias pra homologar fornecedores de materiais, medicamentos e prestadores de serviços, tanto para compras com verba própria como para compras com verba pública:

- SINTEGRA – Cadastro Inscrição Estadual do Contribuinte – ICMS -Sintegra
- Contrato Social ou Estatuto Social da Empresa e sua última atualização
- Ficha Cadastral
- Cartão CNPJ
- Inscrição Estadual
- Inscrição Municipal
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Federal
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Estadual
- Certidão Negativa de Débito (CND) – Municipal
- Certidão Negativa de Débito Trabalhista
- Certidão de Regularidade do FGTS – CRF
- Diagnóstico Fiscal na Receita Federal – Extrato e-Cac
- CADIN Estadual – Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais
- Certidão Negativa de Débitos vigente – emitida pela Procuradoria Geral do Estado – Dívida Ativa – CRDA (opção para o Estado de São Paulo emitida no CNPJ Raiz)
- CADIN Municipal – Cadastro Informativo Municipal

Para Fornecedores Prestadores de Serviços, principalmente obras, solicitar também Balanço Patrimonial e DRE do Exercício do ano anterior à contratação, assinado pelo Representante Legal e o Contador.

No caso de Distribuidora, a empresa deverá enviar as Cartas de Autorização de Comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos por ela exclusivamente comercializados.

4.2.2 A validação dos documentos será feita pela área de compras. Os documentos mencionados ficarão disponíveis para consulta em pasta eletrônica na rede Compras/Suprimentos.

4.2.3 Materiais Hospitalares - Para cada material padronizado são homologadas marcas e fornecedores aptos a atender a necessidade institucional, previamente definido pela Comissão de Padronização de Materiais. As marcas homologadas e não homologadas são definidas em reuniões mensais e os dados validados serão compartilhados entre todas as áreas diretamente envolvidas com a seleção e aquisição dos materiais.

4.2.4 Medicamentos - As marcas homologadas e não homologadas são definidas em reuniões bimestrais e os dados validados em reunião são compartilhados entre todas as áreas diretamente envolvidas com a seleção e aquisição dos medicamentos.

4.3. Avaliações dos Fornecedores para Aquisição de Materiais de Consumo, Materiais Hospitalares e Medicamentos.

Há de se observar as avaliações nos seguintes aspectos:

Aspectos legais;

Aspectos Operacionais

Aspectos Técnicos

4.4. Avaliações dos Aspectos Legais

Visa garantir que o fornecedor esteja apto a comercializar o produto e declarar sua responsabilidade técnica e legal sobre o que está ofertando.

4.4.1 Cada fornecedor deverá possuir um prontuário, contendo os dados cadastrais da empresa, inclusive referência bancária (nome da Instituição e Agência) e cópia da documentação comprovando a legalidade de seu exercício. Este prontuário deverá ser arquivado com o Gestor da Área responsável, onde irá anexar todo o histórico das ocorrências com o fornecedor, para servir de base para análise das situações críticas com o mesmo.

4.4.2 No caso de Distribuidora, a empresa deverá enviar as cartas de autorização de comercialização emitidas pelos fabricantes dos produtos por ela exclusivamente comercializados.

4.4.3 No caso de fornecimento de produtos com registro no Ministério da Saúde, os mesmos poderão ser consultados no sistema de informação hospitalar.

4.4.4 No caso de fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde, a informação deverá constar no rótulo do produto e também pode ser consultado no sistema de informação hospitalar.

4.4.5 No caso de registros provisórios é necessário solicitar documento comprovando a renovação de registro quando expirar a data, ou a apresentação do registro definitivo.

4.4.6 Para fornecimento de medicamentos, é obrigatória a apresentação do Certificado de Responsabilidade Técnica (documento único) emitido pelo Conselho Regional de Farmácia ou do protocolo de assunção desta responsabilidade técnica e também do Contrato Social (Última Alteração), Autorização de Funcionamento da Anvisa, Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária.

4.5. Avaliação dos Aspectos Operacionais

Visa garantir a continuidade das rotinas de atendimento.

Produtividade: observar se o fornecedor apresenta capacidade de suprir os pedidos conforme a necessidade de abastecimento.

Acuracidade: verificar se o fornecedor possui a cultura de atender corretamente e integralmente os pedidos que lhe são destinados, nos prazos combinados.

Pontualidade: observar se o fornecedor possui uma cultura de pontualidade nas suas entregas e é comprometido com os prazos estabelecidos.

Flexibilidade: observar se o fornecedor apresenta capacidade de reagir rapidamente a pedidos emergenciais.

4.5.1 Os fornecedores são avaliados e pontuados, mensalmente, através do formulário disponível no sistema de Gestão dentro dos critérios estabelecidos pela instituição como: Prazo de entrega, avarias (embalagens e materiais), materiais faltantes, notificação de gerenciamento de riscos e condições comerciais, esses itens são valorizados de acordo com sua criticidade no processo de recebimento.

4.5.2 A área de Compras deverá analisar o resultado obtido da avaliação do fornecedor através das informações consolidadas dos projetos (Form....) Ao identificar que o fornecedor apresentou resultado inferior a 50 pontos o mesmo deverá ser comunicado através de e-mail, informando as causas da baixa pontuação obtida.

Havendo reincidência de duas qualificações negativas no período de 30 dias com pontuação inferior a 50 pontos o fornecedor deverá ser convocado para uma reunião de urgência, onde deverão ser discutidos ações corretivas para melhorias no cumprimento dos quesitos estabelecidos pela instituição.

4.5.3. Avaliações de Fornecedores Prestadores de Serviços:

A avaliação dos fornecedores prestadores de serviços é efetuada pela área contratante, através do seu gestor. A área de Compras participa deste processo, mediante solicitação da área gestora. Conforme o resultado da avaliação feita pelo gestor da área, o setor de compras irá

somente bloquear o cadastro do prestador, caso ocorra intercorrências durante a execução dos serviços prestados.

4.6. Avaliação dos Aspectos Técnicos

Visa garantir a qualidade do produto oferecido.

4.6.1 A Área Suprimentos (Compras, Farmácia e CAF) faz a avaliação técnica do fornecedor, através de visitas técnicas, onde se audita a documentação que integra o Cadastro do Fornecedor, com as devidas Licenças, Certidões e Certificados. Avalia-se também o sistema da qualidade, estrutura física e logística de armazenagem e distribuição.

4.6.2. Visita Técnica

Na visita técnica é feita auditoria dos documentos citados na Homologação de Fornecedores (item nº 4.2.1), além dos documentos:

- Licença de Funcionamento da Vigilância Sanitária (ANVISA);
- Certificado de Responsabilidade Técnica;
- Autorização de Funcionamento da ANVISA
- Alvará de Funcionamento Prefeitura);
- Alvará de Funcionamento do Corpo de Bombeiro;
- Manual de Boas Práticas de Distribuição.
- Certificação / Acreditação da Qualidade

4.6.2. Através da visita “in loco” constata-se:

- Se a empresa possui responsabilidade socioambiental.
- Se existe procedimentos documentados, estabelecidos e mantidos para o descarte de seus produtos, embalagens e/ou matéria prima;
- Se existe Política de Logística Reversa (seus descartáveis e embalagens) já implantadas
- Se possui sistema da qualidade documentado;
- Se existe um plano de treinamento ativo na empresa;
- Se existe um controle estatístico e ações corretivas das não-conformidades
- Se são realizadas e registradas auditorias internas do Sistema da Qualidade.

Observa-se ainda a estrutura física e instalações, bem como condições de higiene e limpeza desde a fabricação/manufatura dos produtos até a armazenagem e distribuição, assim como as condições de trabalho.

Os fornecedores são avaliados e pontuados, somando-se a esta pontuação a pontuação auferida na avaliação de aspectos operacionais.

O processo de aquisição é dividido em duas etapas: compra mensal e compra de urgência. Essa metodologia foi instituída a fim de evitar qualquer desabastecimento de insumos na unidade e acompanhamento de comportamento de consumo com o objetivo de evitar compras de grandes volumes mensalmente para os itens de baixo giro e que, conseqüentemente, geram perdas. Isto fomenta a gestão eficiente do estoque. Na compra mensal é adquirida um quantitativo de insumos para cobertura de 40 a 45 dias. Já na compra de urgência os insumos são para cobertura de estoque (dias) até a data do recebimento do pedido mensal.

Para realização do processo de compras, primeiramente, será realizado o levantamento do consumo e estoque diário da unidade por meio de sistema informatizado da Unidade. Os dados referentes a esse levantamento deverão ser imputados na planilha “Consumo da Unidade”. Na planilha “Consumo da Unidade” os cálculos são automáticos, contando com regressão linear e médias aritméticas para chegar na quantidade de compra alinhada à demanda da Unidade. Serão estabelecidos os planejamentos de compras mensais da Unidade com base no histórico de **consumo em tempo real**, visando evitar desperdícios no processo aquisitivo.

Antes de efetuar o processo de compra, o responsável de suprimentos da Unidade fará a validação da planilha de planejamento de pedido de compra. Após isso, será imputado no sistema informatizado uma solicitação de compras (SC) com as quantidades planejadas da Unidade a ser adquirida pela instituição. As aprovações de compras devem obedecer aos limites de alçada definidos pela Diretoria e estarem adequadas aos valores das compras parametrizadas em sistema. As reposições só devem ser realizadas com base no consumo, importância do item e tempo de ressuprimento.

O setor de Suprimentos do ISMS que atuará para o **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN** será estruturado para desempenhar as seguintes atividades:

- Obter serviços e produtos na quantidade certa;
- Negociar as melhores condições de compras;
- Obter produtos com qualidade a um menor custo;
- Garantir uma entrega de forma correta.

Para assegurar adequado desempenho do Suprimentos, ele precisa de um planejamento e controle dos insumos usados na unidade. Compreende, assim, as etapas de seleção, especificação, classificação e aquisição dos produtos.

Deve ser feito uma padronização de medicamentos, insumos e material médico através da Comissão de Padronização de Materiais Médicos e Insumos para facilitar o processo de aquisição, armazenamento, distribuição e gerenciamento de estoque.

A análise de estoque será realizada por meio de sistema informatizado **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN**, que permitirá analisar o histórico da movimentação, posição de estoque e consumo que possam ser úteis no processo de compras.

A aquisição dos insumos obedecerá ao orçamento vigente, conforme unidade administrativa, considerando as exigências legais, respeitando, no mínimo, três cotações e que o fornecedor esteja cadastrado na plataforma utilizada pelo setor de compras. As reposições só devem ser realizadas com base no consumo, importância do item e tempo de ressuprimento.

Elementos de Previsão de Estoque

- Para manter um dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo utilizados em determinado período dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados;

Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva, mas a quantidade de reposição;

Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição. A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês. Se determinado medicamento demora 15 dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a 1/2 (meio mês). Se demorar uma semana, TR será 1/4. Se demorar um mês, TR será igual a 1. Se levar 2 meses, TR será 2.

Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido;

Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição (**Apêndice 1**).

Visita Técnica aos Fornecedores Locais

As visitas técnicas aos fornecedores têm como objetivo garantir a qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica específica para o tipo de produto/fornecedor que se deseja avaliar. Deverá ser realizada mediante comprovação do cumprimento dos requisitos através de informações, documentos exigidos e observação de práticas junto ao fornecedor.

As visitas técnicas serão realizadas de acordo com a classificação de criticidade, conforme Apêndice 2. Estas visitas serão realizadas por profissionais da equipe técnica de cada área, acompanhados, sempre que necessário, de membro do Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS). Recomenda-se também, a participação de um membro do Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho e Assédio (CIPAA).

A visita técnica será norteadada por checklist específico de acordo com o tipo de fornecimento prestado. Os itens avaliados serão classificados como 'Conforme', 'Não conforme' ou 'Não aplicável'. A partir do percentual atingido no número de conformidades, os fornecedores são qualificados (Apêndice 3). Após a avaliação é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação constando os itens com necessidade de estabelecimento de plano de ação para adequação das não conformidades. Após a avaliação é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação constando os itens com necessidade de estabelecimento de plano de ação para adequação das não conformidades.

Resultado esperado:

- Expandir funcionalidades como RFID, BI, dashboards em tempo real.
- Integrar com plataformas externas (ex: fornecedores, convênios, nota fiscal eletrônica).
- Assertividade nas aquisições de medicamentos e insumos,
- Economia mensal com planejamento de compras;
- Realizar auditorias sistêmicas internas periódicas;
- Promover ajustes finos no sistema que permitem melhora contínua;
- Padronizar os processos com base na nova tecnologia (ex: processo de requisição e dispensação migrar os dados com conferência e validação).
- Integrar com outros sistemas hospitalares: prontuário eletrônico, compras, faturamento, contabilidade, etc.

- Validar funcionalidades e ajustar parâmetros (limites de estoque, categorias, regras de alerta, via sistema).

Planejamento De Compras

1. OBJETIVOS

Manter o equilíbrio da demanda com a posição de estoque, além de viabilizar a transparência nos processos que fazem parte do ressuprimento.

2. CAMPOS DE APLICAÇÃO

Unidade de Compras

3. REFERÊNCIAS

Para elaboração desta Rotina foram utilizadas como referência legislação, normas técnicas e regulamentações vigentes que regem a prestação de serviços em Unidades de Saúde, como:

Diretrizes Institucionais;

Legislação, Normas Técnicas e Regulamentações Vigentes que regem a prestação de serviços em unidades de saúde.

4. DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

Sazonalidade – Alguns medicamentos podem sofrer alterações de consumo em determinados períodos do ano, oferecendo mudanças significativas no estoque.

Curva ABC – A Curva ABC é um método de classificação estatística de medicamentos e materiais, baseada no princípio de Pareto, que visa classificar itens através das percentagens da demanda valorizada de cada item em relação à demanda valorizada total. Curva XYZ – Na Curva XYZ os itens são classificados baseando-se no critério de criticidade, levando em consideração a sua importância ao paciente. Classe X representa os itens de baixa criticidade, cuja falta não implica em maiores consequências, Classe Y apresenta razoável possibilidade de substituição com outros itens disponíveis em estoque sem comprometer os processos críticos, caso seja necessário em detrimento dos custos envolvidos e a classe Z que representa os itens de vital importância.

Curva PQR – Na curva PQR os itens são classificados de acordo com a popularidade dos itens, onde a classe P envolve os itens de elevada frequência de movimentação, a classe Q envolve os itens com frequência de movimentação intermediária e a classe R incluem os itens de baixa movimentação.

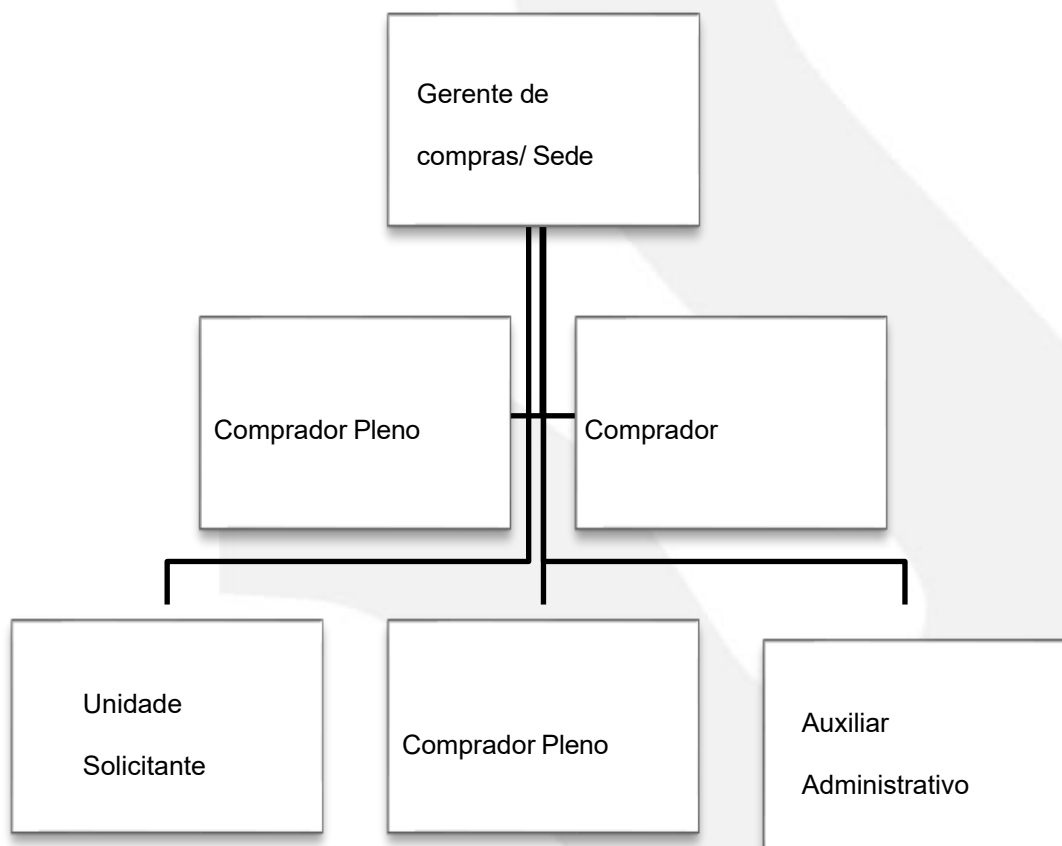
Estoque de Segurança – O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficientes para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

Estoque Máximos e Mínimos – São os níveis máximos e mínimos estabelecidos dos itens de medicamentos e materiais através do histórico de consumo, utilizados para identificar o ponto de ressuprimento, estoque baixo ou estoque alto.

Nota:

O valor unitário contábil dos itens de estoque será realizado através do custo médio ponderado, ou seja, a cada entrada de um determinado item o valor unitário será recalculado com a quantidade anterior, de acordo com a Lei 4.320/69. Art. 106. Que determina que os órgãos públicos façam uso do custo médio ponderado.

ORGANOGRAMA APLICAVEL AO SERVIÇO



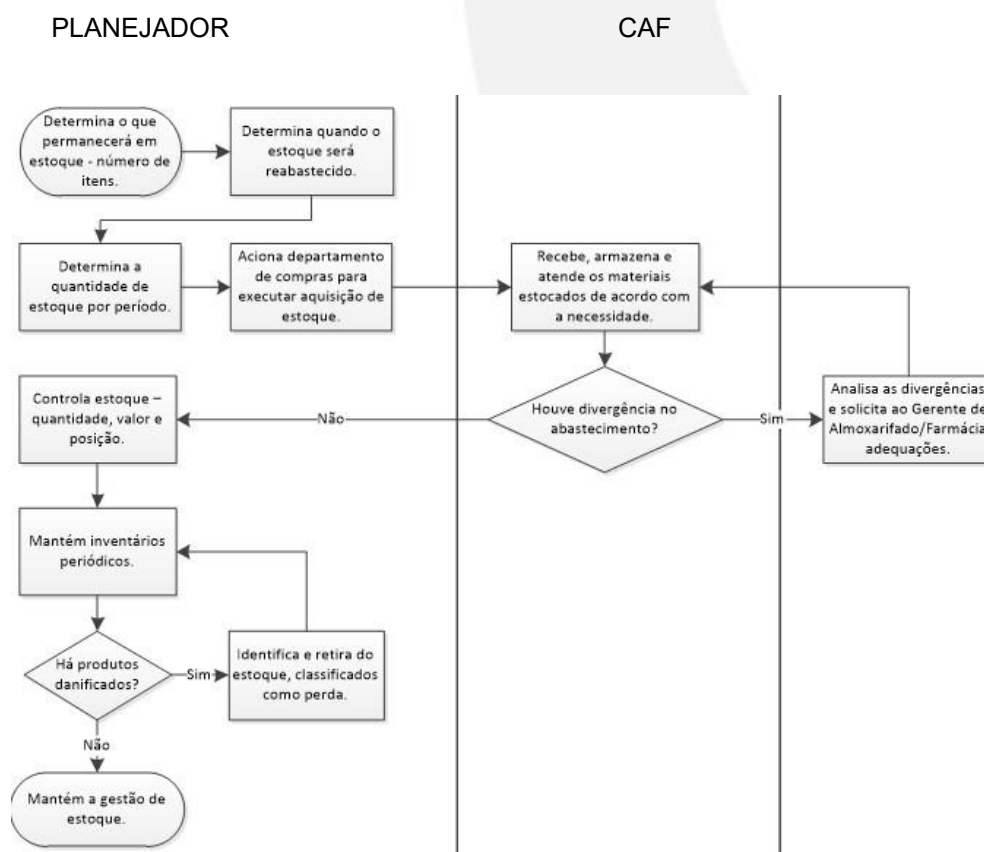
5. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DOS RESPONSÁVEIS

AÇÃO	AGENTE
Consultar no sistema informatizado pedidos imputados realizados e não confirmados pelo comprador.	Gerente de Compras
Informar ao comprador pleno o número OC e nome de fornecedor com entrega atrasada, para que o mesmo repasse informação sobre pendência de entrega.	Comprador
Solicitar ao comprador via e-mail, cancelamento de pedido com saldo em excesso no estoque	Comprador Pleno
Solicitar ao comprador via e-mail, antecipação de pedido com saldo insuficiente no estoque	Comprador Pleno
Inserir via sistema informatizado pedido (urgência, rotina, complementar ou consolidado) para adequação de estoque	Unidade Solicitante

AÇÃO	AGENTE
Decidir o que deve permanecer em estoque - número de itens.	Unidade Solicitante
Definir o momento de reabastecimento do estoque - definir prioridades.	Unidade Solicitante
Acionar o comprador para executar a aquisição de estoque.	Unidade Solicitante
Receber, armazenar e atender os materiais estocados de acordo com as necessidades.	Unidade Solicitante

AÇÃO	AGENTE
Controlar o estoque em termos de quantidade e valor, fornecendo as informações sobre sua posição.	Unidade Solicitante
Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estados dos materiais estocados.	Unidade Solicitante
Identificar e retirar do estoque os itens danificados, classificados como perda.	Unidade Solicitante

5.1. FLUXOGRAMA DO SERVIÇO



RECURSOS MATERIAIS E TÉCNICOS QUE SERÃO UTILIZADOS DIRETAMENTE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- Computador
- Impressora
- Prateleiras
- Armários
- Cadeiras
- Sistema informatizado de Gestão Hospitalar
- Plataforma Bionexo
- Disponibilidade do servidor

DESCRIÇÃO DA NORMA DE CONDUTA DO COLABORADOR

Política

A função principal da política é maximizar o uso do recurso na área de Farmácia - Almojarifado e com grande efeito dentro dos estoques. Por outro lado, será necessário manter um nível para suprir a demanda, e garantir que o abastecimento das áreas ou o próprio prazo de entrega dos fornecedores não comprometa a área assistencial, tendo como política:

Receber os itens adquiridos pela instituição conforme Ordem de Fornecimento e Normas Administrativas. Realizar o Armazenamento dos itens de acordo com a normatização técnica e administrativa. Gerir estoques, buscando a segurança dos recursos materiais e a maximização dos recursos financeiros, através de efetivos controles (inventários, validade, integridade e rastreabilidade)".

Planejamento

A gestão de estoque é gerida pela seguinte área: Farmácia- CAF, tendo como referência um Gerente Suprimentos/Sede e Coordenador Farmacêutico. O planejamento de compras é a base de apoio, no sentido do controle (consumo x investimento), portanto, não deverá existir estoque excessivo, visto que podem ter variações na validade, demanda custos altos e comprometer o fluxo de caixa.

O primeiro passo para o planejamento de compras é prever a demanda futura por produto dentro de determinados períodos do ano. Outro ponto relevante são os períodos de alta ou queda no consumo de seus produtos por motivos festivos, mudanças ambientais ou feriados prolongados, que também devem fazer parte do planejamento de compras.

Os estoques devem ser classificados pela técnica chamada de Curva ABC. Esta técnica estabelece a importância dos itens de A à Z, de maneira que são avaliados por valores agregados na ordem decrescente de acordo com o seu consumo e valor. Com isso, identificam-se os itens que apresentam uma importância relativa ao seu valor, de modo que 10% dos itens (valor agregado alto) são responsáveis por 70% do valor dos estoques. Logo 70% dos itens (menor valor agregado) são responsáveis por 10% do valor dos estoques.

O planejamento de compras será realizado conforme cronograma estipulado pelo Suprimentos, sendo a programação realizada mensalmente, bimestralmente e trimestralmente e divididas por grupos;

Os pedidos devem ser emitidos nas datas estipuladas pelo cronograma de compras, visto que estes pedidos são consolidados para ganho no poder de negociação.

Os tempos para fornecimento de produtos variam de acordo com o nível de produção de cada fabricante. Porém, com um aumento na procura de determinadas mercadorias, faz-se necessária a estocagem dele, como plano de contingência.

Trabalhar com entregas programadas é uma estratégia para aperfeiçoar o espaço físico do estoque e o fluxo de caixa. A utilização do estoque de segurança evita a compra de urgência, o que compromete o fluxo de caixa do departamento, devido à falta de tempo para a negociação e o custo agregado para retirada do medicamento em algumas situações.

O estoque de segurança é importante quando ocorrem problemas na emissão do pedido, aumento de consumo, ou até mesmo por outras ocorrências, como atraso na entrega por parte do fornecedor, escassez da mercadoria, entre outros.

De forma resumida a análise a ser feita para emissão do pedido será:

- ✓ Posição de Estoque;
- ✓ Orçamento;
- ✓ Consumo médio dos últimos 3 ou 6 meses (avaliação de períodos sazonais);
- ✓ Classificação de compras – mensal, bimestral ou trimestral;
- ✓ Programação em andamento;
- ✓ Estoque de Segurança;
- ✓ Classificação de Curva ABC.

Pedidos Complementares e Urgentes

Os pedidos complementares somente poderão ser emitidos nas seguintes ocasiões:

- Aumento de consumo: quando a quantidade colocada na programação não for suficiente para atender a demanda, sendo necessárias justificativa pelo Planejador, informações com histórico de consumo dos três últimos meses e o informe do procedimento cujo ocasionou o aumento de consumo;
- Quando solicitado evidenciado pelo planejador: por motivos de processo, prazo de entrega do fornecedor devido a negociação em andamento ou negociação de lote;
- A unidade de Compras terá um prazo para executar o processo de aquisição sendo de no mínimo de 07 a 10 dias úteis conforme particularidade de cada item em relação ao prazo de entrega por parte do fornecedor.
- Para a reposição de itens que estiverem com estoque zerado, esta deverá conter justificativa plausível apresentada pelo Gestor da unidade e aprovação do Gerente de Suprimentos / Sede
- Os pedidos de compras que são solicitados mediante apresentação de guia terapêutico, serão liberados apenas com apresentação do guia terapêutico autorizados pela Diretoria Técnica
- A unidade de compras deverá ter no mínimo 72 horas para aquisição do item, porém o prazo de entrega poderá sofrer variações conforme cada fornecedor.

Itens de Urgência

A Unidade de Compras é informada pela Unidade solicitante da necessidade de aquisição do material hospitalar e medicamento, em virtude de elevação de consumo.

Parte-se do cálculo do consumo médio mensal, considerando a projeção da elevação na curva do consumo do referido item, sazonalidade ou ponto de pedido, para determinação da quantidade ideal a ser adquirida junto a Unidade de Compras, através de pedido de compra via sistema, devidamente assinado pela chefia da Unidade solicitante.

6. DESCRIÇÃO DAS NORMAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ACIDENTE

Os colaboradores que possuírem tarefas de movimentação de embalagens de medicamentos e materiais pesados devem utilizar cinta de segurança a fim de se evitar lesões.

Para todas as atividades da Unidade de Farmácia Almoxarifado, os colaboradores devem utilizar sapatos fechados a fim de se evitar acidentes com queda de materiais.

7. PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Plano de Educação Continuada tem como o principal objetivo propiciar à equipe reciclagem constante visando a atualização dos conhecimentos técnicos e dos trabalhos a serem realizados, para que os colaboradores possam exercer suas atividades de forma mais efetiva e eficaz. O Plano está estruturado através de treinamento teórico, avaliação pós-treinamento e monitoramento.

8. PLANO DE EMERGÊNCIA E CONTINGÊNCIA

Quaisquer acontecimentos detectados que possam afetar a prestação dos serviços deverão ser informados, em tempo real ao gestor imediato, ou cargo substituto e deverá ser colocado em prática o Plano de Emergência e Contingência para a dada intercorrência a fim de assegurar a correta continuidade da presente rotina.

As contingências para possíveis situações relativas as estas rotinas serão citadas, porém é de suma importância para a correta aplicabilidade e instruções, consultar as rotinas elaboradas para cada intercorrência.

9. LEGISLAÇÃO

- Lei 4.320/69. Art. 106.
- Boas práticas de Recebimento de medicamentos. Ministério da Saúde, 1989.
- Lei nº 8.666/1993 e Lei nº 14.133/2021 – Leis de Licitações
- LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)
- Lei nº 13.787/2018 – Lei do Prontuário Eletrônico

Apêndice 2 – Tabela de visita técnica de fornecedor por criticidade

TIPO	PERIODICIDADE	PROCEDIMENTO
Críticos	Visitas Anuais	Fornecedores de suprimentos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Semicríticos	Visitas a cada 2 anos	Fornecedores de produtos e serviços que impactam indiretamente na assistência, sem prejuízo ao paciente.
Não-críticos	De acordo com gestor da área	Fornecedores de produtos e serviços que não impactam no prognóstico do paciente, podendo ser substituído sem prejuízo para Instituição.

Apêndice 3 – Tabela de classificação dos fornecedores após visita técnica

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	Mais de 75%	Visitar após 01 ano
Sob avaliação	Entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses
Não qualificado	Menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

INSTITUTO Mais Saúde		Check list de recebimento / avaliação fornecedor	AValiação	Classificação Final	
Fornecedor:	Transportadora:			PONTUAÇÃO FORNECEDOR	
Responsável pela avaliação:					
Nº OC / Nº NF:					
1	Os mat/med foram entregues dentro da temperatura estipulada na embalagem pelo fabricante (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial de 70% a 99%: 7-9 pontos Preocupante < 70%: 3-5 pontos Insatisfatório: < 49% Não atende aos padrões 0-3 pontos	10	100	85-100 pontos: Excelente 70-84 pontos: Bom 50-69 pontos: Regular (Monitorar desempenho) 0-49 pontos: Insatisfatório (Avaliar substituição)
2	Pontualidade nas entregas, a entrega ocorreu dentro do prazo acordado em OC (15 pontos)	Sempre pontual 15 pontos Pequenos atrasos ocasionais 8-10 pontos Atrasos frequentes ou significativos 0-6 pontos	15		
3	As condições comerciais estão de acordo com o OC (CNPJ, Natureza operação e condições de pagamento) (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial 70%: 7-9 pontos Preocupante < 40%: 0-5 pontos	10		
4	Os insumos apresentam a validade preferencialmente acima de um ano (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 7-9 pontos Preocupante < 49%: 0-5 pontos	10		
5	Os produtos não apresentam nenhum tipo de desvio de qualidade (5 pontos)	Ótimo 100%: 5 pontos Parcial de 50% a 79%: 3-4 pontos Preocupante < 49%: 0-2 pontos	5		
6	Sustentabilidade e Responsabilidade Social (5 pontos)	Demonstra práticas sustentáveis e éticas: 5 pontos Demonstra práticas aceitáveis, mas com áreas a melhorar: 3-4 pontos Não demonstra compromisso com práticas éticas ou sustentáveis: 0-2 pontos	5		
7	A transportadora foi cordial e respeitosa ao horário de recebimento (até às 16 horas) (10 pontos)	Ótimo de 16 HR : 10 pontos Entre 16 e 17 HR : 7-9 pontos Preocupante após 17:30 HR: 0-5 pontos	10		
8	Informações da Nota Fiscal: Houve problema com a nota fiscal com relação a preço ou quantidade? (15 pontos)	Ótimo de 100%: 15 pontos Parcial de 50% a 79%: 8-10 pontos Preocupante < 49%: 0-6 pontos	15		
9	Informações do Produto: Houve necessidade de emissão de Carta de Devolução? (10 pontos)	Ótimo de 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 7-9 pontos Preocupante < 49%: 0-5 pontos	10		
10	Condições de transporte: As condições do transporte do material e/ou medicamento estão conformes/adequadas? (10 pontos)	Ótimo de 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 3-4 pontos Preocupante < 49%: 0-2 pontos	10		

Apêndice 4 – Horário de funcionamento do serviço de farmácia e almoxarifado

SETOR	DO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO
RECEBIMENTO			
Almoxarifado		Segunda a Sexta	08h00 às 17h00
Farmácia		Segunda a Segunda	24 hr

1.2.2.3. *Manual de fornecedor*

Introdução

Este Manual de Fornecedor tem como objetivo estabelecer diretrizes claras e transparentes para todas as empresas que fornecem produtos e serviços ao ISMS. Ele contém as normas e expectativas que devem ser seguidas para garantir uma parceria profissional, ética e em conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis. O compromisso com a integridade, a transparência e a responsabilidade social são essenciais para o sucesso de nossa empresa e de nossos fornecedores.

Objetivo do Manual

- Estabelecer as diretrizes que orientam o relacionamento entre o ISMS e seus fornecedores.
- Assegurar o cumprimento de padrões éticos e legais.
- Garantir a transparência nas relações comerciais.

1. Regras Gerais de Fornecimento

- **Qualidade e Conformidade:** Todos os produtos e serviços fornecidos devem atender aos requisitos de qualidade especificados nos contratos. Os fornecedores devem garantir que seus produtos estão em conformidade com as normas técnicas e regulamentações legais aplicáveis.
- **Prazos e Condições de Entrega:** Os fornecedores devem respeitar os prazos de entrega acordados. Caso haja qualquer atraso, o fornecedor deve comunicar imediatamente a nossa empresa e apresentar soluções alternativas.

- **Segurança e Sustentabilidade:** O fornecedor deve adotar práticas que garantam a segurança no trabalho, a saúde de seus funcionários e a sustentabilidade ambiental de seus processos.

2. Código de Conduta Ética

O ISMS espera que todos os fornecedores adotem um código de ética que promova os mais altos padrões de conduta profissional. Este código deve abranger, mas não se limitar a:

- **Respeito aos Direitos Humanos:** Os fornecedores devem garantir que suas operações não envolvam qualquer forma de discriminação, trabalho infantil, trabalho forçado ou exploração de qualquer natureza.
- **Conduta Profissional e Respeitosa:** A conduta dos funcionários do fornecedor deve ser profissional, respeitosa e em conformidade com as normas de comportamento aceitáveis. Não toleramos qualquer forma de assédio ou violência no local de trabalho.
- **Transparência e Honestidade:** Os fornecedores devem ser transparentes e honestos em todas as suas interações comerciais, fornecendo informações precisas e completas sobre seus produtos e serviços.

3. Cláusulas de Anticorrupção

A corrupção é inaceitável em qualquer nível e em qualquer forma. Todos os fornecedores devem cumprir rigorosamente as seguintes cláusulas anticorrupção:

- **Proibição de Subornos e Facilitação:** O fornecedor não deverá oferecer, dar ou receber qualquer tipo de suborno ou pagamento irregular, seja diretamente ou por meio de terceiros, com a finalidade de obter qualquer vantagem.
- **Conformidade com a Legislação Anticorrupção:** O fornecedor deve cumprir todas as leis anticorrupção vigentes, como a Lei Anticorrupção Empresarial (Lei nº 12.846/2013) e outras normas locais e internacionais aplicáveis.
- **Proibição de Pagamentos Indevidos:** O fornecedor não deve realizar pagamentos a funcionários públicos ou a qualquer outra pessoa com o objetivo de influenciar decisões ou obter benefícios indevidos.
- **Compromisso com Denúncia:** Caso o fornecedor tenha conhecimento de qualquer prática de corrupção envolvendo suas operações ou as de sua cadeia de suprimentos, ele deverá denunciar imediatamente à nossa empresa e colaborar com as investigações.
- **Proibição de Presentes e Hospedagens:** O fornecedor não pode oferecer, diretamente ou por meio de terceiros, presentes, viagens ou hospitalidade de qualquer valor aos funcionários do ISMS.

4. Relacionamento com o Cliente e Conflito de Interesses

- **Evitar Conflitos de Interesse:** Os fornecedores devem evitar situações que possam resultar em conflito de interesse. Caso um conflito de interesse surja, ele deve ser comunicado de imediato.
- **Transparência nas Relações:** O fornecedor deve manter uma comunicação clara e transparente sobre quaisquer questões que possam

afetar a entrega de produtos ou serviços ou que envolvam interesses comerciais ou pessoais.

5. Política de Sustentabilidade

Todos os fornecedores devem estar comprometidos com práticas que minimizem o impacto ambiental e promovam o desenvolvimento sustentável. Isso inclui:

- O fornecedor deve demonstrar compromisso com práticas sustentáveis, minimizando os impactos ambientais negativos em seus processos produtivos, e promovendo a reutilização e reciclagem de materiais sempre que possível.
- O fornecimento de produtos deve ser compatível com as melhores práticas sociais e ambientais.

6. Diversidade e Inclusão

- A empresa valoriza a diversidade e inclusão e espera que seus fornecedores adotem práticas que promovam a igualdade de oportunidades e o respeito à diversidade de gênero, raça, etnia, religião e orientações sexuais.

7. Auditoria e Monitoramento

- **Direito de Auditoria:** O ISMS se reserva o direito de realizar auditorias periódicas nas operações dos fornecedores para garantir a conformidade com as políticas e os termos do contrato.
- O fornecedor deve cooperar plenamente durante as auditorias e fornecer todos os documentos e informações necessárias
- **Responsabilidade pelo Cumprimento:** O fornecedor é responsável por garantir que todos os seus subfornecedores e parceiros também cumpram com as normas e diretrizes estabelecidas neste Manual.

8. Disposições Finais

- **Atualizações do Manual:** O ISMS poderá, a qualquer momento, revisar e atualizar este Manual, notificando os fornecedores com antecedência.

- **Rescisão do Contrato:** O não cumprimento das normas deste Manual pode resultar na rescisão do contrato de fornecimento, sem prejuízo das demais ações legais cabíveis.

9. Compromisso com a Ética e Legalidade

Ao assinar o contrato de fornecimento, o fornecedor confirma que leu, compreendeu e concorda com as condições estabelecidas neste Manual, comprometendo-se a adotar as melhores práticas de ética, legalidade e integridade em todas as suas operações.

Ao assinar o contrato, o fornecedor reconhece ter lido, compreendido e aceito as disposições deste manual, comprometendo-se a seguir todas as regras e regulamentos aqui estabelecidos. A violação dessas normas pode resultar em ações corretivas, incluindo a rescisão da parceria e a aplicação das penalidades cabíveis.

Assinatura do Fornecedor

Data: ____ / ____ / 2024

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____

Este Manual de Fornecedor é um compromisso com a transparência, a ética e o cumprimento de todas as leis aplicáveis. Acreditamos que, por meio dessa colaboração mútua, podemos construir um ambiente de negócios mais justo e sustentável para todos.

1.2.2.4. ALMOXARIFADO - Estruturação De Almojarifados De Medicamentos E Produtos Para A Saúde, E De Boas Práticas De Armazenamento E Distribuição

- **Introdução**

O Almojarifado e o CAF possuem a finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda da unidade.

- **Objetivo:**

O Almojarifado e o CAF têm como objetivo o recebimento e conferência todos os insumos destinados as áreas assistenciais e administrativas. Ele será estruturado para desempenhar as seguintes atividades:

Funções:

- ✓ Estocagem, guarda, unitarização, identificação com cod de barras;
- ✓ Dispensação com Segurança, Disponibilidade, Agilidade e Eficiência;
- ✓ Rastreabilidade intra-hospitalar de toda dispensação;
- ✓ Conservação e controle de estoque;
- ✓ Recebimento e conferência mercadorias;
- ✓ Acompanhar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais adquiridos junto aos Fornecedores;
- ✓ Lançamento de produtos no estoque;
- ✓ Realizar inventários/conferências dos materiais em estoque e balancetes físico-contábil.
- ✓ Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- ✓ Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- ✓ Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- ✓ Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- ✓ Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.
- ✓ Planejar e controlar o estoque de materiais
- ✓ Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares,
- ✓ Realizar mensalmente, inventários/conferências dos materiais em estoque
- ✓ Acompanhar/Supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais adquiridos junto aos fornecedores e montar/Instruir processo e
- ✓ Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pelo ISMS, com acompanhamento do consumo deles;

Para assegurar adequado desempenho do **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN**, ele precisa estar adequado conforme as orientações legislativas e com fluxos claros pré-estabelecidos pela gestão da área.

Um dos pontos mais importantes do Almoxarifado é seu espaço, o qual deve ser pensado, planejado e organizado para obter o máximo de aproveitamento de sua área total, pois isto determinará toda a estratégia de compra, estocagem e distribuição.

O Almoxarifado deverá ser um local limpo, seguro, de fácil acesso e arejado, conforme RDC 430/2020, que garanta a conservação dos materiais, bem como, deverá ser organizado de tal forma que haja maximização do espaço, a garantia de segurança para os materiais estocados e a fácil circulação interna. O setor deverá assegurar que os itens sob sua responsabilidade estejam na quantidade devida, no local certo, sempre que necessário; impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza; preservar a qualidade e as quantidades exatas; possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente; garantir adequadas formas de armazenamento dos diversos itens. Os materiais serão controlados por servidores responsáveis por sua guarda e administração, através de sistema informatizado.

A organização do espaço do Almoxarifado e CAF, entre outras diretrizes, devem prever:

- ✓ Tipo, quantidade, peso e volume dos materiais a armazenar;
- ✓ A natureza dos produtos: inflamáveis, alimentícios, farmacêuticos, papelaria etc.;
- ✓ Os materiais não poderão ser armazenados diretamente em contato com o chão, devendo fazer uso de prateleiras e paletes;
- ✓ Os materiais não poderão ser armazenados em contato com parede e tetos;
- ✓ Altura máxima das pilhas, conforme embalagem, e estantes;
- ✓ Os meios de transporte interno e espaços necessários ao seu trânsito;
- ✓ As áreas destinadas ao recebimento e expedição;
- ✓ As variações de temperatura e ambiente, respeitando normas vigentes;
- ✓ A iluminação artificial e natural da área;
- ✓ A efetivação dos processos de prevenção a incêndio;
- ✓ Sinalização e outras medidas de segurança do pessoal

- **ATIVIDADES**

O Almoxarifado/CAF abrangem as atividades de recebimento, armazenagem, distribuição e controle, conforme discriminado a seguir.

Recebimento

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais estará em módulo

de um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e será caracterizado como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder à conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder à conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material para estoque no Almoxarifado.

O recebimento compreende quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

- Entrada de materiais
- A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:
 - a) A recepção dos veículos transportadores;
 - b) A triagem da documentação suporte para o recebimento;
 - c) Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
 - d) Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
 - e) Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
 - f) Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.
- Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

- Conferência quantitativa
- É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.
- Conferência qualitativa
- Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.
- Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- a) Liberação de pagamento ao fornecedor;
- b) Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- c) Devolução de material ao fornecedor;
- d) Reclamação de falta ao fornecedor;
- e) Entrada do material no estoque.

Rotina - Recebimento De Produtos Estocáveis

1. OBJETIVOS

Assegurar a legalidade e a qualidade, conforme padrão aprovado, no recebimento dos medicamentos (incluindo termolábeis) e demais produtos.

2. CAMPOS DE APLICAÇÃO

Unidade de CAF Almojarifado

3. REFERÊNCIAS

Para elaboração desta Rotina foram utilizadas como referência legislação, normas técnicas e regulamentações vigentes que regem a prestação de serviços em Unidades de Saúde, como:

Boas práticas de recebimento de medicamentos. Ministério da Saúde, 1989; Legislação, Normas Técnicas e Regulamentações Vigentes que regem a prestação de serviços em unidades de saúde.

4. DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

- **DANFE** - Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica;
- **NF** - Nota Fiscal;
- **EC** - Espelho cego
- **OC** - Ordem de Compras;
- **°C** - Graus Celsius

Inspeção de qualidade – Conjunto de medidas destinadas a garantir, a qualquer momento, durante o processo de recebimento, estocagem e distribuição, as características originais do produto.

Medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Medicamentos de Controle Especial - medicamentos entorpecentes ou psicotrópicos e outros relacionados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em especial pela Portaria nº SVS/MS 344/98 e suas alterações, capazes de causar dependência física ou psíquica.

Partida ou lote – Quantidade de um medicamento ou produto que se produz em um ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade.

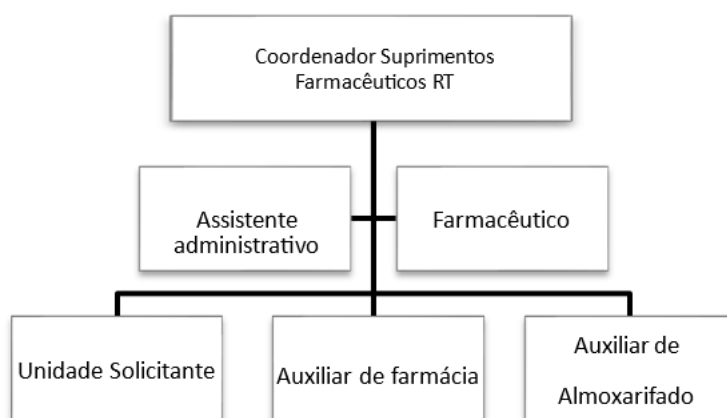
Número do lote – Designação impressa no rótulo e na embalagem de medicamentos, que permita identificar a partida, série ou lote a que pertencem, para em caso de necessidades, localizar e rever todas as operações de fabricação e inspeção praticadas durante a produção.

Rótulo – Identificação impressa ou litografada, bem como dizeres pintados ou gravados a fogo, pressão, ou decalco, aplicada diretamente sobre recipiente, vasilhames, invólucros, envoltórios ou qualquer outro protetor de embalagem.

Produto Médico - equipamento, aparelho, material, artigo ou sistema de uso ou aplicação médica, odontológica ou laboratorial, destinado à prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou anticoncepção e que não utiliza meio farmacológico, imunológico ou metabólico para realizar sua principal função em seres humanos, podendo, entretanto, ser auxiliado em suas funções por tais meios.

Quarentena (Segregado) - retenção temporária de matéria-prima, produtos acabados ou insumos farmacêuticos ativos, isolados fisicamente ou por outros meios que impeçam a sua utilização, enquanto aguardam decisão de aprovação, rejeição ou repro- cessamento.

5. ORGANOGRAMA APLICAVEL AO SERVIÇO



6. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DOS RESPONSÁVEIS

AÇÃO	AGENTE
Atender o fornecedor por ordem de chegada e pedir para o mesmo aguardar.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Entregar a Nota Fiscal (N.F) para auxiliar administrativo para fazer a conferência da mesma junto à Ordem de Compra (O.C.)	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Entregar o espelho cego impresso no sistema para o Auxiliar de almoxarifado / farmácia, para que o mesmo realize a conferência dos produtos (conferência cega).	Auxiliar Administrativo
Conferir volumes e conteúdo das caixas e especificações que o fabricante recomenda para o manuseio do produto.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Verificar se a embalagem está íntegra, inclusive no caso de embalagens que utilizam lacres.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Se o medicamento for refrigerado o Auxiliar de Farmácia terá que utilizar o termômetro a laser para fazer a aferição da temperatura, carimbar e anotar a temperatura que foi medida no impresso próprio.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Caso a temperatura não estiver dentro da ideal (2°C a 8°C) notificar o setor de compras local, via e-mail, e devolver o medicamento (conforme descrito na Rotina de Devolução, com Carta de Devolução).	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Se o medicamento for psicotrópico/oncológico, solicitar a presença do farmacêutico, para que ele realize a conferência.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar

AÇÃO	AGENTE
	de farmácia
Verificar o lote, data de validade, quantidade e integridade dos medicamentos e anotar no espelho cego.	Auxiliar de Almoarifado/ Auxiliar de farmácia
Conferir o espelho cego preenchido pelo Farmacêutico/ Auxiliar de farmácia/almoarifado com a quantidade/lote e validade registrados na nota fiscal.	Auxiliar Administrativo
Notificar ao gestor imediato os casos de medicamentos com o vencimento no período abaixo de 12 meses da data do recebimento. Abaixo de 06 meses deverá ser recebido apenas com autorização da gerência de Suprimentos.	Auxiliar de Almoarifado/ Auxiliar de farmácia
Solicitar a Unidade de Compras, uma carta de comprometimento para troca por validade dos itens com o vencimento abaixo de 06 meses da data do recebimento se autorizado pela Gerência de Suprimentos, junto ao fornecedor.	Auxiliar Administrativo
A carta de comprometimento deve ser encaminhada pelo fornecedor para o comprador pleno, para conhecimento e arquivo.	Auxiliar Administrativo
Fazer a avaliação do fornecedor através do preenchimento de formulário específico, que está disponível no recebimento.	Auxiliar Administrativo
Carimbar, assinar, datar e devolver o canhoto para o transportador e no corpo da N.F. preencher o carimbo de recebimento.	Auxiliar de Almoarifado/ Auxiliar de farmácia
O auxiliar administrativo anexa à N.F. a referida O.C. e emite via internet a autorização de NF eletrônica (DANFE), para pagamento e entrega a contabilidade para validação.	Auxiliar Administrativo
Para medicamentos controlados pela Port. 344/98/, estes deverão ser enviados à farmácia juntamente com uma cópia da O.C. e da N.F. de origem, acusando o recebimento em caderno de protocolo. Estes medicamentos devem ser recebidos exclusivamente pelo farmacêutico	Farmacêutico
Avaliar e Validar a Nota Fiscal para enviar para pagamento.	Auxiliar Administrativo
Enviar a Nota Fiscal para pagamento.	Auxiliar Administrativo

AÇÃO	AGENTE
Arquivar uma cópia da NF no CAF, em pasta previamente identificada e organizada por data – mês a mês.	Auxiliar Administrativo
Armazenar os produtos recebidos nos locais apropriados para dispensação após o lançamento para a situação definitivo e de acordo com as normas vigentes	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia
Conferir e receber insumos, somente com OC liberada no sistema assinada. Fica vedado o recebimento sem OC.	Auxiliar de Almoxarifado/ Auxiliar de farmácia

7. DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

• HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

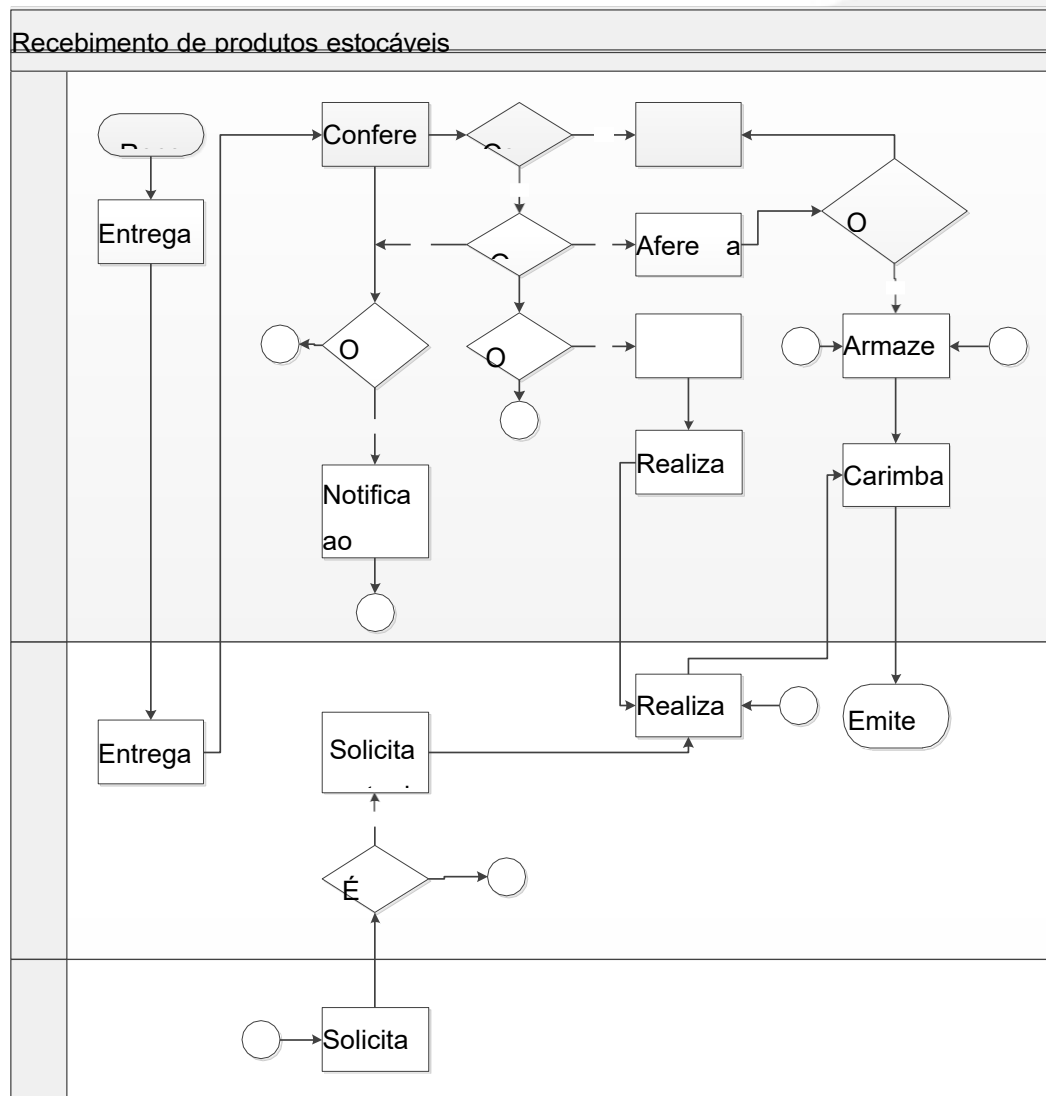
O recebimento é realizado no horário comercial.

LOCAL	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO
Almoxarifado / CAF (recebimento)	Segunda a Sexta das 08 às 17 horas

CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS

Os recebimentos são realizados em área específica, os itens recebidos são submetidos a uma conferência física e fiscal no ato do recebimento

FLUXOGRAMA DO SERVIÇO



Recursos Materiais E Técnicos Que Serão Utilizados Diretamente Na Prestação Dos Serviços

- Computador
- Impressora
- Termômetro Digital
- Carro Plataforma
- Elevador
- Telefone
- Acesso a empresa terceira
- Sistema informatizado PR/TASY
- Ordem de compras
- Nota Fiscal

Descrição Da Norma De Conduta Do Colaborador

Considerações Gerais

A fim de que seja observada as diretrizes de compras (sob responsabilidade do Poder Concedente), em conformidade com o caderno técnico, deverá ser realizada interface entre as partes, para definição dos documentos que normatizarão o processo de recebimento, dentre os quais:

O documento que valida à entrada de qualquer produto dentro da instituição é a OC (Ordem de Compras)

No ato da entrega do produto, como a nota fiscal, que contém as informações da empresa que está realizando a entrega, com as informações da instituição que está recebendo, bem como informações do produto como preço e quantidade, lote, validade.

Tratativa das inconsistências com os produtos, tais como: prazo de validade, lote, preço, marca quantidade, embalagem e temperatura.

A área de recebimento deve ser separada da área de armazenamento. As entradas de medicamentos devem ser examinadas quanto à documentação e fisicamente inspecionadas para se verificar suas condições, rotulagem, tipo e quantidade.

Se for o caso de recebimento de um produto com mais de uma validade e/ou lote de fabricação, ele deve ser subdividido e estocado separadamente, seguindo o conceito PEPS (primeiro que expira é o primeiro que sai).

Deve existir harmonização nas condições de transporte, armazenamento e distribuição com as condições estabelecidas pelo fabricante.

É vetado o transporte de medicamentos junto com produtos de limpeza, radioativos ou tóxicos (inseticidas, detergentes, lubrificantes, agrotóxicos e outros).

Os veículos devem estar em condições sanitárias e possuir um programa de limpeza.

As diretrizes de gestão pela qualidade visam garantir que os produtos farmacêuticos disponham de registro no Ministério da Saúde e um sistema que permita a reconstituição de sua trajetória, para localização imediata em um processo de interdição, recolhimento ou devolução; que tenham condições adequadas de armazenamento, transporte e movimentação da carga, além de rotatividade adequada e a certeza de que os produtos certos estejam sendo fornecidos aos destinatários certos.

Produtos adulterados e falsificados

Caso sejam identificados produtos farmacêuticos adulterados, falsificados ou suspeitos, estes devem ser imediatamente separados dos demais produtos. As ocorrências devem ser registradas e notificadas no CVS (Centro de Vigilância Sanitária), informando o nº do lote, sendo encaminhadas à autoridade competente e às unidades que receberam o produto.

Devolução de Mercadorias ao Fornecedor

O medicamento ou material hospitalar deverá ser devolvido no ato do recebimento ao fornecedor, mediante Carta de Devolução, com descrição do motivo da devolução, especificações da nota fiscal, como número, série, data de emissão, código do produto, descrição do produto, valor unitário, valor total e demais informações pertinentes da nota fiscal.

Observação - Caso o medicamento ou material hospitalar seja entregue por transportadora (que não transporta materiais de devolução parcial), deve-se fazer a Carta de Devolução, com descrição do motivo da devolução, especificações da Nota Fiscal, como número, série, data de emissão, código do produto, descrição do produto, valor unitário, valor total e demais informações pertinentes à Nota Fiscal, e o material permanecerá no almoxarifado até a retirada pelo fornecedor.

Descrição Das Normas De Medidas Preventivas Para Acidentes

Não foi detectada a existência de risco ocupacional ou risco de acidente ao colaborador para a realização das tarefas descritas nesta presente rotina.

PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Plano de Educação Continuada tem como o principal objetivo propiciar à equipe reciclagem constante visando a atualização dos conhecimentos técnicos e dos trabalhos a serem realizados,

para que os colaboradores possam exercer suas atividades de forma mais efetiva e eficaz. O Plano está estruturado através de treinamento teórico, avaliação pós-treinamento e monitoramento.

PLANO DE EMERGÊNCIA

Quaisquer acontecimentos detectados que possam afetar a prestação dos serviços deverão ser informados, em tempo real ao gestor imediato da unidade ou representante, e deverá ser colocado em prática o Plano de Emergência e Contingência para a dada intercorrência a fim de assegurar a correta continuidade da presente rotina.

LEGISLAÇÃO

Boas práticas de recebimento de medicamentos. Ministério da Saúde, 1989.

Armazenagem

A guarda dos materiais no Almoxarifado/ CAF obedece a cuidados especiais que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição;
- Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:
- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

Distribuição

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

Controle (Escrituração)

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

Normas para o Almoxarifado

- O horário de trabalho estabelecido deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Coordenador Administrativo da unidade;
- Os documentos inerentes ao Serviço, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Coordenação.
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

NORMAS TÉCNICAS

Normas técnicas para estocagem de gêneros

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;

- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40 cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10 cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;

- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;
- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deverá ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;

- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas “armadas”;
- pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

Rotina - Boas Práticas de Armazenamento De Produtos

Padronizar os procedimentos de armazenamento de produtos visando assegurar as boas práticas de armazenamento definidas em legislação.

DEFINIÇÃO E SIGLAS

Armazenamento: Guarda, manuseio e conservação segura de produtos;

BOAS PRÁTICA DE DISTRIBUIÇÃO (BPDA): Conjunto de ações que asseguram a qualidade de um medicamento por meio do controle adequado durante o processo de distribuição e armazenagem, bem como fornecem ferramentas para proteger o sistema de distribuição contra medicamentos falsificados, reprovados, ilegalmente importados, roubados, avariados e/ou adulterados.

PRODUTOS HOSPITLARES: São todos os materiais que de alguma forma podem ser considerados como apoio do trabalho do médico ou profissional de saúde. Eles ajudam na fase de diagnóstico, avaliação, controle da saúde do paciente.

O processo de armazenamento correto tem como finalidade assegurar e garantir a qualidade dos produtos estocados.

SÃO NECESSÁRIOS ALGUNS MATERIAS PARA O ARMAZENAMENTO ADEQUADO:

Estrados ou Pallets: São plataformas horizontais de tamanhos variados e de fácil manuseio, ideais para grandes volumes. Podem ser de inúmeros tipos de materiais, tais como madeira, plástico, borracha e alumínio. Os de madeira tratada são os mais utilizados, porém estes absorvem bastante umidade e poeira, por isso, o ideal é utilizar os de plástico que são mais fáceis de limpar. O empilhamento dos produtos deve obedecer às recomendações dos fabricantes quanto ao limite de peso e quantidade de volumes a serem empilhados (normalmente essa informação consta na caixa). Os produtos empilhados devem ser amarrados conforme orientação da empresa e devem ter uma distância entre eles, das paredes e do teto.

Prateleiras: São meios de armazenamento mais econômico e simples também. Sua utilização é direcionada para produtos leves e estoques reduzidos. As prateleiras devem manter determinada distância das paredes e do teto, a fim de evitar zonas de calor e facilitar a circulação interna do ar.

Armários: Em geral são recomendados para o armazenamento de medicamentos de controle especial, conforme a Portaria 344/98. O exercício da atividade de armazenamento de medicamentos dispõe das áreas disponíveis:

- Área de recebimento e expedição;
- Área de armazenagem geral de medicamentos;
- Área de armazenagem de medicamentos em quarentena, vencidos e recolhidos;
- Área de armazenagem de medicamentos sujeitos ao regime de controle especial (Portaria 344/98);
- Área de armazenagem de materiais hospitalares, materiais de expediente, materiais de escritório, materiais de limpeza.

Estabilidade dos medicamentos: É o período no qual o medicamento mantém suas características físicas, químicas e farmacológicas e pode ser classificada em:

Química: substância (s) ativa (s) do medicamento, importante manter a integridade e intensidade original, conforme declaração no rótulo.

Física: entende-se por propriedade física a aparência, cor, sabor, odor, pH, viscosidade, dureza, uniformidade etc. e essas deverão permanecer inalteradas.

Microbiológica: medicamentos deverão continuar com a sua eficácia original, tornando- os estéreis ou resistentes ao crescimento de microrganismos sem afetar sua função.

Terapêutica: deve-se manter a atividade terapêutica do medicamento inalterada.

Toxicológica: a toxicidade dos medicamentos deverá se manter extremamente baixa ou inalterada.

FATORES EXTRÍNCICOS QUE AFETAM A ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS:

Estão todos relacionados às condições ambientais e que dentro de um armazém podem ser controlados e principalmente, monitorados:

Temperatura: é a responsável direta pelo maior número de alterações e/ou deteriorações nos medicamentos. Temperaturas fora do padrão pré-estabelecido não são

indicadas, porque aceleram a indução de reações químicas e a decomposição dos medicamentos, alterando sua eficácia

Umidade: o alto índice de umidade no ambiente pode afetar a estabilidade dos medicamentos (dependendo da sua forma), favorecendo também o crescimento de fungos e bactérias no produto, causando possíveis reações químicas.

Luminosidade: o ambiente onde serão armazenados os medicamentos deverá, de preferência, ter uma iluminação natural adequada ou iluminação artificial com lâmpadas fluorescentes. Não permitir a incidência de raios solares sobre os medicamentos, pois haverá a aceleração de reações químicas, adulterando a estabilidade deles.

Ventilação: a circulação do ar no ambiente de armazenagem deve ser mantida para conservar bem os produtos. Em caso de temperaturas naturais, a estocagem deve ter espaçamento adequado entre os produtos e o local deve ter janelas ou elementos vazados que facilitem a ventilação natural. Já os ambientes com temperaturas abaixo ou acima do ambiente (câmaras e estufas) faz-se necessário uma boa distribuição dos medicamentos nesses espaços para que ocorra a circulação correta do ar (quente ou frio).

Nota 01: A calibração do termo-higrômetro tem como objetivo estabelecer uma relação entre os valores indicados pelo instrumento e os valores indicados por um padrão de referência, permitindo ao usuário saber com precisão os valores de temperatura e umidade do ambiente onde esses instrumentos se encontram.

SIGLAS:

BPDA– Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem

DCB – Denominação Comum Brasileira

PEPS – Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

OS – Ordem de Serviço

ABRANGÊNCIA

1. Almoxarifado e CAF
2. Farmácia Central e Satélites

PROCEDIMENTOS

- Recebimento de produtos no Almoxarifado Central e Farmácia Central e CAF:
Responsáveis: Farmacêutico, Auxiliar de Almoxarifado, Auxiliar de farmácia
- Checar as condições de armazenagem, incluindo requerimentos especiais de temperatura, umidade ou exposição à luz;

- Checar temperatura de medicamentos termolábeis conforme especificação (2°C e 8°C), utilizando termômetro infravermelho;
- Estocar medicamentos de maior volume embalados em caixas de papelão sobre pallets de madeira tratada ou plástico ou prateleiras de aço que permitam a limpeza e não constitua fonte de contaminação;
- Respeitar a capacidade máxima de empilhamento das caixas, conforme informação do fabricante, a fim de preservar os produtos estocados, as pilhas devem estar a uma distância mínima de 50 cm das paredes do estoque, devem estar distantes do teto, não devem estar em locais de incidência direta da luz solar, possibilitando assim a ventilação dos produtos, evitando umidade e facilitando o combate a possíveis incêndios;
- Distribuir as pilhas de forma que elas não obstruam o caminho, facilitando o acesso às portas e equipamentos de emergência como extintores de incêndio.
- Assegurar a segurança dos locais de armazenamento não permitindo a entrada de pessoas não pertencentes ao setor

ARMAZENAGEM DE MATERIAS MÉDICO HOSPITALAR:

Nota 02: As prateleiras/bins são identificadas conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), os produtos são identificados via sistema com “RUA” “PRATELEIRA” e “CAIXA” permitindo assim maior segurança e agilidade na guarda.

Organizar os materiais nas prateleiras, bins e armários;

Obedecer ao endereçamento a fim de evitar troca e localização inequívoca dos quantitativos armazenados.

ARMAZENAMGEM DE MEDICAMENTO COMUM FARMACÊUTOCO, AUXILIAR DE FAMARMÁCIA.

Nota 03: As prateleiras/bins são identificadas conforme DCB, os produtos são identificados via sistema com “RUA” “PRATELEIRA” e “CAIXA” permitindo assim maior segurança e agilidade na guarda.

Organizar os medicamentos nas prateleiras/bins por forma farmacêutica (por exemplo, ampolas, comprimidos, multidoses etc.) e dentro de cada forma farmacêutica seguir a **ordem alfabética** (da esquerda para direita) pela DCB;

Ordenar os medicamentos seguindo o sistema PEPS (Primeiro que Expira é o Primeiro que Sai);

Estocar os soros e medicamentos que não caibam nos bins de forma que não fique em contato com caixas de papelão, respeitando as boas práticas de armazenagem;

Manter os locais de armazenagem/estocagem limpos, isentos de pó e contaminação.

ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL – PORTARIA 344/98 FARMACÊUTICO, AUXILIAR DE ALMOXARIFADO

Armazenar os medicamentos sujeitos a controle especial (Portaria 344/98) em armários com cadeado;

Organizar os medicamentos nos bins por forma farmacêutica (por exemplo, ampolas, comprimidos, multidoses etc.) e dentro de cada forma farmacêutica seguir a ordem alfabética (da esquerda para direita) pela DCB;

Ordenar os medicamentos nas prateleiras/bins, seguindo o sistema PEPS;

Obedecer ao endereçamento lógico a fim de evitar troca e localização inequívoca dos quantitativos armazenados.

Nota 04: O local de armazenagem de medicamentos sujeitos a controle especial é de acesso restrito, ou seja, apenas profissionais autorizados podem entrar e ter acesso ao estoque, de acordo com as exigências da portaria 344/98. Profissionais autorizados: auxiliar de almoxarifado responsável pelo setor e farmacêuticos. Todas as atividades relacionadas ao recebimento, conferência, armazenamento e dispensação de medicamento controlado é supervisionada pelo farmacêutico.

ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS TERMOLÁVEIS:

RESPONSÁVEIS: FARMACÊUTICO, AUXILIAR DE ALMOXARIFADO.

Armazenar os medicamentos termolábeis em refrigeradores ou câmaras frias com temperatura controlada de 2° a 8 °C, de acordo com as recomendações do detentor de registro;

Ordenar os medicamentos nos bins, seguindo o sistema PEPS;

Realizar a verificação da temperatura das geladeiras e da temperatura ambiente conforme o horário de funcionamento dos setores, a fim de garantir a estabilidade dos medicamentos. (Anexos 1 e 2)

CALIBRAÇÃO DE TERMO-HIGRÔMETRO – FARMACÊUTICO ENCARREGADO

- Acessar o Sistema PR/TASY e logar a senha de acesso;
- Acessar o ícone da Manutenção;
- Preencher a Ordem de serviço solicitando a Calibração de termo-higrômetro;
- Anotar o número da OS;
- Acompanhar o atendimento e finalização da OS.

Nota 04: O setor de Engenharia Clínica é responsável pela calibração e gerenciamento do cronograma de manutenção dos equipamentos.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com a finalidade de garantir o cumprimento desse documento, a revisão compete as equipes do almoxarifado e farmácias e o gerenciamento das práticas padronizadas compete à Assistência Farmacêutica

As situações excepcionais não previstas no presente documento serão discutidas e solucionadas pelo farmacêutico (a) responsável bem como as respectivas áreas envolvidas.

É de responsabilidade de todas as lideranças e equipe multiprofissional o conhecimento, disseminação e cumprimento desse documento, orientando seus colaboradores quanto às exigências descritas no presente.

As revisões do documento serão feitas a cada 24 meses ou quando houver modificações nas instalações ou nos processos.

REFERÊNCIAS

Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos.,

Resolução RDC Nº 304, DE 17 DE SETEMBRO DE 2019

Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-304-de-17-de-setembro-de-2019-216803526> Acesso em 09 de maio de 2022.

Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde.

RESOLUÇÃO RDC Nº 509, DE 27 DE MAIO DE 2021.

Disponível

em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-509-de-27-de-maio-de-2021-323002855>. Acesso em 09 de maio de 2022.

Implementação da Unitarização de Medicamentos

FRACIONAMENTO DE MEDICAMENTOS

I - OBJETIVO

Estabelecer e padronizar as rotinas de fracionamento de medicamentos em partes individualizadas, visando atender à quantidade solicitada pela prescrição médica, mantendo a rastreabilidade e o uso racional.

II- DEFINIÇÕES E SIGLAS

Fracionamento: Procedimento que integra a dispensação de medicamentos na forma fracionada efetuado sob a supervisão e responsabilidade de profissional farmacêutico habilitado, para atender à prescrição. Caracterizado pela subdivisão de um medicamento em frações individualizadas, a partir de sua embalagem original, sem rompimento da embalagem primária, mantendo seus dados de identificação.

Dose unitária: Adequação da forma farmacêutica à quantidade correspondente à dose prescrita, preservadas suas características de qualidade e rastreamento.

Embalagem original: Embalagem aprovada junto ao órgão competente.

Embalagem primária fracionada: Menor fração da embalagem primária fracionável que mantenha a qualidade e segurança do medicamento, os dados de identificação e as características da unidade posológica que a compõem, sem o rompimento da embalagem primária.

Siglas:

Cód: Código

IT: Instrução de Trabalho Quant: Quantidade

Impr: Imprimir

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

III - ABRANGÊNCIA

CAF e Farmácia Psicotrópico - Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN

IV - PROCEDIMENTOS

1 - Higienização do local de trabalho Auxiliar de almoxarifado

Higienizar as mãos,

Usar obrigatoriamente máscara e touca;

Higienizar e desinfetar as mesas, bancadas, bandejas e demais acessórios com auxílio de álcool 70% e toalha descartável.

UNITARIZAÇÃO (FORMA FARMACÊUTICA SÓLIDA) AUXILIAR DE FARMÁCIA

Abrir ordem de produção (Anexo 1) manual para cada item a ser unitarizado e preencher os dados: Estoque;

Data;

Descrição do produto;

Lote, Validade e Fabricante; e Quantidade de item a ser unitizado.

Emitir etiqueta no sistema TASY/PR, “Etiqueta do produto” e preencher dados:

Estoque;

Selecionar “Imprimir para Padrão” – Impressora zebra; Selecionar o tipo de etiqueta

Produto – inserir cód. TASY/ PR Unidade da etiqueta;

Quantidade padrão (número padrão 1); Lote, validade;

Quantidade de etiquetas;

Direcionar para bandeja a etiqueta juntamente com o item a ser unitarizado.

Higienizar as mãos;

Preparar o produto para unitarização (forma farmacêutica comprimido); Pegar bandeja;

Separar uma amostra da embalagem primária, anexar a ordem de produção, retirar todos os blisters das caixas, realizar a contagem dos medicamentos que serão fracionados; Cortar os blisters deixando os comprimidos de forma individual;

1 Realizar amostragem para controle de qualidade Farmacêutico

Retirar 08 amostras de embalagem para que não haja impressões do item feito anteriormente;

Destacar a última impressão da sequência;

Anexar a ordem de produção e encaminhar ao farmacêutico para conferência; Higienizar as mãos;

Farmacêutico

Conferir a amostra da embalagem anexa com a ordem de produção e confrontar com as informações da emissão de etiqueta;

Conferir Nome do medicamento, dosagem, via de administração, laboratório, validade, lote, código TASY/PR e código de barras;

Assinar e carimbar a ordem de produção.

Resultado Esperado – Unitarização de Medicamentos (Resumo)

- **Aumento da segurança do paciente**, com redução de erros de medicação.
- **Rastreabilidade total** dos medicamentos por código de barras ou QR Code.
- **Redução de perdas e desperdícios**, com dispensação exata por dose.

- Otimização dos processos operacionais, com mais agilidade e padronização.
- Conformidade com normas da ANVISA e exigências sanitárias.
- Melhoria na qualidade assistencial e controle do uso de medicamentos

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Com a finalidade de garantir o cumprimento e o gerenciamento das práticas padronizadas desse documento, a revisão compete à equipe da Assistência Farmacêutica e demais áreas envolvidas.

As situações excepcionais não previstas no presente documento serão discutidas e solucionadas pelo farmacêutico em conjunto com as respectivas áreas envolvidas.

É de responsabilidade de todas as lideranças de equipe multiprofissional o conhecimento e comprometimento com esse documento, orientando seus colaboradores quanto as exigências descritas no presente.

As revisões do documento serão feitas a cada 24 meses ou quando houver modificações nas instalações ou nos processos.

REFERÊNCIAS

- RDC nº 658/2022 – ANVISA
- RDC nº 471/2021 – ANVISA
- RDC nº 67/2007 – ANVISA
- Resolução CFF nº 300/1997 – Conselho Federal de Farmácia
- Norma ABNT NBR ISO 9001
- Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – MS / ANVISA

Identificação e Rastreabilidade de Medicamentos

Objetivo

Garantir a rastreabilidade total dos medicamentos desde a entrada no almoxarifado até a administração ao paciente, promovendo segurança, controle de estoque e conformidade com normas sanitárias.

Atividades implantadas para planejamento e Mapeamento do Fluxo Logístico

Objetivo: Entender o ciclo completo dos medicamentos dentro da instituição para adequação da rastreabilidade nas unidades de estoque de medicamento e unidades de internação.

Atividade:

- Realizar diagnóstico do fluxo atual de medicamentos e insumos.

- Mapear pontos críticos de controle (recebimento, armazenamento, dispensação, administração).
- Identificar sistemas já utilizados e definir os pontos de integração tecnológica.

Implementação de Sistema de Rastreabilidade por Lote e Validade

Objetivo: Rastrear e controlar cada lote de medicamento, com validade e localização dentro da cadeia interna.

Atividade:

- Configurar o sistema para registrar número de lote e validade de cada item.
- Integrar o sistema de estoque com os dados de lote e movimentação interna.
- Aplicar filtros de controle por vencimento e alertas automáticos.

Controle por Paciente (Administração Segura)

Objetivo: Registrar de forma automatizada os medicamentos administrados a cada paciente.

Atividades:

- Desenvolver ou adaptar o prontuário eletrônico para receber leitura dos códigos dos medicamentos.
- Associar cada código escaneado ao prontuário e horário da administração.
- Permitir rastreabilidade retroativa em casos de farmacovigilância ou auditorias.

Implementação de Tecnologia RFID

Objetivo: Automatizar a identificação de produtos e reduzir falhas humanas.

Atividades:

- Instalar leitores RFID nos pontos estratégicos (entrada, dispensário, enfermagem).
- Etiquetar produtos com tags RFID, conforme categoria e sensibilidade.
- Integrar o sistema RFID com o ERP institucional e software de prescrição.

Capacitação e Monitoramento

Objetivo: Garantir que todos os envolvidos compreendam e operem corretamente os sistemas.

Atividades:

- Garantir treinamentos de educação continuada para farmácia, almoxarifado e CAF
- Criar manual de uso e protocolos operacionais padrão (POP).

- Monitorar e auditar os dados de rastreabilidade para melhorias contínuas.

Para as unidades de estoque e unidades de internação do **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN** que armazene ou dispense medicamentos, as diretrizes acima serão norteadas conforme legislação vigente, para garantir a segurança do paciente, reduzir perdas, prevenir erros de medicação e atender às auditorias sanitárias.

Referência:

- Lei nº 13.021/2014 – Exercício e fiscalização das atividades farmacêuticas
- Lei nº 6.360/1976 – Vigilância sanitária de medicamentos;
- RDC nº 319/2019 – Rastreabilidade de Medicamentos
- RDC nº 430/2020 – Boas Práticas de Armazenamento e Transporte
- RDC nº 658/2022 – Boas Práticas para Serviços de Saúde
- ABNT NBR 14608:2007 – Armazenamento de Produtos para Saúde

Instrução De Trabalho Para Rastreabilidade De Lote E Validade Do Processo De Recebimento Até A Administração Do Medicamento

Objetivo: Estabelecer as diretrizes e procedimentos para garantir a rastreabilidade de medicamentos, desde o processo de recebimento até a administração no paciente, assegurando que os lotes e as datas de validade sejam devidamente monitorados e controlados ao longo de toda a cadeia de distribuição.

Aplicabilidade

Esta Instrução de Trabalho (IT) aplica-se a todos os colaboradores envolvidos no processo de recebimento, armazenamento, distribuição e administração de medicamentos de suprimentos, do **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN**

Definições

- **Rastreabilidade:** Processo de acompanhamento e verificação dos medicamentos, desde a sua aquisição até a administração no paciente, garantindo a identificação do lote e validade.
- **Lote:** Conjunto de unidades de medicamentos fabricados sob condições e processos uniformes, identificado por um número único de lote.
- **Validade:** Data limite até a qual o medicamento pode ser utilizado, após a qual sua segurança e eficácia não podem ser garantidas.

- **Administrar Medicamento:** Ato de fornecer ao paciente o medicamento prescrito, conforme a dosagem e via de administração.

Responsabilidades

- **Setor de Compras:** Responsável pela aquisição dos medicamentos e pela verificação de fornecedores confiáveis.
- **CAF recebimento de medicamentos:** Responsável pela conferência e registro do lote, validade e quantidade no momento do recebimento.
- **CAF armazenamento:** Responsável por armazenar os medicamentos conforme as condições adequadas e garantir o controle da validade e rastreabilidade.
- **Farmácia/Distribuição:** Responsável pela distribuição dos medicamentos para as unidades assistenciais, garantindo a correta identificação de lotes e validade.
- **Profissionais de Saúde (Médicos, Enfermeiros):** Responsáveis pela administração dos medicamentos aos pacientes, assegurando a rastreabilidade da dose e do lote.

Materiais Necessários

- Medicamentos a serem recebidos
- Sistema de gestão de inventário ou controle
- Etiquetas com informações de lote e validade
- Scanner de código de barras (se aplicável)
- Registros de controle de estoque
- Equipamentos para armazenamento adequado (prateleiras, geladeiras, etc.)

Procedimentos

Recebimento de Medicamentos

Verificação do Pedido: O setor de compras deve verificar a ordem de compra e os detalhes dos medicamentos adquiridos, incluindo o nome, a quantidade, o lote e a validade.

Conferência de Medicamentos:

Ao receber os medicamentos, o responsável pelo recebimento deve conferir a documentação fornecida pelo fornecedor (nota fiscal) com os medicamentos entregues.

Verificar as informações dos lotes, datas de validade e integridade das embalagens.

Caso o medicamento seja recebido com defeito ou fora da validade, deve ser imediatamente rejeitado, e o fornecedor informado.

Registro de Lote e Validade:

Registrar todos os lotes e datas de validade no sistema de inventário ou planilhas de controle.

Etiquetar as embalagens com o código de barras e a data de validade, caso o fornecedor não tenha fornecido etiquetas adequadas.

No caso de recebimento de medicamentos em caixas múltiplas, os lotes devem ser registrados separadamente.

Armazenamento e Controle

Organização no Armazenamento:

Organizar os medicamentos de forma que os lotes com validade mais próxima fiquem à frente, facilitando seu uso dentro do prazo.

Garantir que medicamentos refrigerados sejam armazenados em temperaturas adequadas (se aplicável).

Verificação Contínua de Lote e Validade:

Realizar conferências periódicas (mensais ou trimestrais) de medicamentos estocados, verificando a validade e a integridade dos lotes.

Medicamentos com prazo de validade próximo devem ser priorizados para uso, conforme o princípio do "primeiro que vence, primeiro que sai" (PEPS).

Distribuição para as Unidades Assistenciais

Controle na Distribuição:

Antes de enviar os medicamentos para as unidades assistenciais, verificar novamente os lotes e as validades.

Gerar relatórios de controle com as informações do lote e validade, para garantir que cada unidade assistencial tenha acesso a essas informações.

Entrega e Conferência:

O responsável pela distribuição deve conferir os medicamentos com os lotes e validades corretos, utilizando registros no sistema de inventário.

O setor de farmácia ou distribuição deve entregar os medicamentos com todas as informações pertinentes, como lotes e datas de validade, para as unidades assistenciais.

Administração do Medicamento

Conferência Antes da Administração:

Os profissionais de saúde devem conferir os medicamentos antes da administração, garantindo que o lote e a validade do medicamento estão corretos.

Caso haja qualquer discrepância nos dados do lote ou validade, o medicamento não deve ser administrado e deve ser imediatamente reportado para o setor responsável.

Registro do Lote na Administração:

Registrar o lote e a data de validade do medicamento no prontuário do paciente ou em sistemas de controle, caso aplicável, para garantir a rastreabilidade completa do processo.

Se o medicamento for administrado com sucesso, o lote e a validade devem ser arquivados nos registros de controle para garantir a rastreabilidade futura.

Crítérios de Qualidade e Controle

Integridade do Medicamento: Todos os medicamentos devem ser conferidos quanto à integridade das embalagens e à ausência de contaminação ou danificação.

Validade: Garantir que nenhum medicamento seja administrado após a data de validade. O controle rigoroso de validade deve ser realizado em todas as etapas.

Rastreabilidade completa: Garantir que todos os lotes de medicamentos estejam registrados e rastreáveis desde o recebimento até a administração no paciente.

Considerações Finais

Treinamento: Todos os colaboradores devem ser periodicamente treinados sobre as boas práticas de rastreabilidade de medicamentos, com foco na conferência de lote e validade.

Auditorias: O setor de qualidade realizará auditorias regulares para garantir que os procedimentos de rastreabilidade estão sendo seguidos corretamente em todas as etapas.

Procedimentos de Emergência: Em caso de medicamentos fora da validade ou com lotes problemáticos, seguir o protocolo de recall ou devolução ao fornecedor, conforme orientações da Anvisa ou do fornecedor.

Medicamento De Alta Vigilância

OBJETIVO: Estabelecer os procedimentos para a identificação de medicamentos de alta vigilância (MAV), com o intuito de garantir a segurança dos pacientes **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN** para prevenir erros de medicação e promover o uso adequado desses medicamentos, que exigem maior atenção durante a administração.

2. DEFINIÇÕES:

Medicamento de Alta Vigilância (MAV): São medicamentos com maior potencial de causar danos graves ao paciente em caso de erro de administração, dose inadequada, ou interação medicamentosa. Esses medicamentos exigem vigilância rigorosa e medidas especiais de controle.

Classificação de Medicamentos de Alta Vigilância: Medicamentos classificados como MAV geralmente incluem:

Medicamentos com alto risco de toxicidade (ex.: quimioterápicos, anticoagulantes, insulina, opiáceos).

Medicamentos com efeitos adversos graves em doses terapêuticas.

Medicamentos sujeitos a erros de dosagem ou administração.

Medicamentos para doenças crônicas, onde a dose precisa ser ajustada com base na resposta clínica.

Identificação Visual: Medidas de identificação visuais incluem o uso de etiquetas específicas, cores ou alertas para garantir que os profissionais de saúde reconheçam rapidamente que estão lidando com um MAV.

3. RESPONSABILIDADES:

Farmacêutico CAF e Farmácia Central: Garantir a classificação adequada dos medicamentos, fornece informações sobre os riscos associados a cada MAV e treinar a equipe quanto aos procedimentos para a administração segura.

Equipe de Enfermagem: Verificar a correta administração dos medicamentos de alta vigilância, com o auxílio de sistemas de verificação, e monitorar a resposta do paciente após a administração.

Equipe Médica: Prescrever corretamente os medicamentos de alta vigilância, considerando os riscos e as condições do paciente.

Gestores e Supervisores de Unidades de Saúde: Garantir que todas as etapas do processo de identificação e administração de MAV sejam seguidas adequadamente.

PROCEDIMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA:

Identificação na CAF:

Classificação de Medicamentos:

A farmácia hospitalar e a unidade de distribuição de medicamentos (CAF) deve manter uma lista atualizada de medicamentos de alta vigilância.

Classificar os medicamentos com base nas diretrizes de segurança do hospital e na literatura científica sobre seus riscos.

Etiquetas e Sinalização: Todos os medicamentos identificados como MAV devem ser rotulados com etiquetas específicas e visíveis, que alertem os profissionais de saúde sobre a necessidade de vigilância extra.

Usar cores diferenciadas ou etiquetas com símbolos de alerta, conforme determinado pela instituição, para garantir que esses medicamentos sejam rapidamente reconhecidos.

Armazenamento:

Os MAVs devem ser armazenados em locais separados ou devidamente sinalizados dentro da farmácia central e CAF e nas unidades de saúde para evitar confusão com outros medicamentos.

Identificação no Leito (Unidades de Internação):

Rótulos Especiais:

Os medicamentos de alta vigilância deve ser rotulados na unidade de internação com alertas visíveis, indicando seu uso e os riscos envolvidos.

É fundamental que os enfermeiros e outros profissionais de saúde, ao receberem o medicamento, revisem a etiqueta para confirmar que o medicamento é um MAV.

Códigos de Barras ou Sistemas de Identificação Digital:

Implantar um sistema de leitura de códigos de barras ou outros sistemas de identificação digital nos medicamentos MAV para garantir que apenas os profissionais autorizados administrarem esses medicamentos.

Procedimentos de Administração: Verificação Dupla:

Implementar um sistema de verificação dupla (do médico e do enfermeiro) antes da administração de MAVs. Ambos devem confirmar o nome do medicamento, a dosagem, a via e o paciente antes de realizar a administração.

Monitoramento Pós-Administração:

Após a administração de um MAV, o paciente deve ser monitorado de perto, e qualquer sinal de reação adversa deve ser registrado e reportado imediatamente.

Documentação: Toda administração de MAV deve ser documentada corretamente, registrando os horários, doses, e qualquer evento adverso ocorrido. Isso deve ser feito no prontuário eletrônico ou em registros manuais, conforme a política da instituição.

5. MEDIDAS DE SEGURANÇA:

Treinamento Contínuo: Treinamentos regulares devem ser oferecidos a todos os profissionais de saúde para garantir que conheçam os medicamentos de alta vigilância, suas peculiaridades e como realizar a administração de forma segura.

Protocolos de Uso Seguro: A instituição deve ter protocolos claros sobre como administrar medicamentos de alta vigilância, desde a prescrição até a administração e monitoramento pós-administração.

Uso de Tecnologia: Sistemas informatizados podem ser utilizados para ajudar na gestão de MAVs, como alertas para prescrições incorretas ou doses erradas, e controle do estoque desses medicamentos.

Revisão e Auditoria: Procedimentos de revisão e auditoria periódica devem ser realizados para avaliar a conformidade com as diretrizes e identificar possíveis falhas no processo de administração de MAVs.

PROCEDIMENTO DE EMERGÊNCIA: Caso ocorram erros na administração de um medicamento de alta vigilância, a equipe deve seguir o protocolo de emergência estabelecido pela instituição, que inclui:

Notificação imediata ao médico responsável.

Registro de qualquer evento adverso ou reação inesperada.

Monitoramento intensivo do paciente.

Adoção de medidas corretivas conforme a situação (ex.: antídotos, ajuste de dosagem, observação em unidade de cuidados intensivos, etc.).

REGISTROS E DOCUMENTAÇÃO:

Registro no Sistema: Todos os procedimentos relacionados ao medicamento de alta vigilância (prescrição, verificação, administração, monitoramento, reações adversas) devem ser registrados no sistema eletrônico de prontuário do paciente ou em registros físicos conforme exigido pela instituição.

Análise de Eventos Adversos: Em caso de erro ou reação adversa, deve-se realizar uma análise detalhada para identificar a causa do erro e implementar ações corretivas e preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A correta identificação e administração dos medicamentos de alta vigilância são fundamentais para garantir a segurança do paciente. Este procedimento deve ser seguido rigorosamente por toda a equipe de saúde envolvida, minimizando riscos e promovendo a eficácia no tratamento.

Rotina – Medicamento De Alta Vigilância (Mav)

- **OBJETIVOS:** Normatizar as condutas de identificação e dupla checagem pelo setor da CA, Farmácia e Enfermagem nos momentos da separação e dispensação dos medicamentos, (anexo I)

Normatizar as condutas de dupla checagem pela enfermagem nos momentos do preparo e administração das **MAV** pactuados;

Definir responsabilidades.

DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

MAV – MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

- **RESPONSÁVEIS**
 - Validação: FARMACÊTICO RT CAF / Farmacêutico RT FARMÁCIA CENTRAL
 - Supervisão: Enfermeiro da unidade
 - Execução: Técnico / Auxiliar de Farmácia

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DOS RESPONSÁVEIS

AÇÃO	AGENTE
Registrar em livro de registro da CAF (Controle de unitarização) todos os medicamentos identificados como MAV . (anexo I)	Técnico de Farmácia/ Auxiliar de Farmácia
Identificar todos com etiqueta VEMELHA e colocar em saco plástico amarelo todos os medicamentos classificados como (MAV) solicitar nova conferência (DUPLA CHECAGEM)	Técnico de Farmácia/ Auxiliar de Farmácia
Armazenar em local apropriado todos os medicamentos identificados	Técnico de Farmácia/ Auxiliar de Farmácia
Separar os medicamentos (MAV) solicitados conforme requisição, solicitar nova conferência (DUPLA CHECAGEM)	Técnico de Farmácia/ Auxiliar de Farmácia
Enviar para as unidades ambulatoriais (CAF)	Técnico de Farmácia/ Auxiliar de Farmácia
Realizar a prescrição dos MAV contendo: nome genérico do medicamento; dose prescrita; diluente; volume de diluição; via de	

AÇÃO	AGENTE
administração; tempo de infusão; aprazamento ou horário (quando específico) e duração do tratamento (quando aplicável).	Médico
Realizar dupla checagem da prescrição e visitar a prescrição em campo próprio, identificando o profissional responsável pela dupla checagem;	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Verificar posologia, duração de tratamento, via de administração, diluente, volume de diluição, tempo de infusão, horário, interações, incompatibilidades	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Solicitar ao profissional colaborador que recheque o cálculo do medicamento, quando houver.	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Identificar os medicamentos preparados com os dados do paciente e do medicamento.	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Instalar o medicamento checando a via, o dispositivo e o gotejamento/vazão prescritos, quando for o caso, juntamente com outro profissional (DUPLA CHECAGEM).	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Profissional colaborador na dupla checagem – No verso da prescrição médica- registrar o nome, item e horário, fazer um visto sobre o horário e relatar o primeiro nome do profissional, de forma legível	Enfermeiro e/ou Técnico/Auxiliar de Enfermagem
Supervisionar o cumprimento das normas.	Farmacêutico RT da CAF e Farmácia Central

- DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Esta rotina deve ser realizada a qualquer momento do dia de segunda a segunda.

CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS

Área de administração de medicamentos

RECURSOS MATERIAIS E TÉCNICOS QUE SERÃO UTILIZADOS DIRETAMENTE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Prescrição médica

Etiqueta **VERMELHA** de identificação

Insumos Hospitalar

DESCRIÇÃO DA NORMA DE CONDUTA DO COLABORADOR

Considerações Gerais

O colaborador envolvido na rotina de separação / administração de MPP, deve ter conhecimento da rotina para a qual se propõe e a criticidade das ações.

Aspectos documentais a serem conferidos : Para realização da conferência, o auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem necessita portar as seguintes informações:

Prescrição Médica

Lista de todos os medicamentos potencialmente perigosos

DESCRIÇÃO DAS NORMAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ACIDENTES

Para evitar o risco de troca dos medicamentos na administração, o profissional deve solicitar a dupla checagem da prescrição e do medicamento separado para administração.

- PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Plano de Educação Continuada tem como o principal objetivo propiciar à equipe reciclagem constante visando a atualização dos conhecimentos técnicos e dos trabalhos a serem realizados, para que os colaboradores possam exercer suas atividades de forma mais efetiva e eficaz. O Plano está estruturado através de treinamento teórico, avaliação pós-treinamento e monitoramento.

- PLANO DE EMERGÊNCIA E CONTINGÊNCIA

Quaisquer acontecimentos detectados que possam afetar a prestação dos serviços deverão ser informados, em tempo real a Coordenação da Unidade ou representante e deverá ser colocado em prática o Plano de Emergência e Contingência para a dada intercorrência a fim de assegurar a correta continuidade da presente rotina.

Os planos de contingências para possíveis situações relativas a esta rotina serão citados, porém é de suma importância, para a correta aplicabilidade e instruções consultar as rotinas elaboradas para cada intercorrência citada.

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA

Os medicamentos (drogas de alto alerta) e alta vigilância são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos podem não ser os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte (Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos).

Atenção!

Os medicamentos de alta vigilância são monitorados de forma a prevenir, reduzir ou eliminar a ocorrência de erro na administração inadvertida destas drogas, a fim de garantir a segurança do paciente. Para tanto, eles estão segregados e armazenados em locais definidos, embalados e rotulados de forma padronizada e sinalizados como **MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA**.

São monitorados 10 grupos de medicamentos considerados de Alta Vigilância:

Concentrados eletrolíticos, Glicose hipertônica, Heparina endovenosa, Insulina endovenosa, Medicamento de baixo índice terapêutico – SBIT (Substância de baixo índice terapêutico), Medicamento Anticoagulantes, Medicamentos Vasoativos, Bloqueadores neuromuscular, Trombolítico, Anestésicos gerais.

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA

1- Concentrados eletrolíticos

Medicamento	Forma Farmacologica

Cloreto de potássio 10%-10 ml	Ampola

Cloreto de potássio 15%-10ml	Ampola

Cloreto de potássio 19,1%-10 ml	Ampola

Cloreto de Potássio xarope	Frasco

Cloreto de sódio 10%-10ml	Ampola

Cloreto de sódio 20%-10ml	Ampola

Sulfato de magnésio 10%-10ml	Ampola

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA

Sulfato de magnésio 50%-10ml Ampola

Gluconato de cálcio Ampola Ampola

2- Glicose Hipertônica

Medicamento Forma Farmacologica

Glicose 25%-10ml Frasco-Ampola

Glicose 50%-10ml Frasco-Ampola

Glicose 75% - 10ml Frasco-Ampola

3-Heparina Endovenosa

Medicamento Forma Farmacologica

Heparina 5000 UI -5ml Frasco-Ampola

Heparina Subcutânea

4 – Insulinas Endovenosas

Tipo de insulina Princípio Ativo Forma Farmacologica

Tipo de insulina P Frasco-Ampola

Insulina Humalog 100UI 10ml Lispro Frasco-Ampola

Insulina NPH 100UI 10ml Humana Frasco-Ampola

Insulina Regular 100UI 10ml Humana Frasco-Ampola

Insulina Lantus 100UI 10ml Glargina Frasco-Ampola

Insulina Lantus 100UI 3ml Glargina Re Frasco-Ampola

5- Medicamento de baixo índice terapêutico

Medicamento Princípio Ativo Forma Farmacológica

Digoxina 0,25mg Digoxina Comprimido

6 – Medicamento Anticoagulante (Antitrombótico)

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA

Medicamento	Princípio Ativo	Forma Farmacológica
Coumadin 1mg	Varfarina	Comprimido
Marevan 2,5mg	Varfarina	Comprimido
Marevan 5mg	Varfarina	Comprimido
Clexane 20mg	Enoxaparina sódica	Seringa pronta
Clexane 40mg	Enoxaparina sódica	Seringa pronta
Clexane 60mg	Enoxaparina sódica	Seringa pronta
Clexane 80mg	Enoxaparina sódica	Seringa pronta
7- Vasoativos		
Medicamento	Princípio Ativo	Forma Farmacologica
Norepinefrina 8mg/4ml	Noradrenalina	Ampola
Encrise 20U/ml 1ml Ampola	Vasopressina	Ampola
Dobutrex 12.5mg/ml 20ml Ampola	Dobutamina	Ampola
Revivan 5mg/ml 10ml Ampola	Dopamina	Ampola
Primacor 1mg/ml 10 ml Ampola	Milrinona	Ampola
Adren 1mg/ml 1ml Ampola	Epinefrina	Ampola
8 - Bloqueadores neuromuscular		
Medicamento	Princípio Ativo	Forma Farmacologica
Esmeron 10mg/5ml	Rocurônio	Frasco-Ampola
Nimbium 2mg/ml 5m	Cisatracúrio	Frasco-Ampola
Succinil colin 100mg po liof	Suxametônio	Frasco-Ampola
Pavulon 2mg/2ml	Pancurônio	Frasco-Ampola

MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILANCIA

Vecuron 10mg po liof

Vecurônio

Frasco-Ampola

8 – Trombolíticos

Medicamento

Princípio Ativo

Forma Farmacologica

Actilyse 50mg

Alteplase

Frasco-Ampola

10- Anestésicos Gerais

Medicamento

Princípio Ativo

Forma Farmacologica

Ketamin 50mg/ml 10ml

Cetamina

Frasco-Ampola

Diprivan 10 mg/ml 20ml

Propofol

Ampola

Diprivan 20 mg/ml 50ml

Propofol

Frasco-ampola

Diprivan pfs 10 mg/ml 50ml

Propofol

Seringa Cheia

Diprivan pfs 20 mg/ml 50ml

Propofol

Seringa Cheia

CAF e Farmácia

A Farmácia tem como finalidade a dispensação de todos os medicamentos e insumos médicos destinados as áreas assistenciais. A dispensação deve suprir as necessidades dos setores assistenciais, com vista a evitar atrasos e desabastecimentos:

Estabelecer e divulgar o fluxo e horários de dispensação;

Dispensar em quantidades coerentes com consumo do setor, sendo de total autonomia do dispensante a redução nas quantidades requisitadas quando estas forem realizadas excessivamente;

Transportar adequadamente;

Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;

A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;

A distribuição deve obedecer à regra “primeiro que vence, primeiro que sai ”;

Estabelecer cronograma de abastecimento para as unidades;

Definir prazos de requisições; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no Almoxarifado de forma a atender todos os setores;

Após a conferência realizar a distribuição;

Separar de acordo com as entregas. Não reaproveitar embalagens, nem misturar os lotes.

A dispensação para movimentação do consumo interno ocorrerá por centro de custo. Movimentação por centro de custo é a transação que informa ao sistema a saída de quantidade e valor de material do estoque para consumo dos setores requisitantes do **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN**. O setor que solicita materiais em centro de custo, deverá realizar a solicitação diariamente, conforme levantamento prévio da necessidade diária, ou de acordo com sua urgência. O processo ocorrerá da seguinte forma:

Requisição: o setor solicita a requisição, via sistema informatizado, para o Almoxarifado ou Farmácia, onde é atendido a requisição e efetuado a saída por meio de baixa no sistema e entregue ao setor solicitante;

Devolução: o setor solicitante fará a devolução via sistema ao setor dispensante, CAF ou Farmácia, sinalizado o motivo da devolução. Essa devolução permite que o material retorne para o estoque.

Recebimento de insumos na CAF e farmácia

É a etapa do processo na qual o material adquirido é entregue no local previamente designado. Abrange desde o recebimento do material, na entrega pelo fornecedor, até a dispensação, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte.

Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa. O recebedor deverá conferir o pedido de compra, onde então, se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra.

Neste contexto a CAF será responsável pelos recebimentos dos insumos não médicos e médicos (materiais e medicamentos). No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- Natureza da operação;
- Data de emissão da nota fiscal;
- Dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante;
- Especificação dos itens;
- Quantidade;

- Preço unitário e total;
- Pontualidade na entrega;
- Condição de pagamento.

Avaliação e inspeção de recebimento de insumos

No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- A entrega foi realizada no prazo estabelecido;
- A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada);
- O entregador estava adequadamente trajado;
- A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra);
- Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto);
- Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujeidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros);
- Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo;
- As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C);
- Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujeidades, rasuras, rasgos;
- O checklist deve ser aplicado durante o recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Normas para armazenamento dos insumos na CAF e Farmácia Central

O armazenamento dos insumos (materiais e medicamentos) será realizado no almoxarifado e farmácia. É premissa básica para o armazenamento dos insumos a observância e cumprimento dos requisitos abaixo:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;

- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com superfícies (solo, teto, parede);
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos;
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PVPS - o primeiro que vence no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Deve armazenar os medicamentos em prateleiras, bins, pallets ou refrigeradores (em caso de termolábeis), seguindo as determinações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 430/2020, controlando a incidência de luz e temperatura. Os mesmos devem ser armazenados com o rótulo voltado para frente e em ordem alfabética para facilitar a identificação do produto;
- Deve ser restringido o acesso de pessoas no local de armazenamento;
- Deve centralizar todo controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e consequentemente minimiza o índice de perdas.

Controle de estoque da CAF e Farmácia Central

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para:

Garantir a qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica;

Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
Ter registros de movimentação de estoque;
Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

É de responsabilidade da CAF submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade, quando for o caso, para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

Na CAF e Farmácia Central existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, sendo que o grau para sua disponibilidade deve ser de imediato, tendo a necessidade da existência de um estoque mínimo mesmo que não exista a movimentação do material. Por esse motivo, haverá a previsibilidade de consumo e, para isso, será pago um preço pela disponibilidade do produto que não é consumido de forma constante. Essas particularidades dificultam, assim, o bom gerenciamento do estoque com relação a custos, mas garante a disponibilidade do insumo para a assistência rápida ao paciente nas situações necessárias.

As falhas nos processos geram muitos problemas para uma instituição e problemas relacionados à compra de materiais em excesso, quando comprado em demasia, ou a sua falta, quando comprado sem previsão e planejamento, geram insustentabilidade e aumento de despesa. A falta de material gera descontinuidade no atendimento ao paciente. Em suma, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõem a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente etc.).

Inventário

A contagem periódica dos itens da farmácia, almoxarifado e CAF da unidade é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano. Isto permite a gestão eficiente do estoque com vista a reduzir perdas de insumos por vencimento e garantia da acuracidade dos dados.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da Unidade. Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

Descarte de resíduos

A **Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**, institui a política nacional de resíduos sólido e define a “Logística reversa” como um instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada.

Assim, o descarte de materiais/insumos médicos é parte integrante dos processos de logística de uma unidade de saúde. É a partir do descarte correto que o serviço de saúde tem a garantia de que o material não utilizado seja este por vencimento ou por perda de efetividade técnica tem seu correto destino final.

A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos, gerando desperdício. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Desta forma, devem seguir as determinações e orientações das RDC nº 306/2004 – ANVISA e RDC nº 222/2018 – ANVISA, RDCs que regulamentam o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, envolvendo orientações sobre o descarte correto.

- Segundo a RDC nº 222/2018, os medicamentos estão enquadrados no Grupo B. Toda instituição de saúde deve estabelecer um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do Grupo B da instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde.
- Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:

Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;

Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;

Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;

Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;

Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;

Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Todos os itens listados acima, fazem parte do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), que será ser elaborado conforme o perfil de produção de resíduos da Unidade, com vistas ao atendimento de todas as determinações da RDC nº 222/20218.

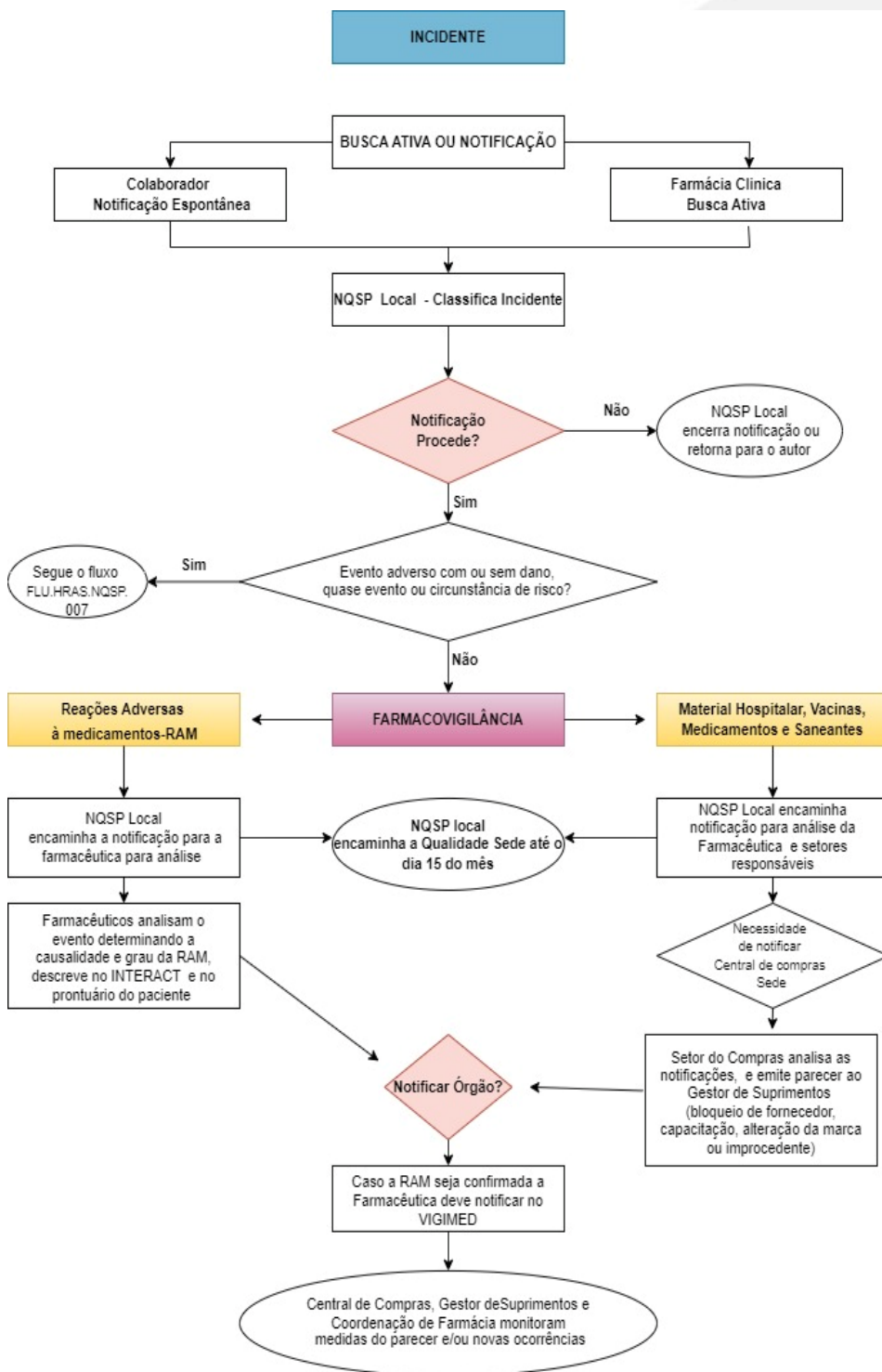
Apêndice 1 – Equação de controle de estoque

$$QR = (CMM \times TR + EMI) - EA$$

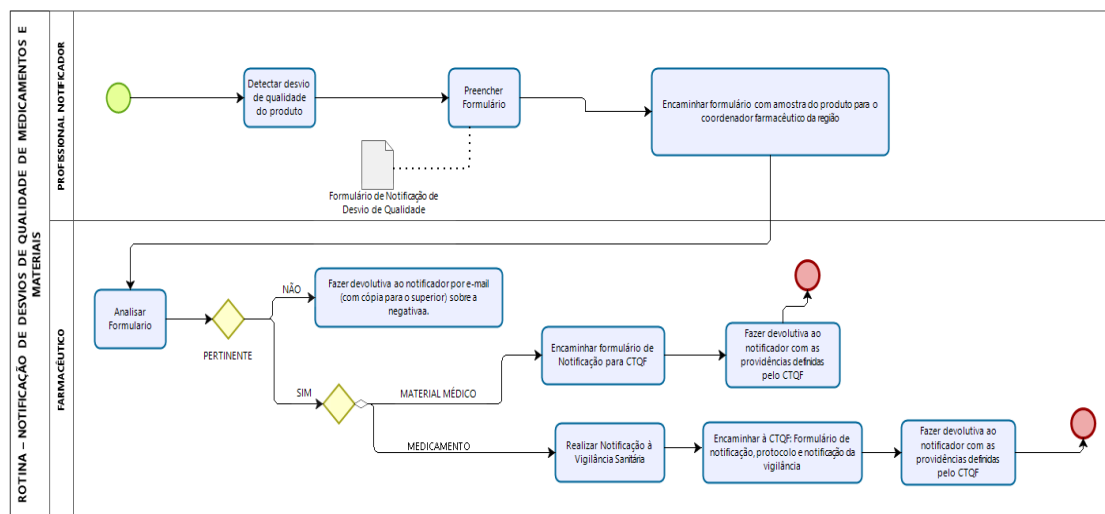
EA = estoque atual

Fluxo das atividades de suprimentos e farmácia hospitalar

FARMACOVIGILÂNCIA

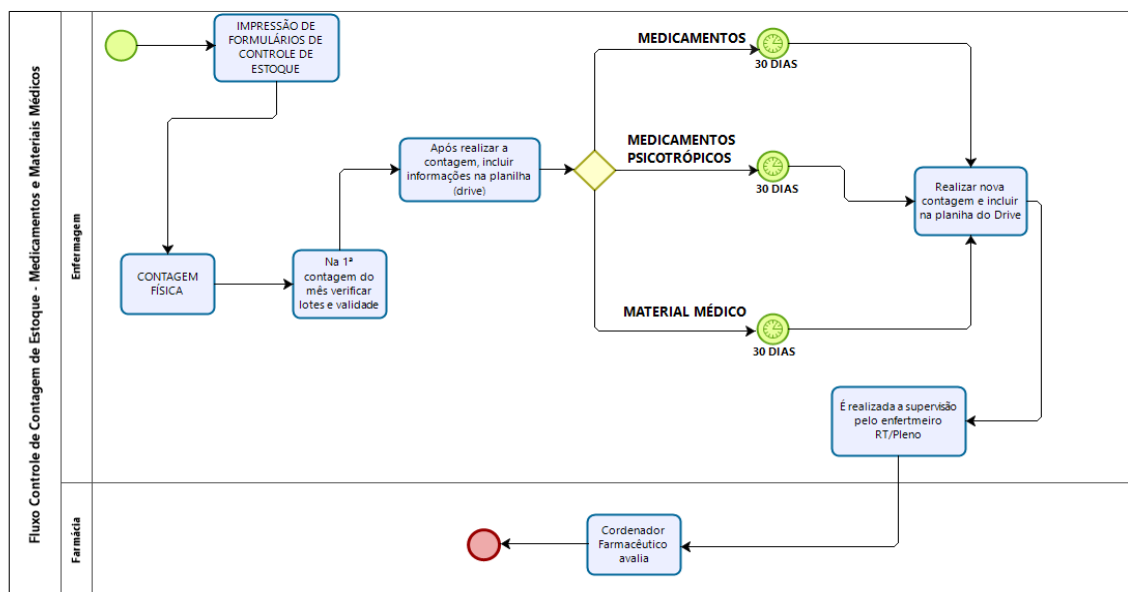


NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE



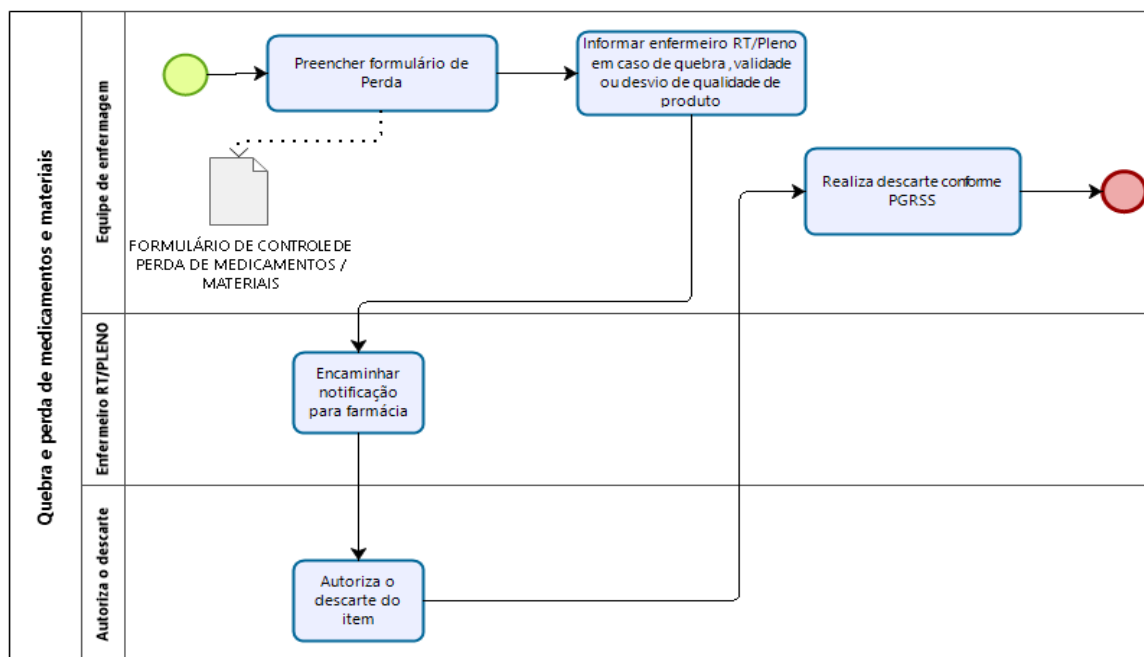
Powered by
bizagi
Modeler

CONTROLE DE CONTAGEM DE ESTOQUE

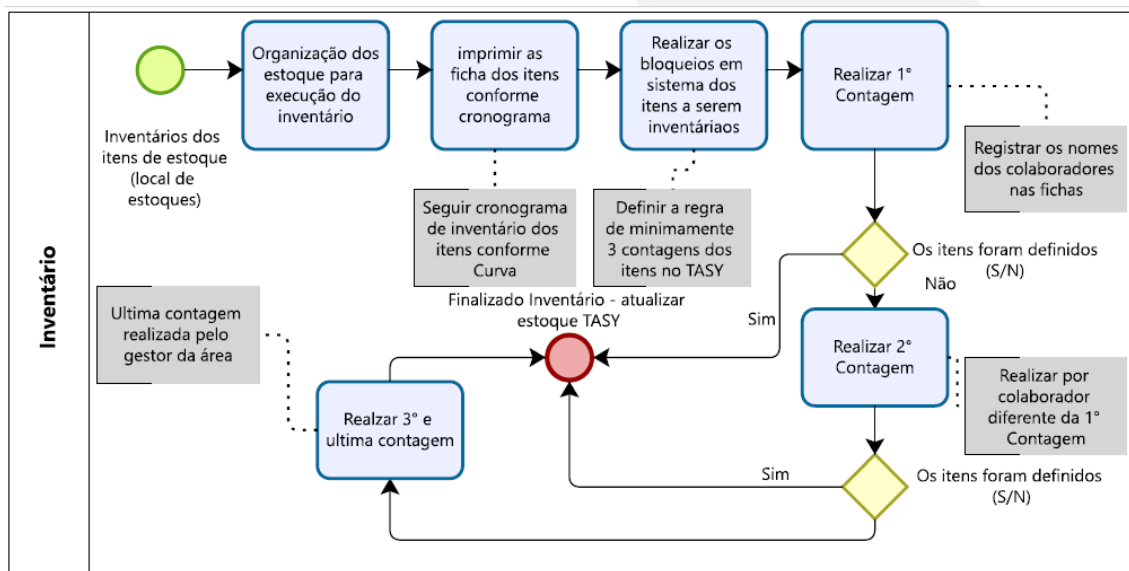


Powered by
bizagi
Modeler

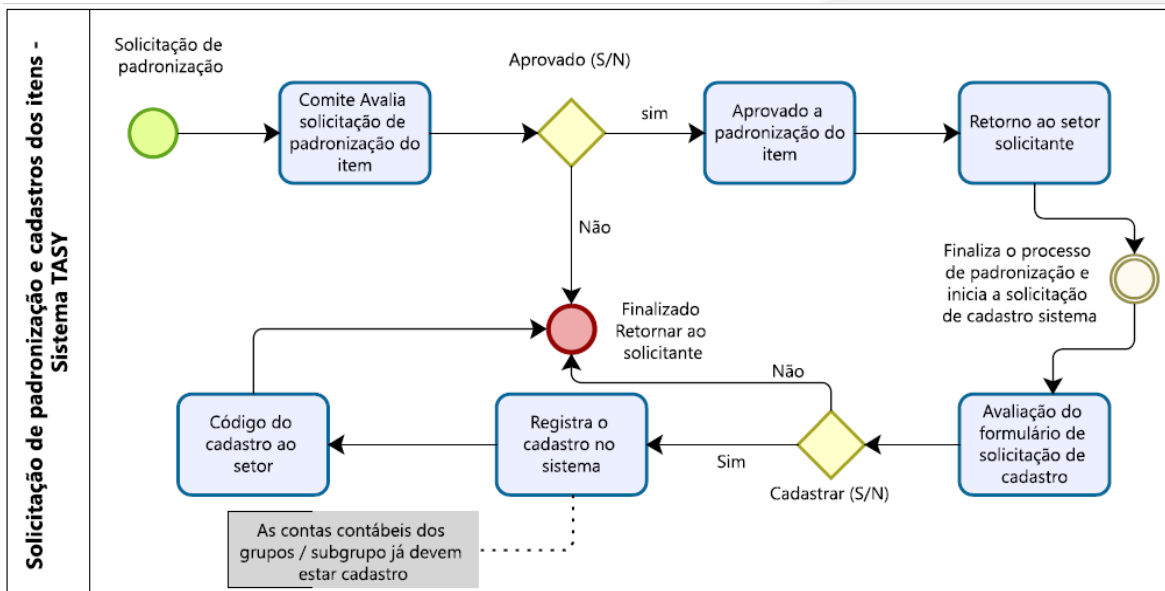
QUEBRA E PERDA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS



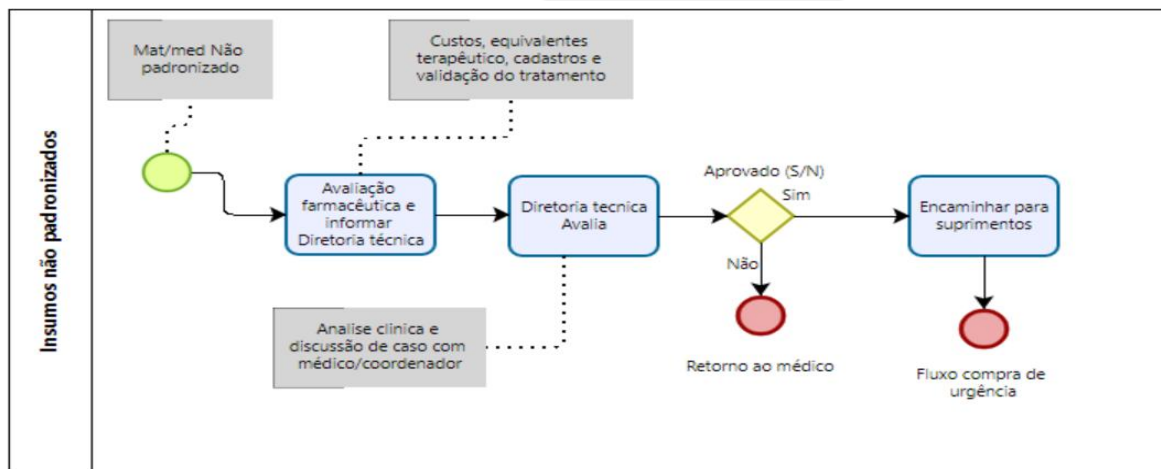
INVENTÁRIO



PADRONIZAÇÃO E CADASTRO NO SISTEMA



INSUMO NÃO PADRONIZADO



1.2.3.Cronograma detalhado, com metas claras, indicando etapas para obtenção da acreditação ONA, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.

Descritivo sobre a Acreditação ONA

A **Organização Nacional de Acreditação (ONA)** é responsável pela certificação da qualidade dos serviços de saúde no Brasil. A acreditação é voluntária e progressiva, dividida em três níveis:

- **Nível 1 – Acreditado:** foco na segurança do paciente.

- **Nível 2 – Acreditado Pleno:** além da segurança, exige gestão integrada dos processos.
- **Nível 3 – Acreditado com Excelência:** incorpora cultura organizacional de melhoria contínua e resultados sustentáveis.

A **Certificação ONA Nível 2**, objetivo deste plano, representa um marco de maturidade institucional, demonstrando que o hospital possui **processos bem definidos, integrados e monitorados**, com foco na **segurança do paciente e na gestão da qualidade**.

Compromisso do Instituto Mais Saúde (ISMS)

O Instituto Mais Saúde (ISMS) reafirma seu compromisso com a qualidade assistencial, segurança do paciente e excelência nos resultados, por meio de:

- Implantação de práticas baseadas em evidências.
- Fortalecimento da cultura de segurança e melhoria contínua.
- Capacitação das equipes e liderança técnica.
- Monitoramento rigoroso por indicadores e auditorias clínicas.
- Alinhamento com os padrões da ONA e do Sistema Brasileiro de Acreditação.

Este compromisso está refletido em cada etapa do cronograma, com **recursos alocados, prazos definidos e responsabilidades claras**, garantindo a **sustentação da certificação ONA Nível 2** e preparando o hospital para futuras evoluções rumo à **excelência (Nível 3)**.

Proposta Cronograma Acreditação ONA

Segue **Cronograma detalhado e estruturado** para implantação e evolução da **Acreditação ONA** no Hospital Regional Dr. José de Simone Netto — alinhado às metas contratuais e prazos definidos:

Cronograma de Implantação da Acreditação ONA

Marco Temporal: Início Mês 1 → Assinatura de contrato

Meta:

- ONA 1 (Acreditado) até Mês 24
- ONA 2 (Acreditado Pleno) até Mês 36
- ONA 3 (Acreditado com Excelência) até Mês 48

Metodologia: Ciclos de melhoria contínua, PDCA, gestão de riscos, e governança clínica e administrativa.

FASE 1 — Preparação e Introdução da Cultura de Qualidade
Mês 1 a 6 — Meta: Hospital “em conformidade inicial” e com estruturas instaladas

Etapa / Ação Estratégica	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazo	Recursos Alocados
Diagnóstico institucional através do DOGMAIS – Diagnóstico Organizacional do Instituto Social Mais Saúde.	Identificação de lacunas conforme manual ONA	Diretoria / NQSP	M1	Checklists ONA, equipe avaliadora
Institucionalização da Governança e Comissões/Comitês obrigatórios	NSP, CGR, CCIH, CFT, CRP, Biossegurança etc.	Direções / NQSP / Corporativo	M1-M2	Horas de reuniões, portarias
Elaboração do Plano de Ação ONA Trienal	Metas e indicadores definidos	NQSP	M2	Consultoria técnica
Implementação do sistema de Gestão de Documentos	POPs, ITs, Protocolos padronizados	NQSP / TI / Áreas	M3-M6	SA Interact, impressão
Treinamento inicial da equipe	Cultura de segurança e gestão de riscos	NEP	M1-M6	Trilhas EAD, capacitações
Implantação dos indicadores assistenciais e institucionais	Monitoramento mensal	NQSP / Estatística	M3-M6	SA Interact
Comunicação interna do Programa de Qualidade	Engajamento profissional	DCOM	Contínuo	Materiais visuais

Marco de Entrega fase: Plano institucional de qualidade + Comissão/Comitês atuando + documentação básica.

FASE 2 — Conformidade Assistencial e Gestão de Riscos (Meta ONA 1)
Mês 7 a 24 — Segurança do Paciente e padronização

Etapa	Resultado ONA	Resp.	Prazo	Recursos
Implantação completa do Plano de Segurança do Paciente	Critérios ONA A – Segurança	NSP Assistenciais /	M7-M18	Treinamentos, sistemas
Protocolos de segurança obrigatórios	9 protocolos implantados e monitorados	NSP	M7-M12	Instrumentos, POPs

Etapa	Resultado ONA	Resp.	Prazo	Recursos
Fortalecimento NIR e Gerenciamento de Leitos	Segurança no acesso	NIR / Assistência	M9-M14	Sistema de regulação
Gestão de Riscos e Eventos Adversos (Notivisa)	Controle e mitigação	NSP / CGR	M8-M20	Ferramentas de riscos
Auditorias internas dos processos	Conformidade documental	NQSP	M10-M24	Equipe auditoria
Gestão das Práticas Assistenciais e farmacovigilância	Segurança terapêutica	Direção Técnica / CFT / Farmácia	M8-M20	Sistemas de apoio
Avaliação prévia da ONA (pré-auditoria)	Adequação final	NQSP Consultoria +	M22-M23	Visita simulada

Marco Alvo do Ciclo: Certificação ONA 1 no Mês 24
FASE 3 — Gestão de Processos Integrada e Resultados (Meta ONA 2)
Mês 25 a 36 — Gestão por processos e integração institucional

Etapa	Resultado ONA	Resp.	Prazo	Recursos
Mapear e integrar processos corporativos	Critérios B – Processos integrados	Dir. Operações / NQSP	M25-M30	Reuniões
Gestão por Indicadores consolidada com análise crítica	Resultado padronizado e benchmarking	Estatística / Diretoria	M25-M36	SA Interact
Fortalecer Governança Clínica (corpo clínico engajado)	Segurança e qualidade clínica	Direção Técnica	M25-M34	CME aprimorado, comissões clínicas
Gestão de leitos, giro e performance do cuidado	Eficiência assistencial	NIR / DIH	M26-M32	SA Interact
Auditorias de excelência	Melhoria contínua sistematizada	NQSP Consultoria /	M30-M35	Auditorias cruzadas
Nova Pré-auditoria	Alinhamento final	NQSP	M35	Consultoria

Marco Alvo do Ciclo: Certificação ONA 2 no Mês 36

FASE 4 — Modelo de Excelência Institucional (Meta ONA 3)

Mês 37 a 48 — Gestão estratégica, inovação e resultados sustentáveis

Etapa	Resultado ONA	Resp.	Prazo	Recursos
Modelo de Excelência da Gestão / Governança estratégica	Critérios C – Excelência	Direção / Corporativo	M37- M44	Planejamento estratégico
Avaliação de Desempenho Operacional e Clínico por linha de cuidado	Foco no paciente	NQSP / NIR / Corpo Clínico	M38- M46	DRG, protocolos
Consolidação das práticas de Valor em Saúde	ROI da qualidade	Diretoria Financeira	M38- M48	KPIs de valor
Pesquisa de Clima e Engajamento com plano de ação	Gestão de pessoas por competências	RH / Lideranças	M39- M45	Ferramentas avaliativas
Projetos de inovação e resultados de impacto	Melhores práticas reconhecidas	Direção / DEP/NEP	M40- M48	Parcerias
Pré-auditoria final + Auditoria ONA 3	Certificação	NQSP / Consultoria	M46- M48	Equipe avaliadora

Marco Alvo do Ciclo: Certificação ONA 3 no Mês 48

Monitoramento e Governança

Instrumento	Periodicidade	Responsáveis
Reunião de análise crítica de indicadores	Mensal	Diretoria / NQSP
Comissões obrigatórias	Mensal / Trimestral	Membros / Gestores
Auditorias internas	Trimestral	NQSP
Relatório de conformidade com Plano ONA	Trimestral	Diretoria / Corporativo

Recursos Necessários (Macro):

- Equipe permanente de Qualidade / Segurança reforçada;
- Consultoria especializada ONA (até ONA 2 consolidado);
- Sistema de gestão documental e indicadores;
- Capacitação contínua de profissionais;
- Adequações estruturais conforme diagnóstico; e
- Gestão de riscos com ferramentas oficiais (Notivisa).

Entregáveis Finais por Marco

Marco	Certificação	Evidências
Mês 24	ONA 1	Segurança do paciente consolidada
Mês 36	ONA 2	Processos integrados e geridos
Mês 48	ONA 3	Excelência + Resultados sustentáveis

Indicadores de Desempenho para Monitoramento do Cronograma

No Instituto Social Mais Saúde (ISMS), o Núcleo da Qualidade e Segurança do Paciente – NQSP, desempenha um papel fundamental na promoção da qualidade e segurança dos

cuidados no Hospital Regional Dr. José Simoni Netto, contribuindo para a missão de cuidar das pessoas e promover saúde e bem-estar.

O monitoramento deste Plano de Ação será a grande diretriz para acompanhar e monitorar as ações que levam o Hospital a manter seu nível de Certificação frente ao Sistema Brasileiro de Acreditação na metodologia da Organização Nacional de Acreditação ONA.

Para garantir a efetividade e o acompanhamento das ações previstas no cronograma, serão utilizados os seguintes indicadores de desempenho, alinhados às boas práticas de gestão da qualidade hospitalar:

- Taxa de adesão aos protocolos clínicos e operacionais
- Percentual de auditorias clínicas realizadas conforme cronograma
- Número de incidentes e eventos adversos notificados mensalmente
- Índice de satisfação dos pacientes e familiares
- Percentual de treinamentos concluídos pelas equipes assistenciais
- Taxa de conformidade nos processos mapeados (SIPOC)
- Índice de resolutividade das comissões hospitalares
- Percentual de metas assistenciais e administrativas atingidas
- Taxa de utilização do sistema DRG para análise de desfechos
- Número de melhorias implementadas com base em ciclos PDCA

1.2.4. Cronograma para implantação de metodologia / modelo de Valor em Saúde, incluindo responsáveis, prazos e recursos alocados.¹

Descritivo sobre o Sistema DRG

O **DRG (Diagnosis Related Groups)** é uma metodologia de classificação de pacientes em grupos homogêneos, baseada em:

- Diagnósticos (CID)
- Procedimentos realizados
- Idade, comorbidades e eventos agudos

Essa classificação permite:

- Previsibilidade de custos e desfechos clínicos
- Análise comparativa entre instituições
- Identificação de desperdícios e sinistralidade
- Apoio à governança clínica e segurança do paciente

No contexto do SUS, o DRG contribui para redução de filas, otimização de internações e melhoria da eficiência assistencial.

Compromisso do Instituto Mais Saúde (ISMS)

O Instituto Social Mais Saúde (ISMS) reafirma seu compromisso com a qualidade assistencial, segurança do paciente e resultados de excelência, por meio de:

- Implantação da **metodologia DRG** como ferramenta de gestão por valor
- Remuneração baseada em desempenho, com indicadores quali-quantitativos
- **Capacitação contínua** das equipes médicas e multiprofissionais
- **Integração de sistemas** para coleta automatizada e análise de dados
- **Ciclos de melhoria contínua** com uso de PDCA e comissões clínicas
- **Transparência na prestação de contas** e comunicação institucional dos resultados

Esse modelo promove uma **cultura de valor**, centrada no paciente, com foco em **eficiência, segurança e sustentabilidade**.

Proposta para Implantação da Metodologia de Valor em Saúde com Sistema DRG - HRDJSN

Instituição Proponente

Instituto Mais Saúde

Organização Social gestora do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto, com atuação voltada à qualificação da assistência, inovação em gestão e foco em resultados.

Unidade de Implantação

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto – Ponta Porã/MS

Hospital público de média e alta complexidade, referência regional em diversas especialidades.

Objetivo Geral

Implantar a Metodologia de Valor em Saúde no Hospital HRDJSN., com base na mensuração de desfechos clínicos e custos, utilizando o sistema DRG (Diagnosis Related Groups) para classificação dos atendimentos hospitalares, visando maior eficiência assistencial, transparência na gestão e sustentabilidade do modelo.

Conceito

A metodologia DRG, foi criada na década de 60 na Universidade de Yale, para atender ao sistema de saúde, com dificuldade de custear pacientes de alta complexidade. No decorrer de sua utilização, se mostrou uma ferramenta ampla, com potencial de gerar previsibilidade de custos, classificando grupos de pacientes por complexidade, idade, comorbidades e eventos agudos.

Apesar de ser uma ferramenta com potencial de gerar apoio a redução do desperdício em saúde, o foco principal é a assistência, a qualidade assistencial e segurança do paciente.

No âmbito do SUS, tem papel primordial, apoiando a redução de filas e otimizando procedimentos e internações.

Atualmente, alinhada com estratégias de medicina baseada em valor e experiência do cliente compõe ferramenta importante da governança clínica.

Objetivos Específicos

- Mapear e estruturar os processos assistenciais e administrativos.
- Implantar o sistema DRG como ferramenta de classificação e análise.
- Definir e monitorar indicadores de valor (desfecho + custo).
- Capacitar equipes multiprofissionais para atuação orientada por valor.
- Integrar os dados ao planejamento estratégico hospitalar.
- Produzir relatórios gerenciais e de prestação de contas com base em valor.

Componentes :

Fundamentação Conceitual

- **Valor em Saúde:** definido como a relação entre os desfechos assistenciais e os custos para alcançá-los
- **DRG Brasil:** sistema que classifica pacientes em grupos homogêneos com base em complexidade, criticidade e perfil clínico, permitindo análise comparativa de desempenho
- Metodologia DRG brasil

A metodologia classifica os pacientes através de um algoritmo envolvendo, idade, comorbidades, eventos agudos, cids, criando um perfil de complexidade, o case mix, que gera previsibilidade em todos os indicadores estratégicos na unidade de saúde.

A comparação com o resultado alcançado norteia o nível de segurança, eficácia e qualidade da instituição, podendo gerar dados reais e confiáveis para tomada de decisões e ações.

- **Categorias DRG**

As MDCS são a divisão dos principais grupos diagnósticos, se dividem em 25 grandes grupos, por tipo cirúrgico ou clínico.

- **DRG NO ISMS**

O ISMS vem desde 2023, utilizando estratégias de remuneração por desempenho baseadas em indicadores quali-quantitativos, nos contratos de prestação de serviços médicos.

A partir de 2025, iniciou a ampliação desta modalidade de remuneração incluindo a análise de desfechos clínicos, através da metodologia DRG, implantando a contratualização no formato de remuneração por valor em saúde, alinhando desfecho clínico, a jornada do paciente até a fase pós alta, com o resultado esperado da assistência recebida.

Etapas da Implantação

Fase 1 – Planejamento e Diagnóstico (Jan–Fev 2026)

Diagnóstico Institucional:

levantamento de dados sobre permanência média, taxa de readmissão, condições adquiridas, perfil assistencial, sinistralidade e desperdícios, principais desafios.

- **Capacitação da Equipe:** formação continuada em governança clínica, codificação DRG e uso da plataforma analítica.
- **Integração de Sistemas:** interface entre o prontuário eletrônico (ex: PR) e o sistema DRG para coleta automatizada de dados
- **Implantação do DRG Admissional e de Alta:** para monitorar desde a entrada até a saída do paciente, com foco em resolutividade e segurança assistencial
- **Governança Clínica:** estruturação de comissões estratégicas (NSP, CCIH, Prontuário, Óbito) para análise dos dados e tomada de decisão baseada em evidências

Planejamento

- Levantamento de dados clínicos, administrativos e financeiros.
- Mapeamento dos fluxos de atendimento e processos internos.

- Escolha da solução tecnológica DRG (software ou parceiro técnico).
- Elaboração do plano de implantação.

Fase 2 – Estruturação Técnica (Mar–Abr 2026)

- Integração do sistema DRG aos sistemas hospitalares (prontuário eletrônico, faturamento, BI).
- Definição dos indicadores de valor por linha de cuidado.
- Capacitação das equipes (assistencial, TI, faturamento, gestão).
- Criação de protocolos assistenciais baseados em valor.

Fase 3 – Implantação Piloto (Mai–Jul 2026)

- Coleta e análise dos dados iniciais.
- Ajustes operacionais e técnicos.
- Avaliação dos primeiros resultados.

Fase 4 – Expansão e Monitoramento (Ago–Dez 2026)

- Criação da comissão interdisciplinar de DRG e práticas clínicas
- Consolidação dos indicadores e protocolos.
- Relatórios periódicos de desempenho.
- Revisão de metas e comunicação dos resultados à SES/MS e sociedade.

Fase 5 – Implantação de remuneração baseada em valor (Dez 2026 – Mar 2027)

- Implantação da metodologia de remuneração por valor
- Identificação dos principais indicadores
- Alinhamento com as linhas prioritárias da unidade de saúde
- Recontratualização das equipes médicas com os indicadores de desfecho clínico
- Organização da estrutura de acompanhamento de contratos e prestação de serviços médicos, nos moldes de medicina baseada em valor, com análises de resultados mensais e notificações aos prestadores

Fase 6 – Ciclos de melhoria contínua (Jan 2026 – contínuo)

- Ciclos de melhorias contínuas envolvendo análises críticas e pdcas, alinhados ao corpo clínico, multidisciplinar e alta gestão

Cronograma de Implantação

1. Planejamento	(JAN – FEV 2026)
1.1 Realizar reunião diagnóstica organizacional	
1.2 Enviar a planilha de usuários para realização do curso EAD Introdução ao DRG Brasil (codificação)	
1.3 Escolha da solução tecnológica DRG (Software ou parceiro técnico)	
1.4 Solicitar liberação e cadastro da unidade DRG Brasil para início da codificação	
1.5 Elaboração do Plano de Implantação	
2. Capacitação na metodologia DRG e no uso do software DRG Brasil	(MAR – ABR 2026)
2.1 Treinar analistas de informação com casos reais e suporte do EAD	
2.2 Integração do sistema DRG aos sistemas hospitalares	
2.3 Capacitar sobre condições adquiridas	
2.4 Capacitação das equipes assistências TI, faturamento e gestão	
2.5 Criação de protocolos assistenciais baseados em valor	
3. Processo de codificação	(MAR – ABR 2026)
3.1 Iniciar e acompanhar o processo de codificação	
3.2 Validar processo de codificação (capacitar e apresentar a validação dos dados)	
3.3 Realizar análise da qualidade da informação	
4. Integração dos dados assistenciais entre o sistema hospitalar e o DRG Brasil	(MAI – JUL 2026)
4.1 Apoiar a equipe no diagnóstico para iniciar o processo de integração	

4.2 Validar e homologar os dados integrados	
4.3 Coleta de dados e análises iniciais	
4.4 Análise dos primeiros resultados	
5. Treinamento sobre análise de Relatórios e Analytics	(MAI – JUL 2026)
5.1 Treinar lideranças sobre extração e análise dos relatórios em PDF	
5.2 Treinar lideranças sobre navegação e análise do <i>Analytics</i> (BI)	
6. Sensibilização da equipe multiprofissional (comunicação institucional)	(MAI – JUL 2026)
6.1 Disponibilizar curso para gestores - Introdução ao DRG e valor em saúde	
7. Acompanhamento do projeto e plano de ação	(AGO – DEZ 2026)
7.1 Criação da comissão interdisciplinar de DRG e práticas clínicas	
7.2 Consolidação dos indicadores e protocolos	
7.3 Relatório periódicos de desempenho	
7.4 Realizar reuniões trimestrais de apresentação de resultados	
7.5 Analisar criticamente os resultados com o acompanhamento de ciclo de melhoria - PDCA	
7.6 Desenvolvimento de ações focadas nos quatro alvos do DRG	
7.7 Revisão de metas e comunicação dos resultados à SES/MS e comunidades	
8. Ciclo de melhoria contínua	(JAN 2026 – CONTÍNUO)

Indicadores de Monitoramento

- Eficiência operacional (% acima ou abaixo da meta de 100%)

- Permanência média (real vs. previsto)
- Admissões perdidas
- Condições adquiridas por paciente
- Taxa de readmissão não programada
- Desempenho por especialidade (ex: cardiologia como piloto)

Resultados Esperados

- Redução da permanência hospitalar desnecessária
- Diminuição de readmissões evitáveis
- Melhoria na segurança assistencial
- Otimização do uso de leitos
- Redução de desperdícios e sinistralidade
- Melhoria na experiência do paciente

Entregáveis

- Plano de implantação detalhado.
- Relatórios de diagnóstico e mapeamento.
- Sistema DRG funcional e integrado.
- Indicadores de valor definidos e monitorados.
- Relatórios de desempenho por linha de cuidado.
- Capacitação das equipes.
- Comunicação institucional dos resultados.

Considerações Técnicas

- O DRG permite análise comparativa entre pacientes e instituições, com foco em eficiência e qualidade.
- A metodologia de valor exige cultura de mensuração contínua e transparência.
- A proposta será alinhada com as diretrizes da SES/MS e com os contratos de gestão vigentes.

Modelo de Remuneração

- Transição do modelo "free for service" para remuneração por performance e valor entregue

A **remuneração baseada em valor** é um modelo que visa melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde, focando na relação entre os resultados que importam para os pacientes e os custos associados. Este modelo se opõe ao pagamento por procedimento, incentivando a entrega de cuidados de alta qualidade e eficazes. As principais características incluem:

- **Coordenação de cuidados:** A remuneração deve ser alinhada com a coordenação do cuidado, promovendo uma experiência positiva para os pacientes.
- **Resultados clínicos:** O valor deve ser medido pelos desfechos clínicos e não clínicos que são relevantes para a saúde dos pacientes.
- **Sustentabilidade:** O modelo deve favorecer a alocação eficiente de recursos, evitando desperdícios e promovendo a sustentabilidade.
- **Incentivos financeiros:** Prestadores de serviços que conseguem entregar cuidados de alta qualidade são incentivados a receber uma remuneração maior.

Esses modelos são essenciais para garantir que os recursos sejam utilizados de forma eficaz e que os pacientes recebam os cuidados que realmente necessitam.

Remuneração baseada em valor em saúde no instituto social mais saúde

No **INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE (ISMS)**, utilizamos métodos de pagamento por performance baseados em indicadores quali quanti desde 2023, para equipes médicas, elevando a participação do corpo clínico na cultura de segurança e governança clínica das unidades de saúde.

Em 2025, iniciamos migração para os modelos de remuneração baseada em valor com implantação da metodologia DRG e alinhamento da governança clínica nesta metodologia.

Como resultados, tivemos redução da taxa de eventos adversos, readmissões e aumento da eficiência operacional e redução da média de permanência.

Aumentando significativamente o número de saídas e procedimentos a partir de 2025.

Utilizamos a metodologia de Fator detrator, e participação ativa do corpo clínico nas comissões e reuniões clínicas como fator bonificador, elevando a integração do corpo clínico com a equipe assistencial, garantindo um cuidado individualizado e centrado no paciente.

Cronograma da proposta de implantação no HRDJSN

1. Implantação de remuneração baseada em valor	(DEZ 2026 – MAR 2027)
1.1 Criação de indicadores de acompanhamento	
1.2 Alinhamento com as linhas prioritárias da unidade de saúde	
1.3 Criação da regra de remuneração por indicadores	
1.4 Alinhamento com departamento jurídico e financeiro	
1.5 Alinhamento com a Alta Gestão	
2. Criação do Núcleo de Acompanhamento de Desempenho de Equipe Médica	(DEZ 2026 – MAR 2027)
2.1 Contratação de analista de desempenho	
2.2 Criação da metodologia de acompanhamento dos contratos e Dashboard	
3. Recontratualização das equipes médicas	(DEZ 2026 – MAR 2027)
4. Estruturação do setor de acompanhamento de contratos por remuneração baseada em valor	(DEZ 2026 – MAR 2027)
5. Treinamento de Equipes	(DEZ 2026 – MAR 2027)
6. Acompanhamento do Projeto e Plano de Ação	(DEZ 2026 – MAR 2027)
6.1. Reuniões mensais de resultados	
7. Alinhar os indicadores nos contratos médicos	(DEZ 2026 – MAR 2027)
7.1. Aditivar contratos	

7.2. Implantar o fluxo de notificação de resultados para equipes Médicas	
7.3. Implantar o fluxo de notificação de resultados para equipes Contratos	
7.4. Implantar o fluxo de notificação de resultados para equipes Financeiras	

Indicadores de Monitoramento Baseados em Boas Práticas e Melhoria Contínua

Para garantir a efetividade da implantação da metodologia DRG e do modelo de Remuneração por Valor, serão utilizados indicadores de desempenho alinhados às boas práticas de gestão da qualidade e à melhoria contínua. Estes indicadores permitirão o monitoramento sistemático dos resultados assistenciais, operacionais e clínicos, promovendo decisões baseadas em evidências e sustentação da excelência institucional.

- Eficiência Assistencial – Índice de Eficiência por DRG.
- Segurança do Paciente – Taxa de Eventos Adversos por 1.000 pacientes-dia.
- Governança Clínica – Percentual de reuniões clínicas realizadas conforme cronograma.
- Desempenho por Linha de Cuidado – Desfechos clínicos por especialidade.
- Adesão a Protocolos Assistenciais – Percentual de conformidade por protocolo.
- Taxa de Readmissão Hospitalar – Readmissões em até 30 dias por DRG.
- Condições Adquiridas – Taxa de eventos como infecção hospitalar, quedas, lesão por pressão.
- Tempo Médio de Permanência – Ajustado por complexidade (DRG).
- Utilização do DRG na Tomada de Decisão – Percentual de decisões clínicas e gerenciais baseadas em DRG.
- Ciclos de Melhoria Contínua – Número de planos de ação implementados com base em análise DRG (PDCA).

Referências:

1. [IBRAVS](#)
2. www.gov.br
3. [FGV EAESP](#)
4. [NHI](#)

1.3. Implantação de processos

1.3.1. Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas para faturamento de procedimentos.

Em relação ao Serviço de Faturamento de Procedimentos, este será realizado por profissional com capacidade técnica para alimentação do sistema SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) seguindo os lançamentos dos procedimentos constantes na Tabela SIGTAP/SUS de acordo com o cronograma de envio.

A fim de facilitar o processo de faturamento, o software de gestão a ser implantado, permitirá a conectividade com o do Ministério da Saúde, o que atribuirá agilidade no processo de envio de informações.

Unidade de Faturamento S.I.A E S.I.H

Inicialmente a área de Faturamento será estruturada para atender o Faturamento SUS. Ficando a cargo dos auxiliares de faturamento a elaboração de 100% das faturas do SUS, apresentando-os dentro do prazo estabelecido pela Secretaria de Saúde.

A rotina de trabalho consistirá em conferir com exatidão os prontuários, como prescrições, evoluções, descrição cirúrgica, exames complementares e terapias; ainda será informado o corpo clínico e técnico administrativo da Unidade de referência sobre os procedimentos de maior complexidade dentro das patologias dos pacientes, para que os mesmos possam melhor decodificá-las, contribuindo para um faturamento adequado.

Serão alimentados os sistemas bem como transmitidos para a Secretaria de Saúde conforme prazo a ser definido pela mesma.

A rotina de trabalho do setor será em horário comercial, seguindo minimamente:

1. Setor de Faturamento ficará responsável pelo Faturamento:

- Ambulatorial e Hospitalar, compreendendo: Ambulatório, Urgência e Internações / SADT;
- Controle e faturamento de todos os itens na Internação;
- Controle da qualidade dos dados e documentos que compõem um prontuário;
- Observação permanente nos itens obrigatórios de verificação para evitar glosas de contas ambulatoriais e internações;

2. Na admissão do paciente;

- Na verificação de autorizações do SUS;
- Na guia ou documento de internação;
- Nas anotações de prontuário;
- Na ficha cirúrgica;
- Nas prescrições de ala;
- No relatório de Alta.

1.3.1.1. *Manual de Faturamento*

Este manual tem como objetivo elaborar a padronização do faturamento das internações e atendimento ambulatorial no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**, que tenha viabilidade estrutural, técnica e financeira para ser posta em prática. Para isto serão seguidas as seguintes diretrizes:

- Qualificar as informações em saúde a partir do correto registro no hospital, possibilitando melhor atuação gerencial dos diretores do hospital e disponibilizando dados fidedignos;
- Melhorar o fluxo das informações dentro do setor hospitalar;
- Orientar quanto a regras, críticas e processamento no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS;
- Possibilitar comparação entre os setores de Faturamento Hospitalar dos hospitais com mesmo perfil assistencial;
- Diminuir o número de glosas por erros no faturamento hospitalar e ambulatorial.

Os procedimentos eletivos, o fluxo inicia-se com uma consulta/atendimento na rede de saúde no âmbito do SUS (estabelecimento ambulatorial público ou contratado), onde o profissional assistente (médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro obstetra) emite, obrigatoriamente, o Laudo para Solicitação de AIH.

Nos procedimentos de urgência, o fluxo inicia-se com o atendimento no estabelecimento público ou contratado, onde o usuário se encontra, sendo este acesso realizado por demanda espontânea, encaminhamento por outro estabelecimento de saúde ou regulado.

1. Documentos necessários:
2. O Laudo para Solicitação de AIH é o documento para solicitar a autorização de internação hospitalar.

Conforme Portaria nº 1.011, de 03 de outubro de 2014, o Laudo pode ser utilizado nas seguintes formas:

- I. Em suporte físico, na forma de formulários impressos e armazenados em papel;
- II. Em suporte digital, por meio de sistemas de informação que realizem a emissão e armazenamento das respectivas autorizações, bem como a transação das informações digitais entre os gestores e estabelecimentos de saúde.

Os laudos em suporte físico devem ser legíveis, sem abreviaturas e com a assinatura do profissional solicitante e autorizador com respectivo carimbo. Estes deverão ser impressos em via única, que deve ser anexada ao prontuário do paciente, não sendo mais necessária a manutenção de uma via destes nos órgãos autorizadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Nos laudos de solicitação/autorização ambulatorial e hospitalar em suporte digital, os autorizadores devem utilizar Certificação Digital, nos padrões da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP- Brasil), visando à validade legal destes documentos eletrônicos. Para os laudos em suporte digital, é dispensada a impressão deste em suporte físico, desde que seja possível a sua recuperação por meio de backup, se solicitado pelos órgãos de controle ou de fiscalização.

O Laudo para Solicitação de AIH deverá conter dados mínimos, conforme o modelo de informação disponibilizado no endereço eletrônico do SIH (<http://sihd.datasus.gov.br>).

A criação de formulários para o Laudo para Solicitação de AIH fica a cargo dos gestores estaduais e municipais, devendo respeitar os dados mínimos obrigatórios do modelo de informação, podendo também acrescentar opcionalmente outras informações a serem coletadas de relevância para a gestão local.

Autorização de Internação Hospitalar – AIH:

O prazo decorrido entre a internação, solicitação da AIH e a autorização do gestor tanto para os casos eletivos como para casos de urgência, é uma decisão do gestor local. O sistema dá uma advertência para prazos acima de 72 horas, mas não bloqueia ou rejeita a AIH.

No estabelecimento público o autorizador pode ser o diretor clínico, técnico ou outro profissional designado por ele, a critério do gestor. Na rede complementar, o autorizador deve ser vinculado ao gestor.

O gestor deve definir as condições e o local para a autorização e emissão do número da AIH. A digitação dos dados da internação pode ser feita mesmo antes de ter o número da AIH e inserir quando for disponibilizado pelo gestor.

São profissionais competentes e responsáveis pelos laudos de solicitação para internação hospitalar:

- Médicos;
- Cirurgiões-dentistas nos casos de autorizações de procedimentos odontológicos; e
- Enfermeiros obstetras, nos casos de autorizações de partos normais realizados por enfermeira.

Emissão da AIH:

Existem dois tipos de AIH: Tipo 1: inicial e Tipo 5: continuidade.

AIH Tipo 1 inicial: O Laudo de Solicitação de AIH preenchido é encaminhado ao autorizador o qual pode solicitar dados adicionais ou autorizar a internação de imediato. O responsável no Órgão Emissor fornece o número da AIH e identifica o autorizador. Caso o autorizador considere a internação desnecessária pode não autorizar ou liberar com um dos códigos abaixo:

- 03.01.06.001-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA PEDIÁTRICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica pediátrica.
- 03.01.06.007-0 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico para clínica cirúrgica.
- 03.01.06.008-8 - DIAGNÓSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA MÉDICA: Refere-se ao primeiro atendimento de urgência hospitalar com diagnóstico em clínica médica.

AIH Tipo 5 continuidade: Trata-se de AIH para continuidade de tratamento em procedimentos que admitem longa permanência, como na psiquiatria e no tratamento em tuberculose entre outros.

A data de internação na AIH 5 permanece a mesma da AIH 1, mesmo que a internação se prolongue por meses (ou anos), representando uma única internação. Já a data da saída acontece sempre em competência diferente da competência da internação, havendo permanência ou não. No caso de permanência, a AIH 5 é "renovada" mensalmente.

Os procedimentos que permitem emissão de AIH 5 tem como atributos complementares: ADMITE LONGA PERMANÊNCIA E PERMANÊNCIA POR DIA.

2. Prontuário Médico:

De acordo com o Art. 87º do Novo Código de Ética Médica é vedado ao médico: Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.

- O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina.
- O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

O prontuário é um instrumento valioso para a paciente, para o médico e demais profissionais de saúde, para a instituição que atende, bem como para o ensino, a pesquisa, a elaboração de censos, propostas de assistência à saúde pública e para a avaliação da qualidade da assistência prestada. O correto e completo preenchimento do prontuário são grandes aliados do médico para sua eventual defesa.

O prontuário, na verdade prontuário do paciente, é o conjunto de documentos padronizados, ordenados e concisos, destinados ao registro de todas as informações referentes aos cuidados médicos e de outros profissionais de saúde prestados ao paciente.

As anotações no prontuário ou ficha clínica devem ser feitas de forma legível, permitindo, inclusive, identificar os profissionais de saúde envolvidos no cuidado. Além disso, o médico está obrigado a assinar e carimbar ou, então, assinar, escrever seu nome legível e sua respectiva inscrição no CRM.

Não há lei que obrigue o uso do carimbo, mas que o nome do médico e seu respectivo CRM estejam legíveis. No prontuário do paciente deve ser registrado:

- Atendimento ambulatorial;
- Atendimento de urgência;
- Evolução médica;
- Evolução de enfermagem e de outros profissionais assistentes.
- No caso de internação, as evoluções devem ser diárias, com data e horário em todas elas;
- Partograma (em obstetrícia);
- Prescrição médica;
- Prescrição de enfermagem e de outros profissionais assistentes - No caso de internação, as prescrições devem ser diárias, com data e horário em todas elas;
- Exames complementares (laboratoriais, radiológicos, ultrassonografias e outros) e seus respectivos resultados; • Descrição cirúrgica;

- Ficha de anestesia;
- Material usado no centro cirúrgico ou obstétrico (gasto de sala);
- Resumo de alta; m. Boletins médicos.
- O nome completo do paciente deve constar em todas as folhas do prontuário. Os documentos gerados no atendimento de urgência e no ambulatório devem ser arquivados junto com o prontuário em caso de gerar internação hospitalar.

Itens obrigatórios no prontuário do paciente:

- Identificação da paciente;
- Anamnese;
- Exame físico;
- Hipóteses diagnósticas;
- Diagnóstico(s) definitivo(s);
- Tratamento(s) efetuado(s);
- Cópia do Espelho da AIH (para possíveis auditorias).

O que não deve ser feito no prontuário:

- Escrever a lápis;
- Usar líquido corretor;
- Deixar folhas em branco;
- Fazer anotações que não se referem à paciente.

3. Codificação:

No prontuário do paciente deve constar o número da AIH autorizada.

O NÚMERO da AIH pode ser gerado das seguintes formas:

- A partir do Módulo Autorizador, aplicativo disponível no www.datasus.gov.br
- Etiquetas autocolantes ou não com a numeração gerada por aplicativo próprio;
- Impressa em papel comum e colada no laudo de AIH;
- Manuscrito e controlado por protocolo, embora com maior possibilidade de erro;
- Através de Carimbo Datador Automático;
- A partir do Sistema Nacional de Regulação (SISREG).

A numeração da AIH constitui-se de 13 (treze) dígitos, incluído o dígito verificador, de acordo com a seguinte composição:

- Primeiro e segundo dígitos correspondem a Unidade da Federação, de acordo com o código do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística / IBGE, exceto nos casos das séries numéricas específicas da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), que iniciam com o número 99 para todo Brasil, sem divisão por UF.
- Terceiro e quarto dígitos correspondem aos dois últimos algarismos do ano de referência (Ex.: 16 para 2016).
- O quinto dígito deverá ser o número: - 1 (um) para identificar que a autorização é de Internação (AIH) - uso geral; - 3 (três) para identificar que a numeração é de internação (AIH) específica da CNRAC; ou - 5 (cinco) para identificar que a autorização é de internação (AIH) específica para a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), seja componente I, II ou III, definidos pela Portaria GM/MS nº 1.340, de 29 de junho de 2012 e legislação correlata.
- Os sete algarismos seguintes, que correspondem às posições 6, 7, 8, 9, 10, 11, e 12 obedecem a uma ordem crescente, começando em 0.000.001, indo até no máximo 9.999.999;
- O último algarismo, da posição 13, é o dígito verificador, calculado pelo programa “DR SYSTEM”. A duplicação de um número implica em rejeição com a crítica “AIH já utilizada em outro processamento”. No site <http://sihd.datasus.gov.br> em Remessas de AIH pode ser feita a consulta digitando o número da AIH e saber se o número foi utilizado em outra competência.
- O arquivo gerado no SISAIO1 deve ser entregue ao gestor local a cada competência.

Instrumento de registro:

Os procedimentos relacionados aos pacientes em tratamento em regime de internação ou hospital-dia estão classificados com instrumentos de registro AIH (proc. Principal), AIH (proc. Especial) e AIH (proc. Secundário). AIH (proc. principal): refere-se ao principal motivo de assistência na internação na internação.

Trata-se do procedimento que gera a AIH, exige autorização e é lançado nos campos procedimento solicitado, realizado. Com exceção dos procedimentos principais que tem valor zerado no SIGTAP, esses procedimentos devem ser lançados na 1ª linha do campo procedimentos realizados AIH (proc. especial): são procedimentos que não geram AIH, podem agregar valores ao procedimento principal e a critério do gestor podem necessitar de autorização.

Lançados somente no campo “procedimentos realizados”. Cada procedimento especial tem regras específicas para a apresentação que incluem quantidade máxima permitida, compatibilidade com o procedimento principal, com CID e com outros procedimentos especiais. AIH (proc. secundário): Procedimentos que não geram AIH. Não exigem autorização, lançados apenas no campo “procedimentos realizados” para fins de registro de informação, uma vez que tem valor zerado na AIH.

No atributo valores do procedimento principal o valor total está dividido em Serviços Hospitalares/SH e serviços profissionais/SP. Esses valores correspondem a: SH: incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene pessoal, de apoio ao paciente no leito, materiais hospitalares, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e serviços profissionais (exceto médicos e cirurgiões dentistas). SP: serviços profissionais médicos e cirurgiões dentistas.

O médico após o registro de anamnese clínica, registrará o código do procedimento solicitado, de acordo com a tabela SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. É a ferramenta utilizada para qualificar a apresentação da codificação das contas médicas referente aos atendimentos prestados pelo SUS.

Este impresso permite a emissão da AIH que irá garantir o pagamento da Internação SUS. O Laudo Médico deverá ser preenchido no ato da internação do paciente e autorizado, no caso de emergência, em até 72 horas após a internação do paciente, não incorrendo em rejeição da internação caso ultrapasse o prazo.

Na internação, o paciente recebe cuidados médico hospitalares e, após o tratamento/alta os dados e atos são apontados /registrados na Planilha de Contas Hospitalares para efetuar a cobrança lançando na AIH e/ou sistema informatizado.

Os dados e atos apontados na Planilha de Contas Hospitalares são codificados de acordo com a SIGTAP, CID 10 E CBO.

A Tabela de Procedimentos (SIGTAP), Medicamentos e OPM do SUS está estruturada por níveis de agregação. São 04 (quatro) os níveis, a saber:

- GRUPO – Abrange o maior nível de agregação da tabela – primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas
- SUBGRUPO – Segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.
- FORMA DE ORGANIZAÇÃO – Terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: Área Anatômica; Diferentes Sistemas do Corpo

Humano; Por Especialidades; Por Tipos de Exame; Por Tipos de Órtese e Prótese; Por Tipos de Cirurgias; outros.

- PROCEDIMENTO – É o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível - É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao atendimento de usuários no Sistema Único de Saúde. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

Características específicas do procedimento:

ATRIBUTOS - São características inerentes aos procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estão relacionados diretamente:

- Ao próprio procedimento;
- Ao estabelecimento de saúde por meio do SCNES;
- Ao usuário do SUS; e
- A forma de financiamento definidas nas Políticas de Saúde do SUS.

O código de procedimento está estruturado da seguinte forma:

- A estrutura de codificação de cada procedimento tem 10 (dez) dígitos de formato numérico;
- Os dois primeiros dígitos identificam o grupo;
- O terceiro e o quarto dígitos identificam o subgrupo;
- O quinto e o sexto dígitos identificam a forma de organização;
- O sétimo, o oitavo e o nono dígitos identificam o sequencial dos procedimentos; e
- O décimo dígito identifica a validação do código do procedimento.

O dígito tem a função de verificar se o código foi corretamente transcrito ou se houve erro ou troca de algarismos ou posições.

Diante das possibilidades orçamentárias do Ministério da Saúde, foram definidos alguns critérios para diminuir diferenças ou minimizar distorções encontradas no processo de unificação.

Definiu-se que o grupo de procedimentos de finalidade diagnóstica tivesse o mesmo valor de procedimento para os sistemas ambulatorial e hospitalar, baseado no fato de que a complexidade do exame não se altera por ser este realizada ambulatorialmente ou em regime de internação.

Vários procedimentos com finalidade diagnóstica não tinham valor na tabela hospitalar, e sim no rateio de pontos, mesmo os procedimentos passíveis de autorização. Assim, os procedimentos: Tomografia; Endoscopia; Radiologia Intervencionista; Medicina Nuclear in Vivo; Ressonância Magnética; Anatomia Patológica; Coleta por punção ou biopsia; Ultrassonografia e Diagnóstico em Hemoterapia ficaram com o mesmo valor no ambulatório e no hospital.

Na Tabela, o valor do procedimento de internação possui dois componentes: Serviços Hospitalares (SH), incorporando os Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT) e Serviços Profissionais (SP). O valor do procedimento ambulatorial tem um componente, Serviços Ambulatoriais (SA).

O valor da internação hospitalar compreende:

- Serviços Hospitalares - SH - incluem diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia – SADT (exceto medicamentos especiais e SADT especiais); e
- Serviços Profissionais - SP - Corresponde à fração dos atos profissionais (médicos, cirurgiões dentistas e enfermeiros obstetras) que atuaram na internação. - O valor ambulatorial (SA): compreende somente o componente SA, que inclui taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais, medicamentos, apoio, não está incluído medicamento de dispensação excepcional.

Observação - Considerando que o Pacto de Gestão estabelece a extinção do Tipo 7, ou seja, exclui a desvinculação de honorários de pessoa física, referente à prestação de serviços hospitalares, é necessário rediscutir no prazo definido naquele instrumento normativo, na Comissão Inter gestores Tripartite, a forma de absorver o componente SP no valor hospitalar da Tabela.

Quanto à diária de UTI, cujo código não existia na tabela SIH/SUS: Aos procedimentos de Diária de UTI, que na tabela do SIH não tinham códigos (UTI I), foram atribuídos códigos na Tabela UTI adulto, neonatal e pediátrica, foi adotada a média ponderada, considerando a produção de 2005, no valor de R\$ 95,90.

Quanto à diária de acompanhante, cujo não existia código na tabela do SIH/SUS Para diária de acompanhante, que na tabela do SIH não tinha código, na Tabela foram atribuídos 02 códigos:

- Diária de acompanhante para criança e adolescente;
- Diária de acompanhante adulto. Neste caso, foi adotado o valor único com a média fixada em R\$ 4,33 considerando os valores da diária geral de R\$ 2,65 e o da diária para a gestante e idoso de R\$ 6,00.

Referente ao incremento, na tabela, o critério adotado quando da existência de mais de um procedimento de origem, com valores diferentes por vinculação a uma habilitação como, por exemplo, o procedimento de Parto, foi o de unificar os procedimentos e estabelecer um % de incremento vinculando à habilitação específica, em conformidade às portarias específicas.

Considerando a diversidade dos hospitais quanto à capacitação tecnológica, entendida como os recursos humanos disponíveis, o arsenal diagnóstico e terapêutico, sua capacidade de gestão e em face das excepcionalidades médicas cabe a cada gestor autorizar o processamento das AIH sob sua responsabilidade que não atinjam a faixa etária, o tempo mínimo de permanência dos procedimentos da Tabela do SIH-SUS ou utilizem quantidade acima da máxima estabelecida.

Cabe ao prestador, ao confirmar o procedimento realizado solicitar a liberação de crítica para processamento. A solicitação é registrada no momento da digitação da AIH no SISAIH01, mas a confirmação da liberação ou não é feita pelo gestor no momento do processamento das AIH no SIHD/SUS. No SIH/SUS esta AIH aparece para o autorizador como bloqueada pelo sistema e ele pode liberar ou manter o bloqueio.

Sempre houver solicitação de liberação de crítica a AIH será bloqueada para análise, independentemente de ter ou não crítica prevista. Os motivos de bloqueio que permitem solicitação de liberação de crítica previstos no sistema são:

- **PERMANÊNCIA MENOR:** Quantidade de dias de internação (diárias) inferior ao previsto no atributo do procedimento no SIGTAP: As AIH serão bloqueadas por motivo de permanência menor caso os procedimentos realizados não atinjam a quantidade mínima de dias de internação, em número de diárias (menos de 50% dos dias previstos no atributo média de permanência do procedimento definido na tabela de procedimentos). Se considerar que não houve alta precoce do paciente, pois o tratamento em regime de internação foi realizado, o prestador pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica no sistema SISAIH01. Procedimentos com atributo de média de permanência de até 3 dias, inclusive, não tem crítica. As AIH com motivo de encerramento ÓBITO não tem crítica de permanência a menor. Para o cálculo da permanência mínima, considera-se apenas os números inteiros que resultam do cálculo da metade dos dias de média de permanência. Assim, procedimento com média de permanência de sete dias, por exemplo, tem permanência de internação mínima de três dias, ou melhor, três diárias.
- **IDADE MENOR OU MAIOR:** Para as AIH com registro de procedimentos rejeitados por motivo de idade maior ou menor que o definido na tabela de procedimentos como mínima e máxima, mas que de fato ocorreram em idade diferente, o prestador pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema. O sistema faz crítica de idade a cada procedimento, exceto se for um procedimento especial que já tem no SIGTAP a

compatibilidade prevista com o principal. Neste caso a crítica de idade não é feita porque não é necessário, como nas AIH de parto com procedimentos realizados no RN. Alguns procedimentos têm como atributo “NÃO ADMITE LIBERAÇÃO DE CRÍTICA DE IDADE”. Nesses casos não é possível a liberação da AIH e entende-se que o procedimento realizado deve ser revisto por tratar-se de possível erro de codificação de procedimento.

- **PERMANÊNCIA E IDADE:** Nas AIH com procedimento criticado por ambos os motivos, o prestador pode solicitar ao gestor a liberação de crítica.
- **QUANTIDADE MÁXIMA:** Esta liberação de crítica está restrita aos procedimentos que tem o atributo complementar “Admite liberação de quantidade na AIH” no SIGTAP. Não existe liberação de quantidade para procedimento principal ou para OPM (grupo 07).
- **MÉDIA DE PERMANÊNCIA, IDADE E QUANTIDADE:** Os procedimentos rejeitados pelos três motivos, o prestador pode solicitar, ao gestor, liberação de crítica informando no sistema. O SIH/SUS bloqueia automaticamente as AIH com solicitação de liberação de crítica realizada no SISAIH01 para análise dos auditores/autorizadores (gestor), que podem confirmar ou não está liberação. Os procedimentos que admitem esta liberação estão no SIGTAP no <http://sigtap.datasus.gov.br>. Escolhendo no menu lateral o seguinte: Relatórios – Procedimentos – Consultar. Escolher a opção COMPLETO no início da página e em Atributos Complementares selecionar Admite liberação de quantidade na AIH e clicar no final para exibir o relatório. Aí estarão todos os procedimentos para os quais é possível liberar a quantidade na AIH. Esses procedimentos, também, podem ser consultados no menu DETALHES do SISAIH01.

Após a codificação, conferência da digitação e emissão de espelhos de AIH. São gerados arquivos txt de BPA E SISAIH01, os quais são protocolados na SMS e/ou núcleo de saúde, conforme fluxo local e cronograma estabelecido.

Diante descrito acima, o **Instituto Social Mais Saúde** apresenta a seguinte Instrução de Trabalho com a finalidade de estabelecer as regras que nortearão a Auditoria Interna:

A Auditoria Interna prevê visitas semanais “in loco” para realização de conferência de integral das contas hospitalares, dentre eles materiais, medicamentos, gasoterapias e demais insumos, validando-os de acordo com o que foi efetivamente utilizado durante as respectivas internações hospitalares além da análise das contas ambulatoriais e pronto socorro, por profissional médico e/ou de enfermagem, especializado na área de auditoria.

- Auditoria Médica:
- Análise de custos e registros em prontuários por alta médica;

- Análise de informações relacionadas ao paciente (nome, idade, gênero), tipo de internação e diagnóstico.
- Análise de compatibilidade entre quantidade de honorários cobrados e registros no prontuário de paciente.
- Análise de compatibilidade entre codificação de produção realizada e registro no SIGTAP.
- Análise de compatibilidade entre autorizações registradas e exames, medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), hemoterapia, diárias, prorrogações e procedimentos realizados.
- Confrontação de número de diárias cobradas com os registros de data e horário de entrada, data e horário de saída e horário da alta médica.
- Verificação sobre valor cobrado de OPME pelo fornecedor (cópia da nota anexada ao prontuário) e o percentual referente à margem de comercialização contratada. •
- Análise do prontuário, em conjunto com o Enfermeiro Auditor, verificando a pertinência das cobranças.
- Aplicação de glosas de não conformidades, registrando-as nas respectivas contas e comunicação formal ao representante do Conveniado para posterior discussão e justificativa das mesmas.
- Responsabilização via carimbo (nome e número de registro no CRM), data e assinatura das contas auditadas.

Referente a auditoria de Enfermagem:

- Análise de custos e registros em prontuários por alta médica.
- Análise de informações relacionadas ao paciente (nome, idade, gênero), tipo de internação e diagnóstico.
- Verificação de compatibilidade de materiais e medicamentos são compatíveis com as prescrições.
- Verificação de checagem de materiais e medicamentos prescritos pela equipe de Enfermagem.
- Verificação de checagem de prescrição médica e/ou anotação de Enfermagem e uso de equipamentos e materiais de apoio relacionados.
- Verificação de checagem entre quantidade e dosagem cobrada versus prescrições da medicação, materiais e gasoterapias.

- Análise de prontuário integrada ao Médico Auditor, verificando a pertinência das cobranças.
- Responsabilização via carimbo (nome e número de registro no COREN), data e assinatura das contas auditadas.

Referente às regras específicas do estado de mato grosso do sul.

Instrução Normativa No 006/06, 20 De Julho De 2006

Dispõe da autorização de laudos para realização de procedimentos eletivos.

RESOLUÇÃO N. 033/SES/MS, DE 19 DE MAIO DE 2020.

Determina que a revisão e autorização de prontuários será realizada de maneira virtual por meio de análise dos arquivos de sistema e planilha elaborada pela CECAA contendo os dados dos atendimentos.

RESOLUÇÃO N. 013/SES/MS, DE 12 DE ABRIL DE 2019.

Institui regulação e autorização via sistema CORE dos procedimentos realizados eletivamente. Sistema a ser utilizado pela pré-autorização e faturamento.

ORIENTAÇÃO TÉCNICA Nº 795/2023/CCON-AUDSUS-SES-MS

Dispõe de instruções para apresentação de procedimentos oftalmológicos.

Resolução Nº 155/SES/MS, 02 de janeiro de 2024.

Estabelece os prazos a serem enviados os arquivos de produção no ano de 2024, havendo a cada ano uma nova resolução com os prazos do referido ano.

1.3.2. Apresentação de manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade.

Manual de normas e rotinas para administração econômico-financeira e contabilidade

INTRODUÇÃO

O setor financeiro do Instituto Social Mais Saúde é estruturado com base em um modelo de gestão verticalizada, tendo o núcleo central localizado na sede administrativa em São Paulo. Esse núcleo é responsável pela administração dos projetos com contratos de gestão, garantindo o acompanhamento e controle financeiro das atividades da instituição.

O modelo gerencial do trabalho financeiro é fundamentado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com atenção às políticas públicas e aos contratos de gestão. A gestão será ainda embasada em processos altamente qualificados e em uma administração integral e eficiente de todos os setores da unidade hospitalar, com foco na otimização de custos, sustentabilidade do negócio e entrega de valor aos usuários assistidos.

OBJETIVO

Determinar as bases conceituais e operacionais relacionadas à gestão dos recursos financeiros com eficiência, responsabilidade, planejamento, controle e transparência.

Elaborar o planejamento financeiro para cumprir o orçamento estabelecido no contrato de gestão assegurando que os recursos sejam utilizados em conformidade com as políticas, normas e objetivos estratégicos do projeto.

A gestão financeira abrange a definição dos mecanismos de execução das melhores práticas que possibilitem maximizar o retorno dos recursos utilizados sobre os resultados assistenciais estabelecidos nos contratos de gestão em conformidade com as exigências dos contratos firmados com os órgãos públicos.

FINALIDADE

O serviço financeiro do ISMS terá a finalidade de administrar de forma eficiente os recursos financeiros da instituição, incluindo o planejamento e controle orçamentário, gestão de custos, fluxo de caixa, contas a pagar e a receber, auditoria e conformidade com as normas fiscais e regulamentares. Além disso, envolve a gestão de investimentos e aplicações, elaboração de relatórios financeiros, captação de recursos e garantia da sustentabilidade financeira do hospital, sempre buscando otimizar os recursos e assegurar a continuidade dos serviços de saúde com qualidade e eficiência.

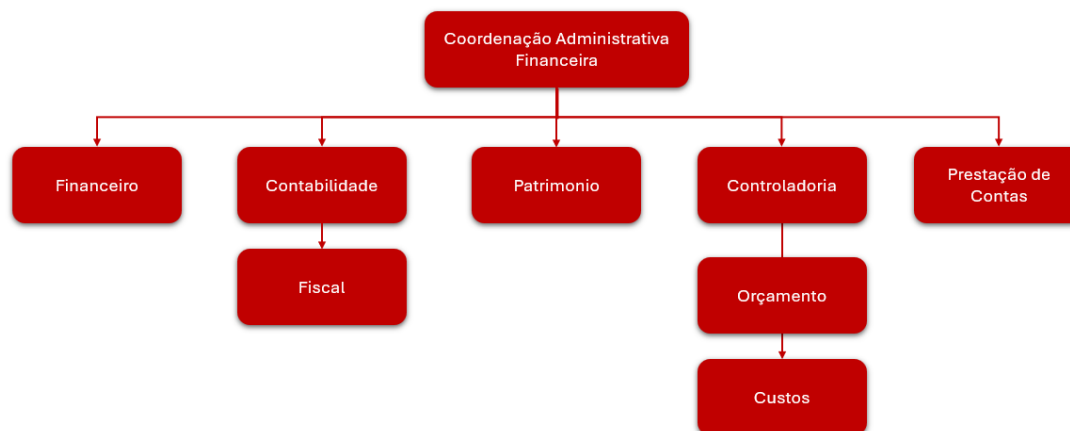
FUNCIONAMENTO

A equipe de trabalho será composta por profissionais de nível médio e superior, todos capacitados e preparados para exercer atividades com excelência, qualidade e segurança. A jornada de trabalho será de 220h/mês, sendo está organizada por escalas de trabalho elaboradas pelos gestores de cada setor e validadas pelos próprios colaboradores e diretoria.

Horário de Funcionamento: De Segunda a Sexta-Feira das 8h as 18h.

Estrutura de Organograma da Gestão Financeira

O serviço financeiro no ISMS é estruturado, conforme organograma abaixo na unidade:



Gestão Financeira na unidade

A área financeira na unidade será gerida conforme Políticas e Diretrizes institucionais pela equipe de profissionais capacitados para realizar as atividades de gestão financeira mantendo a segurança e transparência, composta pelas áreas abaixo que responderão à Coordenação Administrativa Financeira:

- Financeiro
- Contabilidade
- Fiscal
- Patrimônio
- Controladoria
- Orçamento
- Custos
- Prestação de Contas

Coordenação Administrativa Financeira

Em relação as atividades de Gestão Financeira, a Coordenação Administrativa Financeira deve cumprir e Executar todas as determinações da Política Financeira e cumprir as regras financeiras estabelecidas no contrato de gestão. Terá como principais atribuições planejar, organizar, controlar e gerenciar todas as áreas financeiras da unidade, programar o orçamento mensal e anual com base no orçamento de custeio estabelecido para gestão do contrato, zelar pela exatidão das informações que são levantadas para composição da prestação de contas mensal, participar efetivamente da elaboração do Planejamento Estratégico do Hospital com desdobramento de objetivos e ações estratégicas, dentre outros.

A gestão financeira da unidade segue as Políticas e Normas estabelecidas no ISMS conforme orientação e direção da Diretoria Administrativa Financeira corporativa.

1 Papel e Responsabilidade

1.1 Financeiro

O setor é responsável por proceder e acompanhar todas as entradas e saídas dos recursos financeiros do hospital (contas a pagar e controle das entradas de repasses), realizar os registros das movimentações bancárias, promovendo a aplicação eficiente dos recursos, conciliações bancárias, gestão do fluxo de caixa, acompanhamento do orçamento anual e atendimento à documentação da prestação de contas financeira. Além disso, realiza a abertura e o fechamento de contas bancárias, atendendo às especificações contratuais, e realiza o controle por meio dos indicadores estratégicos financeiros.

1.2 Contabilidade

O setor é responsável pelo demonstrativo econômico-financeiro da instituição, tendo a função de ilustrar todas as entradas e saídas econômicas-financeiras, além de cumprir os direitos e obrigações dispostos nas legislações pertinentes e Normas Contábeis vigentes. Suas atividades serão fundamentais para o monitoramento dos custos hospitalares, uma vez que, assessorará a diretoria nas tomadas de decisão relacionadas à Gestão financeira da empresa.

A contabilidade é responsável por assegurar a boa gestão fiscal, garantido o registro fiscal em conformidade com a legislação fiscal municipal, estadual e federal para o devido registro nos livros fiscais.

Será responsável por fazer a escrituração das movimentações fiscais, analisar impostos e garantir que todas as obrigações acessórias sejam cumpridas.

1.3 Patrimônio

Este setor será subordinado diretamente Coordenação Administrativa Financeira da unidade e cumprirá as orientações e diretrizes da Diretoria Administrativa Financeira Corporativa. Será gerenciado por profissional devidamente qualificado, respondendo pelo controle de inclusão, transferência e baixa dos bens patrimoniais, sempre registrando e respeitando às exigências da contratante, ente proprietário do patrimônio.

1.4 Prestação de Contas

A área de Prestação de Contas será subordinada diretamente a Coordenação Administrativa Financeira da unidade e cumprirá as normas e diretrizes da Diretoria de Operações Corporativa. O papel desta área é fundamental para garantir a transparência de todas as atividades

financeiras e operacionais disponibilizando evidências documentais e metas conforme exigência da contratante e demais órgãos regulamentares e inserir os documentos no sistema informatizado a ser disponibilizado pelo contratante.

Esta área será responsável cumprir as exigências do Manual de Prestação de Contas ou orientações e normativas a serem disponibilizadas pelo contratante.

1.5 Controladoria

A área de controladoria será subordinada diretamente a Coordenação Administrativa Financeira da unidade e deve cumprir as diretrizes e normativas da Diretoria Administrativa Financeira corporativa. O papel da controladoria é elaborar o planejamento orçamentário e realizar o acompanhamento do orçado versus realizados de cada tipo de despesas para assegurar o cumprimento do programa de custeio estabelecido pelo contratante. Também é responsável pela implantação dos sistemas de custos e apuração dos custos diretos e indiretos da unidade, realizando análises financeiras e propor melhores práticas de gestão de custos para que a unidade seja sustentável na aplicação eficiente dos recursos financeiros públicos.

2. Fluxo de Processos

2.1 Principais Atividades da Gestão Financeira.

Contas a receber

Garantir a boa gestão do contas a receber, controle dos contratos de gestão e termos aditivos.

- Assegurar que os valores estejam corretos e de acordo com os contratos de gestão.
- Registrar todos os recebimentos de valores no sistema tasy.
- Realizar a conciliação bancária para garantir que os valores registrados como recebidos estejam em conformidade com os extratos bancários.
- Valores recebidos provenientes de investimento deverão ser alocados em contas distintas das contas de custeio, realizando o devido controle e segregação desses recursos para garantir a transparência e a correta aplicação dos mesmos.

Contas a pagar

- Garantir a boa gestão do contas a pagar, acompanhamento do contas a pagar diariamente, zelando os prazos de pagamentos.
- Conferência da documentação antes da realização do pagamento, que deve ser acompanhada das cotações pela área de suprimentos de acordo com o manual da área, validação da nota fiscal pelo diretor do hospital, validação da área fiscal.
- Acompanhamentos dos adiantamentos, realizar compensação e cobranças semanais.

- Enviar emails aos fornecedores com as notas baixadas/pagas.
- Após o pagamento, realizar baixas dos títulos pagos no sistema tasy.
- Realizar a conciliação bancária para garantir que os valores registrados como pagos estejam em conformidade com os extratos bancários.
- Monitoramento dos extratos bancários.
- Incluir os comprovantes digitalizados no sistema tasy;

Fluxo de caixa

- Realizar a criação do fluxo de caixa mensalmente de acordo com as entradas e saídas prevista do período.
- Controlar o fluxo de caixa, gerenciar investimentos e otimizar a utilização dos recursos financeiros para garantir a operação contínua e eficiente dos hospitais.
- Apresentar mensalmente a diretoria o orçado x realizado.
- Controlar a gestão de entradas de recursos, monitorar e analisar despesas e custos operacionais;
- Acompanhar o orçamento anual, analisar possíveis variações com relação ao estabelecido

Relacionamento bancário

- Gerenciar relacionamentos com instituições bancárias, garantindo condições favoráveis e a resolução eficiente de questões financeiras;
- Realizar abertura de contas bancárias específicas de acordo com cada contrato de Gestão, custeio, provisão trabalhista, investimentos e reservas técnicas.
- Realizar o monitoramento das contas da instituição, fechamento de contas inutilizadas e/ou de projetos encerrados.
- Realizar negociação de tarifas bancárias e pacotes;
- Realizar aplicações financeiras de baixo risco, respeitando as cláusulas contratuais do projeto.

Indicadores financeiros

- Elaborar os indicadores estratégicos da área mensalmente, acompanhamento e monitoramento mensal.
 - I. PPE: prazo de pagamentos emergenciais;

- II. Adiantamento Previsto vs Realizado;
- III. Posição Fluxo de Caixa;
- IV. Percentual de cobertura de provisões;

Prestação de contas financeira

- Disponibilizar a documentação financeira no prazo estabelecido à área de prestação de contas, seja diária ou mensal, levantamento de dados e documentação comprobatória;
- Extratos bancários;
- Relatório de conciliação bancária;
- Comprovantes de pagamentos;
- Formulários de adiantamentos pagos;
- Planilhas de monitoramento de acordo com cada contrato de Gestão.

Parágrafo Único – As atividades do Financeiro serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

Principais Atividades da Gestão Contábil:

Contabilidade

- Planejar, gerenciar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades do setor, de forma a cumprir com as políticas e manuais institucionais do ISMS.
- Gerenciar e garantir a preparação e escrituração dos documentos contábeis, de acordo com o plano de contas estabelecido e em consonância com a legislação contábil, fiscal, tributária e financeira em vigor.
- Garantir que os registros contábeis sejam realizados de acordo com as normas brasileiras de contabilidade (NBC);
- Preparar as Demonstrações Financeiras obrigatórias, incluindo: Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), Demonstração do Valor Adicionado (DVA), e Demonstração dos Fluxos de Caixa (DFC);
- Realizar conciliações periódicas de contas bancárias, fornecedores, recebíveis, impostos e patrimônio;
- Emitir nota de empenho ou nota fiscal e ou anulação bem como a liquidação dos mesmos de acordo com a legislação e mantendo atualizado seu controle.
- Acompanhar os balanços e as demonstrações contábeis;

- Supervisionar e desenvolver a equipe, promovendo a melhoria continua e a capacitação dos colaboradores;
- Elaborar manual de normas e rotinas do próprio bem como mantê-lo atualizado;
- Garantir o cumprimento de prazos do setor e ao órgão público.
- Acompanhar os indicadores financeiros como superavit, liquidez, endividamento, eficiência operacional, para assegurar a sustentabilidade da instituição;
- Colaborar na elaboração e acompanhamento do orçamento anual;
- Organizar e disponibilizar toda documentação contábil para auditorias internas, externas, fiscalizações do contratante e demais órgãos regulatórios;
- Trabalhar em conjunto com as áreas financeiras, Recursos Humanos, fiscal e patrimônio para garantir a consistência das informações;
- Além de outras atividades correlatas.

Fiscal

- Assessorar e orientar as demais áreas sobre operações tributárias e fiscais;
- Organizar, registrar, calcular, e validar os impostos incidentes sobre os serviços executados e tomados pela entidade tanto a nível Federal, Estadual e Municipal;
- Criação de controles fiscais e tributários específicos, atendendo a legislação vigente de forma que, dentro dos seus limites, garanta as certidões negativas da entidade;
- Receber, conferir e registrar notas fiscais de entrada e saída
- Assegurar a adequação dos documentos fiscais em conformidade com a legislação e exigências do contrato de Gestão;
- Emitir e fornecer informes de rendimentos para prestadores de serviços e fornecedores;
- Assegurar o cumprimento de prazos e obrigações fiscais e tributárias;
- Elaborar e transmitir declarações fiscais obrigatorias;
- Garantir a correta escrituração fiscal e a Integridade das informações declaradas;
- Monitorar a situação fiscal da entidade perante aos órgãos de fiscalização tributária e fiscal;
- Validar e gerar guias de recolhimento tributário em conformidade com a legislação tributária;
- Validar retenção de impostos de notas fiscais de prestadores de serviços;

- Gerar guias de tributos e enviar ao financeiro para pagamento assegurando o cumprimento dos recolhimentos dentro dos prazos de vencimento.
- Preparar e organizar a documentação necessária para auditorias internas e externas;
- Capacitar os colaboradores das áreas administrativas para compreenderem aspectos básicos da legislação fiscal.

Indicadores Estratégicos:

Os indicadores estratégicos da área de contabilidade serão elaborados e apresentados mensalmente para assegurar a gestão eficiente dos recursos:

- Índice de Liquidez Geral
- Performance de Fechamento Contábil

2.3 Principais atividades do Patrimônio

- Gestão e Controle Patrimonial
 - Implantar e manter um **Sistema Informatizado de Controle Patrimonial** integrado à contabilidade e ao sistema de gestão hospitalar.
 - Realizar o **inventário físico completo** de bens móveis e imóveis na fase inicial da gestão e atualizá-lo anualmente.
 - Implementar o **processo de identificação de bens com etiquetas patrimoniais**, incluindo bens próprios, cedidos e doados.
 - Criar e manter o **Plano Anual de Inventário Patrimonial**, com cronograma, metodologia de contagem e reconciliação contábil.
 - Estabelecer procedimentos formais para o **recebimento, transferência, cessão, baixa e alienação de bens** conforme normas do Estado.
 - Elaborar relatórios mensais de movimentação de bens e enviar à SES conforme modelo definido.
 - Implantar **rotinas de conciliação patrimonial e contábil**, assegurando a correspondência entre o sistema físico e o contábil.
- Segurança, Seguros e Preservação de Bens
 - Implantar sistema de controle de acesso e vigilância patrimonial, com registros de entrada e saída de equipamentos.
 - Elaborar Plano de Segurança Patrimonial, prevendo ações contra furtos, sinistros e avarias.

- Contratar, em até 60 dias, seguro patrimonial completo (incêndio, roubo, danos elétricos e sinistros naturais) para todos os bens sob guarda do ISMS.
 - Criar protocolo para comunicação imediata de sinistros à SES (até 24 horas após ocorrência).
 - Implantar política de uso responsável dos bens e campanha de conscientização entre colaboradores.
- Gestão de Ativos, Depreciação e Reavaliação
 - Calcular e registrar depreciação mensal dos bens, conforme normas contábeis públicas e orientações da SES.
 - Realizar reavaliações periódicas dos ativos, especialmente equipamentos médico-hospitalares e mobiliário.
 - Monitorar a vida útil e o estado de conservação dos bens, classificando-os quanto ao uso (ativo, ocioso, inservível).
 - Gerenciar planos de substituição e renovação de equipamentos, integrando-os ao planejamento orçamentário anual.
 - Manter histórico patrimonial completo (data de aquisição, valor, localização, número de tombo, status, depreciação acumulada)
- Conformidade Legal e Relacionamento com a SES
 - Enviar à SES/MS relatórios mensais de bens adquiridos, doados ou cedidos, com respectivas notas fiscais.
 - Garantir o registro tempestivo de novos bens e reconciliação com os Termos de Permissão de Uso de Bens Móveis e Imóveis (Anexos V e VI).
 - Assegurar o livre acesso da Auditoria, da SGH e do AudSUS às dependências, sistemas e documentos patrimoniais.
 - Manter arquivo físico e digital de todos os documentos comprobatórios (NF, termos de responsabilidade, relatórios de vistoria).
- Manutenção e Sustentabilidade dos Ativos
 - Implantar o Programa de Manutenção Preventiva e Corretiva de Equipamentos e Instalações.
 - Integrar a gestão de manutenção ao sistema patrimonial, com registros de ordens de serviço e custos.

- Elaborar relatórios trimestrais de manutenção e estado dos bens, indicando necessidades de reposição.
- Acompanhar contratos de assistência técnica, calibração e garantias de equipamentos.
- Eficiência na gestão de patrimônio
 - Garantir boas práticas na guarda e controle de todo ativo fixo sob responsabilidade da entidade, adquirido pela entidade ou cedido pelos contratantes;
 - Gestão do Inventário, realizar o registro e controle de todos os bens e a conferência física dos bens patrimoniais para verificar sua localização e estado de conservação;
 - Planejar, organizar e realizar o inventário de todos os bens de forma periódica, assegurando o eficácia no controle do ativo fixo;
 - Manter o inventário atualizado, identificando cada bem com etiquetas patrimoniais;
 - Registrar as aquisições de novos equipamentos mobiliários;
 - Gerenciar o processo de descarte ou alienação de bens obsoletos ou inservíveis, respeitando as normas institucionais, legais e do contrato de Gestão;
 - Calcular e registrar a depreciação dos ativos, seguindo as normas contábeis e instruções do contratante;
 - Realizar reavaliações periódicas para assegurar a correta valoração do patrimônio;
 - Acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e instalações;
 - Fornecer relatórios detalhados sobre o patrimônio para fins de Gestão, auditoria e fiscalização;
 - Contribuir com o planejamento orçamentário com informações sobre necessidades de reposição ou ampliação de bens;
 - Assegurar que os procedimentos de controle patrimonial estejam em conformidade com a legislação vigente e normas internas;
 - Implementar medidas para proteger os bens contra furtos, danos ou perdas;

- Garantir a cobertura adequada por seguros para os bens de maior criticidade ou valor;
- Integrar informações patrimoniais ao Sistema contábil e financeiro;
- Auxiliar na elaboração de balanços patrimoniais e relatórios de ativos;
- Promover a conscientização dos colaboradores quanto a importância da preservação e uso adequado dos bens patrimoniais.
- Indicadores Estratégicos da área de Patrimônio
 - Índice de Conformidade Patrimonial (ICP)
 - **Objetivo:** Medir a confiabilidade e rastreabilidade do patrimônio sob gestão do ISMS
 - Tempo Médio de Regularização de Pendências Patrimoniais (TMPP)
 - **Objetivo:** Avaliar a agilidade na correção de inconsistências identificadas em auditorias, inventários e vistorias
 - Índice de Disponibilidade de Equipamentos Críticos (IDEC)
 - **Objetivo:** Monitorar a eficiência do parque tecnológico e a manutenção dos equipamentos assistenciais

Parágrafo Único – As atividades de Contabilidade serão disciplinadas, de modo complementar, por manuais de procedimentos, normas e rotinas.

2.4 Principais atividades da Prestação de Contas

- a. Implantação e manutenção de sistema de prestação de contas
 - Garantir que a plataforma eletrônica de prestação de contas seja implantada e validade conforme exigência da contratante em até 30 dias após a assinatura do contrato.
 - Assegurar a integração com os sistemas do SUS e demais sistemas exigidos pela SES.
 - Garantir que o sistema permita o cadastramento individual de metas e indicadores preestabelecidos.
 - Monitorar em tempo real o cumprimento das metas assistenciais e de gestão.
- b. Elaboração e envio de relatórios obrigatórios
 - Preparar e enviar periodicamente os relatórios gerenciais de desempenho financeiro e operacional.

- Enviar demonstrativos de execução orçamentária e financeira conforme os modelos exigidos pela SES.
- Consolidar e apresentar relatórios mensais, trimestrais e anuais de resultados, conforme cronograma definido no contrato de gestão.
- c. Acompanhamento e controle da execução orçamentária
 - Conferir e validar o uso dos recursos públicos, vinculando despesas às metas pactuadas.
 - Acompanhar a execução financeira dos planos de trabalho.
 - Apontar desvios, sugerir correções e registrar justificativas de variações relevantes.
- d. Gestão documental
 - Arquivar e manter atualizados todos os comprovantes fiscais e financeiros vinculados às despesas do contrato.
 - Garantir a organização e guarda de documentos para auditorias e fiscalizações da SES e demais órgãos fiscalizadores.
 - Manter disponível toda a documentação para controle interno e externo, conforme exigido no contrato de gestão.
- e. Atendimento à auditoria e aos órgãos de controle
 - Atender prontamente às solicitações da SES e demais órgãos competentes.
 - Acompanhar visitas in loco, fornecendo relatórios e dados solicitados.
 - Realizar revisões internas periódicas para antecipar inconformidades.
- f. Publicização das prestações de contas
 - Publicar no site institucional da Organização Social os resultados assistenciais e financeiros.
 - Manter no sítio eletrônico e no Portal de Transparência do Governo do Estado, dados do instrumento de gestão, sua execução e avaliação, para consulta, a qualquer tempo, pelos cidadãos interessados e usuários do SUS.
 - Assegurar a transparência ativa, mantendo portal com informações atualizadas.
 - Indicadores Estratégicos da área de Prestação de Contas
 - Prazo Médio de Entrega das Prestações de Contas (PMEPC)
 - Objetivo: Avaliar a pontualidade dos envios à SES/MS

- Índice de Conformidade das Prestações de Contas (ICPC)
 - Objetivo: Verificar a regularidade documental e técnica

Principais atividades da Controladoria

A controladoria e gestão de custos fornece informações essenciais para decisões informadas e para a governança corporativa, assegurando transparência e alinhamento com os objetivos estratégicos da empresa.

Elaboração e acompanhamento do orçamento, incluindo:

- Elaboração do Planejamento Orçamentário contendo todas as rubricas de receitas e despesas da unidade;
- Validação do orçamento com a gestão financeira local e corporativa;
- Elaboração do acompanhamento gerencial do orçamento;
- Acompanhamento do orçado versus realizado por tipo de receita ou despesa;
- Análise crítica dos resultados juntamente com o gestor das áreas envolvidas;
- Justificativa das variações orçamentárias;
- Elaboração de Plano de Ação para assegurar o cumprimento do orçamento;
- Elaboração de Relatórios Gerenciais para apresentação à direção da unidade e SES;

Mensuração e gestão dos custos hospitalares, incluindo:

- Implementação do módulo de custos hospitalares;
- Capacitação e integração da equipe;
- Validação de centros de custos;
- Definição e aplicação de rateios;
- Mensuração mensal de custos;
- Elaboração e validação de relatórios;
- Custos diretos e indiretos;
- Custo médio unitário;
- Custos por setor, procedimento e paciente;
- Análises de rentabilidade;
- Análise de dados e inconsistências;

- Monitoramento e ajustes contínuos.
- Manter atualizado e alimentar continuamente o Sistema APURASUS, instituído pelo Programa Nacional de Gestão de Custos – PT/2018/GM/MS.
- Indicadores Estratégicos da área de Controladoria
 - Índice de Execução Orçamentária (IEO)
 - Objetivo: Acompanhar a execução financeira em relação ao orçamento aprovado
 - Índice de Atualização do APURASUS (IAA)
 - Objetivo: Garantir que o sistema esteja atualizado e auditável

As atividades serão realizadas conforme Manual de Atividades Gestão de Custos corporativo.

3 – Implantação dos serviços administrativos financeiro

A implantação dos serviços administrativos financeiros será conduzida pelo Instituto Social Mais Saúde com base em sua experiência acumulada na gestão de unidades hospitalares públicas de grande porte e complexidade. O processo será conduzido com planejamento técnico, atuação integrada das áreas e foco na continuidade dos serviços com segurança e conformidade.

Abaixo, descrevem-se as etapas e estratégias que demonstram a competência do ISMS na ativação das áreas-chave sob a Gerência Financeira Corporativa:

3.1. Planejamento Prévio

Realização de reuniões com a SES e equipe de transição para levantamento de dados, documentos, sistemas utilizados e estrutura existente.

Elaboração de plano de ação por área com metas, prazos, responsáveis e indicadores de desempenho.

3.2. Implantação da Área Financeira

- Abertura de contas específicas conforme exigência do edital (custeio, investimento, provisões).
- Implantação dos fluxos de contas a pagar e receber, com conferência documental e regras de autorização.
- Configuração do fluxo de caixa com projeções iniciais.
- Integração ao sistema de gestão para registro e controle das movimentações financeiras.

3.3. Implantação da Contabilidade

- Abertura de CNPJ para administração da unidade em conformidade com exigências da contratante.
- Parametrização do plano de contas e estruturação contábil conforme modelo ISMS.
- Migração das informações contábeis essenciais do período anterior (se aplicável)
- Definição das rotinas de escrituração e conciliação contábil.
- Preparação para emissão das Demonstrações Contábeis e atendimento às NBCs.

3.4. Implantação da Gestão Patrimonial

- Levantamento físico dos bens móveis e imobilizados existentes na unidade.
- Conferência e conciliação com documentos de cessão da contratante.
- Registro inicial dos bens com codificação e etiquetação.
- Implantação do sistema de controle patrimonial integrado à contabilidade.

3.5. Implantação da Prestação de Contas

- Adesão a Plataforma Eletrônica de Prestação de Contas conforme exigido pela Contratante.
- Criação dos fluxos de coleta e envio documental com os setores responsáveis.
- Treinamento da equipe quanto aos formatos, prazos e tipos de evidência exigidos.
- Desenvolvimento de rotinas de controle para alimentação, revisão e validação das informações.

3.6. Implantação da Controladoria

- Elaboração do orçamento inicial da unidade conforme metas contratuais.
- Estruturação dos centros de custo.
- Implantação do modelo de acompanhamento orçado x realizado.
- Definição de metodologia de apuração de custos hospitalares com base em absorção.
- Geração dos primeiros relatórios de apoio à gestão com simulações de cenário.

3.7. Suporte Corporativo

Durante todo o processo de implantação, a equipe técnica da sede corporativa do ISMS atuará diretamente na unidade hospitalar, acompanhando presencialmente a ativação dos setores, capacitando as equipes locais e assegurando que os padrões de qualidade e governança do Instituto sejam integralmente seguidos.

4 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

O Manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos foi elaborado seguindo diretrizes do ISMS através de suas Políticas, Normas, Regulamentos e Práticas. Abaixo segue relacionado outros documentos que suportam as atividades administrativas financeiras:

- Política Financeira
- Manual de Atividades do Financeiro
- Manual de Procedimento de Patrimônio
- Manual de Atividades de Gestão de Custos
- Manual de Atividades da Prestação de Contas
- Manual de Atividades da Contabilidade

5 – HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
00	01/12/2024	Emissão do Documento
01	01/15/2025	Revisão do documento

Política Financeira

1 – OBJETIVO

Determinar as bases conceituais e operacionais relacionadas à gestão dos recursos financeiros com eficiência, responsabilidade, planejamento, controle e transparência.

A gestão financeira deverá abranger a definição dos mecanismos de execução das melhores práticas que possibilitem maximizar o retorno dos recursos utilizados sobre os resultados assistenciais estabelecidos nos contratos de gestão.

2 – ABRANGÊNCIA

Está Política aplica-se na Sede Administrativa, unidades gerenciadas e operacionalizadas, empregados, prestadores de serviços, fornecedores e demais públicos de interesse do ISMS.

3 – DESCRIÇÃO

Como mecanismos de execução da gestão financeira, a presente política estabeleceu estas categorias:

- I. Planejamento e controle financeiro;
- II. Gestão do patrimônio;
- III. Auditoria financeira;
- IV. Auditorias externas regulares;
- V. Diretrizes sobre o Sistema financeiro;
- VI. Indicadores financeiros;
- VII. Repasse e Monitoramento de Verbas de Investimentos;
 - I. Planejamento e controle financeiro

O planejamento e controle financeiro contempla:

- a. A elaboração das projeções de fluxo de caixa mensais, baseadas no orçamento anual, para cada unidade e para o consolidado da instituição.
- b. Projeções de fluxo de caixa de curto prazo mensais e trimestrais considerando a realidade de recebimentos e obrigações.
- c. A análise mensal das maiores variações entre realizado e projetado de cada unidade e o relatório mensal registrando estas análises.
- d. O estabelecimento dos limites de alçada para aprovação de pagamentos.
- e. O monitoramento da capacidade de pagamento e dos endividamentos de curto e longo prazo.
- f. Apresentação mensal dos balancetes e DRE's das unidades e o consolidado para a Administração Central

A elaboração do planejamento financeiro de curto prazo é de responsabilidade da área Financeira Corporativa com base nas informações contábeis (obrigações e despesas incorridas registradas pelo regime de competência) e na própria dinâmica de pagamentos diários.

O planejamento financeiro anual deverá estar concluído e aprovado pelo Conselho Administrativo até o final do mês de dezembro.

Compete a área Financeira Corporativa na gestão diária:

- o monitoramento dos recebimentos de recursos e das glosas, dos saldos de caixa e das reservas financeiras previstas nos contratos de gestão;

- a gestão do capital de giro (capital circulante líquido) e da liquidez de cada unidade;
- as operações de aplicação financeira dos recursos não utilizados de cada unidade;
- as operações de pagamento de todas as obrigações da instituição;
- a verificação das obrigações fiscais destacadas nas notas fiscais;
- o monitoramento e o controle do fluxo de caixa previamente aprovado pelo diretor da unidade;
- garantir a confiabilidade das informações através da conciliação bancária diária de acordo com as movimentações dos extratos;
- realizar a gestão dos recursos destinados para cada termo aditivo, devendo estes, serem controlados individualmente.
- fornecer informações e documentos necessários aos processos de prestação de contas
- fornecer informações e documentos para a contabilidade;
- coordenação das equipes financeiras alocadas nas unidades
- comunicar a Administração Central sempre que as projeções de caixa mensais identificarem situações de falta de recursos, ou quando os níveis de capital de giro, os indicadores de liquidez e de endividamento se apresentarem inadequados.

Demais considerações operacionais relativas a gestão financeira serão tratados em norma específica.

II- Gestão do patrimônio;

A gestão do patrimônio contempla:

- a. A verificação periódica de existência do bem mediante inventário
- b. A etiquetagem com o número de patrimônio
- c. O controle da situação funcional e estado de conservação de cada bem

Em caso de avaria parcial do bem, porém suscetível de conserto, a área de Gestão de Patrimônio deverá acompanhar o período de ausência do bem, cuja substituição temporária deverá ser administrada pelas áreas de Engenharia Clínica ou Engenharia Hospitalar.

Em caso de obsolescência ou avaria total, as áreas de Engenharia Clínica ou Engenharia Hospitalar deverão emitir um laudo para a área de Gestão de Patrimônio proceder com os ajustes nos registros.

Em qualquer situação, seja de avaria parcial, total, ou obsolescência, as áreas de Engenharia Clínica ou Engenharia Hospitalar deverão emitir comunicação para a área usuária do bem e para a Diretoria da unidade para providências em relação à substituição do bem.

III- Auditoria financeira

A auditoria financeira contempla:

- a. A verificação dos registros contábeis e dos critérios de contabilização garantido a exatidão e integridade das informações financeiras.
- b. Auditoria de demonstrações financeiras
- c. Verificação dos processos e controles internos específicos
- d. Relatórios que descrevam as conclusões e recomendações da auditoria
- e. Processo de acompanhamento da implementação das recomendações da auditoria financeira por meio de planos de ação identificando responsáveis, prazos e as ações propriamente ditas.

O processo de auditoria financeira deverá ser realizado por meio de auditores independentes.

A aprovação do plano de ação caberá ao Conselho de Administração.

O monitoramento da implementação das recomendações ficará sob responsabilidade da Controladoria que deverá apresentar relatório mensal enquanto perdurar o cronograma do plano de ação.

Para garantir a renovação de critérios e abordagens de auditoria, esta política recomenda que no máximo a cada 5 anos a empresa de auditoria seja substituída.

IV- Auditorias externas regulares

A política de auditoria externa contempla:

- a. Avaliação anual pela Administração Central de quais áreas e processos internos deverão ser auditados.
- b. Anualmente deverão ser selecionadas no mínimo 3 áreas ou processos internos.
- c. Definição da periodicidade das visitas de auditoria (anual, semestral ou trimestral) dependendo da criticidade da área ou processo interno.
- d. Processo de acompanhamento da implementação das recomendações da auditoria externa por meio de planos de ação identificando responsáveis, prazos e as ações propriamente ditas.

O processo de auditoria externa deverá ser realizado por meio de empresa de auditoria ou consultoria independente.

A aprovação do plano de ação caberá ao Conselho de Administração.

O monitoramento da implementação das recomendações ficará sob responsabilidade da Controladoria que deverá apresentar relatório mensal enquanto perdurar o cronograma do plano de ação.

Para garantir a renovação de critérios e abordagens de auditoria, esta política recomenda que no máximo a cada 5 anos a empresa de auditoria seja substituída.

V- Diretrizes sobre o Sistema financeiro

As diretrizes e expectativas sobre o sistema financeiro contempla:

- a. Funcionalidades: O sistema financeiro informatizado e integrado deve fornecer as funcionalidades necessárias para a empresa gerenciar efetivamente suas finanças. Isso pode incluir contabilidade geral, contas a pagar, contas a receber, gerenciamento de caixa, gerenciamento de despesas, gestão de custos e orçamentos, análise financeira e relatórios financeiros.
- b. Integração: O sistema financeiro deve ser totalmente integrado com outros sistemas empresariais, como o sistema de gerenciamento de estoque e o sistema de gerenciamento de recursos humanos. Isso garantirá que todas as informações relevantes estejam disponíveis para a empresa, permitindo que ela tome decisões informadas e bem embasadas.
- c. Segurança: O sistema financeiro deve ser altamente seguro, garantindo que todas as informações financeiras confidenciais sejam protegidas. Isso pode incluir a criptografia de dados, a autenticação de usuários, a segurança física do servidor e a proteção contra ataques cibernéticos.
- d. Facilidade de uso: O sistema financeiro deve ser fácil de usar e acessível para todos os funcionários que precisam acessá-lo. Isso pode incluir treinamento adequado, interfaces amigáveis e suporte técnico dedicado.
- e. Monitoramento e manutenção: O sistema financeiro deve ser monitorado regularmente para garantir que esteja funcionando corretamente. Isso pode incluir a realização de auditorias regulares e a manutenção regular do hardware e software.

VI- Indicadores Financeiros

A gestão por meio de indicadores financeiros contempla:

- a. O monitoramento mensal dos indicadores de liquidez corrente, liquidez geral e endividamento.
- b. O desenvolvimento de planos de ação sempre que os indicadores apresentarem desempenho inadequado.

A apuração dos indicadores deverá estar sob responsabilidade da Controladoria, com a utilização das informações contábeis obtidas dos balancetes oficiais.

A aprovação do plano de ação caberá ao Conselho de Administração.

VII- Repasse e Monitoramento de Verbas de Investimentos

Os contratantes são responsáveis pelo repasse específico das verbas destinadas aos investimentos, cabe ao setor financeiro do Instituto Mais Saúde, atentar-se às cláusulas contratuais e às regras estabelecidas em cada contrato de gestão, garantindo o cumprimento das obrigações previstas.

Compete à área financeira, realizar a abertura de conta bancária específica para o monitoramento das verbas de investimento, também deve garantir a salvaguarda, o controle rigoroso da utilização dos recursos e a prestação de contas junto ao Tribunal de Contas, conforme as exigências legais.

- a) Abertura de Conta Específica: O financeiro deverá abrir uma conta bancária exclusiva para o monitoramento das verbas de investimentos, garantindo que os recursos sejam segregados e facilmente rastreáveis.
- b) Monitoramento da Verba: Responsável pelo acompanhamento contínuo da utilização das verbas, assegurando que os recursos sejam aplicados de acordo com os fins definidos no projeto.
- c) Salvaguarda e Prestação de Contas: Garantir a salvaguarda dos recursos e a correta utilização das verbas, realizando a prestação de contas junto ao Tribunal de Contas conforme as exigências legais, dentro dos prazos estipulados.
- d) Prestação de Contas: Elaborar relatórios periódicos detalhando o uso das verbas de investimento e apresentá-los ao Tribunal de Contas para garantir a transparência e conformidade com a legislação vigente.
- e) Devolução de recursos: Em caso de não utilização total ou parcial da verba destinada ao investimento, cabe à contratada realizar a devolução dos valores não aplicados ao contratante.

4 - DOCUMENTOS RELACIONADOS

5 - HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão inicial.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gerente Financeiro	Gerente da Qualidade e Segurança do Paciente Corporativo	Diretor da Área	10/2023	12/2024

Manual De Atividades De Financeiro

I – OBJETIVO

Este manual tem por objetivo detalhar as atividades, rotinas, responsabilidades e fluxos da área Financeira da unidade hospitalar gerida pelo ISMS, promovendo gestão eficiente dos recursos públicos com base em planejamento, controle e transparência.

Assegurar a aplicação eficaz dos recursos financeiros destinados à unidade hospitalar, garantindo que todas as movimentações estejam devidamente registradas, justificadas, conciliadas e em conformidade com os contratos de gestão, legislação vigente e boas práticas.

II – DEFINIÇÕES E SIGLAS

BP – Balanço Patrimonial

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

DFC – Demonstração do Fluxo de Caixa

DVA– Demonstração do Valor Adicionado

DCTF - Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais

EFD – Escrituração Fiscal Digital

ECD – Escrituração Contábil Digital

ECF – Escrituração Contábil Fiscal

SES – Secretaria de Estado de Saúde

III – ABRANGÊNCIA

Este manual aplica-se a todas as unidades hospitalares e à sede, envolvendo gestores e equipes do Instituto Social Mais Saúde.

IV – RESPONSABILIDADES E PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. RESPONSABILIDADES

- Executar e controlar contas a pagar e a receber.
- Manter atualizado o fluxo de caixa.
- Realizar conciliações bancárias diárias e mensais.
- Gerenciar adiantamentos e provisões.
- Atuar com segregação de recursos conforme fontes (custeio, investimento etc).
- Controlar a documentação financeira exigida para prestação de contas.

2. PRINCIPAIS ATIVIDADES

a. Contas a Pagar

- Recebimento de documentos fiscais e conferência.
- Validação com suprimentos, fiscal e direção hospitalar.
- Programação semanal e mensal de pagamentos.
- Inclusão no sistema (Tasy) e emissão de comprovantes.
- Inserção dos comprovantes e demais documentos no sistema
- Baixa de títulos e arquivamento.

b. Contas a Receber

- Controle de repasses previstos e recebidos do contratante.
- Registro no sistema dos valores e fontes de origem.
- Segregação de valores por natureza (custeio, investimento, provisão).
- Emissão de recibos e relatórios de recebimento.

c. Conciliação Bancária

- Importação dos extratos bancários diários.
- Conciliação com sistema financeiro (pagamentos e recebimentos).
- Aponta e corrige divergências.
- Gera relatório de conciliação para contabilidade e prestação de contas.

d. Fluxo de Caixa

- Elaboração do fluxo mensal com entradas e saídas previstas.
- Atualização diária do saldo e previsão de liquidez.
- Apresentação à Gerência Financeira e à Diretoria.
 - e. Adiantamentos
- Controle de solicitação, liberação e prestação de contas.
- Geração de formulários padronizados.
- Acompanhamento de prazos e pendências.
 - f. Relacionamento Bancário
- Abertura e encerramento de contas bancárias específicas por contrato.
- Negociação de tarifas e pacotes.
- Suporte à auditoria e órgãos de controle.
 - g. Documentação para Prestação de Contas
- Envio de:
 - a. Extratos bancários
 - b. Relatórios de conciliação
 - c. Comprovantes de pagamentos
 - d. Formulários de adiantamento
 - e. Planilhas financeiras conforme contrato de gestão

V – SISTEMAS E FERRAMENTAS

- Sistema Tasy (pagamentos, contas, fluxo de caixa)
- Internet Banking institucional
- Planilhas e relatórios de controle interno

VI – ARQUIVAMENTO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

- Segregação de funções (lançamento, autorização, pagamento).
- Assinaturas e aprovações conforme matriz de responsabilidades.
- Backups e controle de acesso a sistemas financeiros.

VII – REFERÊNCIA

- Política Financeira ISMS
- Plano de Fluxo de Caixa ISMS
- Contrato de Gestão com os contratantes
- Normas internas de controle financeiro

VIII – INDICADORES DE DESEMPENHO DA ÁREA

- % de pagamentos realizados no prazo
- % de conciliações finalizadas sem pendências
- Saldo médio de caixa x obrigações
- Adiantamentos liquidados dentro do prazo

IX – HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
00	01/04/2025	Emissão do Documento

Manual De Procedimentos Do Patrimônio

3. OBJETIVO

Definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiros, sob a responsabilidade da Unidade Hospitalar.

4. DEFINIÇÕES E SIGLAS

DAF – Diretoria Administrativa Financeira

5. ABRANGÊNCIA

Refere-se ao escopo e à extensão das diretrizes, políticas e procedimentos contidos nele. Geralmente, um manual patrimonial é um documento que estabelece as normas e práticas para a gestão e controle dos bens patrimoniais de uma organização.

6. Procedimentos

As diversas atividades desenvolvidas na Unidade de Patrimônio compõem um sistema de processos inter-relacionados que se concretizam no gerenciamento patrimonial dos materiais

permanentes da Unidade Hospitalar. Esse conjunto de processos e suas respectivas atividades estão estruturados conforme descrito no subitem seguinte:

4.1 Recebimento de materiais permanentes

O recebimento de materiais permanentes, sejam eles equipamentos ou mobiliários. Compreende a execução das seguintes tarefas:

- Conferência dos bens com base no descritivo nota fiscal;
- Elaboração do cadastro desse bem no controle do patrimônio;
- Comunicação ao Técnico Responsável e ao Chefe do setor devido;
- Identificação do local de entrega ou instalação do bem;
- O bem será liberado após ser testado na Engenharia Clínica (se for equipamento médico) ou na TI (para equipamentos de informática). No caso de mobiliário patrimonial, a instalação será feita pela manutenção geral. A liberação acontecerá somente após a finalização da documentação de entrada e a assinatura do termo de responsabilidade pelo setor correspondente.

4.2 Distribuição de bens novos

Após o recebimento e tombamento dos bens novos adquiridos, estes são entregues no local onde serão utilizados. O desenvolvimento desse processo ocorre com a execução das atividades relacionadas a seguir:

- Verificação das condições do local de uso, para a entrega do material;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega;
- O Termo de Responsabilidade deve estar devidamente assinado pelo responsável do bem.

4.3 Recolhimento de bens em disponibilidade

Esse processo constitui-se na base fundamental para que ocorram os processos de redistribuição ou arrolamento de bens. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento das seguintes atividades:

- De posse do laudo técnico (setor responsável) recolher o bem;
- Registrar informações sobre o material avaliado em controle interno;
- Informar o órgão competente (SES) a devolução do equipamento;
- Finalizar o processo com o tópico: 3.7 Emissão de Declaração de Transporte de Bens.

4.4 Redistribuição de bens em disponibilidade

Esse processo visa atender o que dispõe a legislação em relação à racionalização do uso de material com minimização de custos no âmbito da Administração Pública Federal; por meio do uso de técnicas que permitam a melhor gestão e condições de operacionalidade no emprego do material nas diversas atividades. Para tanto é necessário executar as seguintes tarefas:

- Levantar as necessidades ou atender demanda já requerida;
- Identificar local de destino e responsável pelo recebimento;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega do bem;
- Atualizar informações no sistema de cadastro de bens;
- Gerar Termo de Responsabilidade e coletar assinatura do novo responsável pelo bem.

4.5 Arrolamento de bens

Esse processo envolve as formas previstas e regulamentadas pelo Decreto nº 9.373, de 11 de maio de 2018, no âmbito da Administração Pública Federal. As atividades relacionadas a seguir são fundamentais para o desenvolvimento desse processo:

- Iniciar o processo de recolhimento dos bens patrimoniais ao enviar um e-mail à direção responsável para definição;
- Requisitar aos setores pertinentes os laudos referentes aos bens considerados inutilizáveis;
- Após aprovação da direção, encaminhar o e-mail ao setor jurídico para preparar o requerimento para a Secretaria de Saúde do Estado;
- Providenciar toda a documentação e os trâmites legais necessários;
- Realizar a destinação final dos bens de acordo com os procedimentos estabelecidos;
- Atualizar os registros cadastrais conforme o desfecho do processo.

4.6 Emissão de Declaração de Transporte de Bens

De acordo com a Norma Geral de Funcionamento da Unidade de Patrimônio nenhum material permanente, seja mobiliário ou equipamento, deverá sair das dependências da Unidade Hospitalar sem autorização e registro pela Controladoria do Patrimônio. Portanto, para qualquer movimentação de bens além dos limites da Unidade Hospitalar, será necessário o desenvolvimento desse processo que se constitui das seguintes tarefas:

- O setor devido informa da solicitação de saída para o patrimônio e direção via e-mail;
- Direção aprovando é dado início ao tramite de saída via patrimônio;
- Necessário ter nota fiscal do bem em questão;

- Preencher corretamente todos os campos solicitados (dados da empresa ou pessoa, e do equipamento ou mobiliário);
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor autorizador, controle de acesso e quem irá da entrada ou saída do bem ou material.
- Sendo impresso 3 vias do documento, uma para o patrimônio setor de origem do bem, uma para o controle de acesso e uma para o destinatário ou requisitante.

4.7 Recebimento de bens de terceiros

Assim como os bens próprios, todo o material permanente que entrar na Unidade Hospitalar por Contrato de Comodato, Locação, para demonstração ou outro fim, deverá passar pelo controle da Controladoria do Patrimônio. Para a validação desse processo, é necessário o desenvolvimento das seguintes atividades:

- De posse do contrato e da nota fiscal do bem;
- A empresa terceirizada deve informar via e-mail, a entrada ou saída de bens;
- Registrar o bem no documento de controle de entrada e saída, conferir os itens;
- Comunicar o Técnico Responsável e o chefe da unidade usuária.
- Identificar o local de entrega ou instalação;
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor requisitante, controle de acesso e engenharia clínica se for equipamento médico.
- Entregar a (carta de entrada e / ou saída) ao destinatário.

- #### 4.8 Alocação de bens de terceiros

Depois de recebidos, os bens de terceiros deverão ser entregues nos locais onde serão utilizados, conforme informações contidas no contrato e orientações do responsável. Portanto, será necessário executar as seguintes atividades:

- Verificar as condições do local de uso para efetivar a entrega;
- Identificar qual servidor do quadro irá receber o material;
- Registrar material em controle informatizado próprio;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega.

4.9 Devolução de bens de terceiros

Por ocasião do término do contrato ou por outro motivo, os bens de terceiros deverão ser devolvidos para seus proprietários. Esse processo envolve atividades como:

- Agendar recolhimento junto à empresa proprietária ou transportadora autorizada via e-mail;
- De posse do contrato da nota fiscal e da carta de entrada da Unidade Hospitalar do bem;
- Preencher devidamente todos os campos do documento, (Declaração carta de entrada e / ou saída) de Transporte de Bens;
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor requisitante, controle de acesso e engenharia clínica se for equipamento médico.
- Preparar o material para transporte;
- Enviar cópia da Declaração de Transporte de Bens ao Técnico Responsável da pelo equipamento ou mobiliário.

4.10 Movimentação por transferência

A movimentação por transferência caracteriza-se pelo deslocamento definitivo do bem dentro do próprio órgão ou entre órgãos da administração direta estadual. Neste caso, o documento a ser utilizado é a carta de entrada e saída de bens, onde deverá ser indicado o Tipo de Movimentação e Transferência:

- Nenhum bem poderá ser transferido sem a ciência da direção da Unidade Hospitalar;
- Toda transferência é solicitada por meio de documento oficial, ficando a autorização exclusivamente sob responsabilidade da SES;
- Após a confirmação positiva da SES, o processo documental é iniciado;
- Este deverá ser emitido em três vias quando a transferência ocorrer entre órgãos da Administração Direta Estadual, ficando uma com a unidade de patrimônio do órgão receptor do bem, uma com a unidade patrimônio do órgão de origem do bem e outra com o controle de acesso do Hospital de origem;
- A atualização do inventário geral ativo imobilizado deverá acontecer sempre que um bem for desincorporado do imobilizado do Hospital de origem;
- O documento só terá validade se tiver a assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, Controle de Acesso e Engenharia Clínica se for equipamento médico.

4.11 Baixa patrimonial

Procedimento de exclusão de bens do ativo imobilizado do inventário geral patrimonial.

- O documento de entrada e saída de bens, que deverá ser emitido em três vias ficando uma via na Unidade Hospitalar outra para a SES e outra para o controle de acesso do Hospital de origem do bem.
- Após a baixa de um bem, a unidade de patrimônio do órgão deverá atualizar o inventário geral da unidade, relacionando essas baixas, no relatório final de atualização de inventário geral anual.

4.12 Termo de Responsabilidade

- O Chefe da Unidade Administrativa solicitante dos materiais deverá se responsabilizar pela utilização do bem e pela indenização à instituição, em caso de extravio e avarias, na forma e nos casos previstos na legislação em vigor. (Conforme Instrução Normativa nº 205, de abril de 1988).
- Após a assinatura do Termo de Responsabilidade pelo responsável da Unidade Administrativa, fica ele (a) ciente que é expressamente proibido o remanejamento de qualquer material constante no referido termo sem a autorização do gestor do patrimônio.

7. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O manual estabelece diretrizes claras, promove eficiência operacional, garante conformidade regulatória, protege os ativos e facilita processos de auditoria, contribuindo para a eficácia geral na gestão de recursos essenciais para o funcionamento do hospital.

8. REFERÊNCIAS

9. HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
001	05/07/2021	Elaborado

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Supervisora/PatrimônioData: 05/07/2021	NQSPData: 18/07/2024	Gerência administrativaData: 18/07/2024	Data: 13/07/2024	Data: 13/07/2026

Manual De Gestão De Custos

I – OBJETIVO

Elaborar descritivo das atividades relacionadas a Gestão de Custos do Instituto Social Mais Saúde (ISMS). O Objetivo é mensurar os custos por centro de custos, apoiar decisões estratégicas, promover sustentabilidade financeira, otimizar recursos e reduzir despesas por meio da análise de dados confiáveis e detalhados.

II – DEFINIÇÕES E SIGLAS

A gestão de custos permite apurar e analisar detalhadamente os custos da organização, melhorando a eficiência e rentabilidade:

- **DRE:** Demonstração do Resultado do Exercício.
- **Apuração e rateio de custos:** Define métodos de apuração e critérios de rateio para uma visão precisa dos custos. Mensurando custos por setor, por procedimento, por paciente e análises de rentabilidade.
- **Análises de Custos:** Avalia variações nos custos planejados versus realizados, identificando causas de desvios.

A controladoria e gestão de custos fornece informações essenciais para decisões informadas e para a governança corporativa, assegurando transparência e alinhamento com os objetivos estratégicos da empresa.

III – ABRANGÊNCIA

1.1. Este Procedimento é um documento interno, com valor jurídico e aplicabilidade imediata e indistinta, a partir de sua publicação, aos colaboradores, parceiros e fornecedores do **Instituto Social Mais Saúde** diretamente relacionados ao atendimento das requisições do Titular dos dados pessoais.

1.2. Este manual aplica-se a todas as unidades hospitalares e à sede, envolvendo gestores e equipes do Instituto Mais Saúde.

IV – PROCEDIMENTO

1. PRINCIPAIS ATIVIDADES

Mensuração e gestão dos custos hospitalares, incluindo:

- Implementação do módulo de custos hospitalares;
- Capacitação e integração da equipe;
- Validação de centros de custos;

- Definição e aplicação de rateios;
- Mensuração mensal de custos;
- Elaboração e validação de relatórios;
- Custos diretos e indiretos;
- Custo médio unitário;
- Custos por setor, procedimento e paciente;
- Análises de rentabilidade;
- Análise de dados e inconsistências;
- Monitoramento e ajustes contínuos.

2. 2. DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES DE GESTÃO DE CUSTOS

2.1 GESTÃO DE CUSTOS

Atividade: Gestão e análise de Custos Hospitalares

Objetivo: Proporcionar uma gestão de custos mais eficiente nas unidades hospitalares e sede, através da metodologia do custeio por absorção, mensurando custos diretos, indiretos, custo médio unitário, custo por setor, procedimento e custo por paciente (nas unidades com sistema para gestão de custos). Este processo visa apoiar decisões estratégicas, promover a sustentabilidade financeira, otimizar recursos e reduzir despesas através da análise precisa dos dados.

2.2 DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES:

2.2.1 Implementação do Módulo de Custos Hospitalares

- Desenvolver e integrar o módulo no sistema.
- Garantir a funcionalidade para cálculos e relatórios precisos.

2.2.2 Metodologia – custeio por absorção

- Metodologia que atribui todos os custos de produção, sejam eles diretos ou indiretos, aos produtos ou serviços fornecidos. Esse método é amplamente utilizado em diversos setores, incluindo o hospitalar, e está alinhado às normas contábeis brasileiras e internacionais.

2.2.3 Capacitação e Integração

- Realizar treinamentos conceituais e práticos para equipes envolvidas.

- Engajar gestores e setores na compreensão do modelo de custos.

2.2.4 Validação de Centros de Custos

- Analisar e validar a estrutura de centros de custos de acordo com as boas práticas hospitalares.

2.2.5 Definição e Aplicação de Rateios

- Estabelecer critérios de rateio para alocação de custos.
- Garantir que os critérios sejam aplicados consistentemente.

2.2.6 Mensuração Mensal de Custos

- Detalhar custos diretos e indireto por setor.
- **Custos Diretos:** Identificar custos relacionados diretamente às atividades assistenciais (ex.: materiais, medicamentos e mão de obra específica).
- **Custos Indiretos:** Mapear custos relacionados ao suporte das atividades (ex.: limpeza, segurança, administração).
- Calcular o custo por setor, procedimento e por paciente (nas unidades com sistema de custos).

2.2.7 Custo Médio Unitário

- Calcular o custo médio unitário de cada centro de custo com base nos custos totais e volumes de produção.
- Garantir precisão mínima de 95% nas mensurações.

2.2.8 Custos por Setor, Procedimento e Paciente

- **Por Setor:** Alocar custos diretamente relacionados aos setores específicos.
- **Por Procedimento:** Determinar custos específicos de cada tipo de procedimento.
- **Por Paciente:** Identificar o custo médio por paciente nas unidades com sistema de custos.

2.2.9 Elaboração e validação de relatórios

- Gerar relatórios detalhados para análise de custos.
- Validar DREs segmentadas por setor.

2.2.10 Análise de dados e inconsistências

- Identificar e corrigir desvios nos dados contábeis e de custos.

- Implementar melhorias contínuas.

2.2.11 Análises de rentabilidade

- Avaliar a relação entre receitas e custos para determinar a rentabilidade por setor, procedimento e paciente.
- Identificar oportunidades de otimização e redução de despesas para melhorar a sustentabilidade financeira.

2.2.12 Monitoramento e ajustes contínuos

- Monitorar indicadores e relatórios regularmente.
- Ajustar processos conforme necessário.

V - REFERÊNCIA

N/A

VI – HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
00	10/12/2024	Emissão do Documento

Manual De Atividades De Prestação De Contas

I – OBJETIVO

Definir as rotinas, responsabilidades e fluxos da área de prestação de contas com o objetivo de assegurar a correta aplicação dos recursos públicos, garantir transparência, facilitar a tomada de decisão e cumprir integralmente as exigências do contrato de gestão firmado com o ente público.

II – DEFINIÇÕES E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

CGE – Controladoria Geral do Estado

TCE – Tribunal de Contas do Estado

III – ABRANGÊNCIA

Este manual aplica-se a todas as unidades hospitalares e à sede, envolvendo gestores e equipes do Instituto Social Mais Saúde.

IV – ATIVIDADES E RESPONSABILIDADES

1. PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Gerenciar o sistema de prestação de contas online;
- Elaborar e revisar relatórios financeiros mensais e trimestrais;
- Realizar conciliação entre metas pactuadas e execução orçamentária;
- Atender solicitações de auditorias internas e externas;
- Propor melhorias e correções de conformidade;
- Coordenar o envio de documentação comprobatória à (SES).
- Coletar notas fiscais, recibos, contratos e relatórios de despesas;
- Digitalizar e organizar documentos conforme categorias;
- Alimentar o sistema de prestação de contas com dados e anexos;
- Auxiliar na geração de relatórios mensais e auditorias;
- Controlar os prazos de envio e arquivamento de documentos.

V – SISTEMAS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

1 Requisitos

- Acessível via web para SES;
- Integrado aos sistemas do SUS;
- Cadastro individual de metas e indicadores;
- Monitoramento em tempo real;
- Relatórios gerenciais e comparativos (benchmarking);
- Histórico de envios e validações.

2 Procedimento Operacional

- Lançamento de receitas e despesas;
- Associação de documentos comprobatórios;

- Registro de execução física (metas) vinculada à execução financeira;
- Geração de relatórios de acompanhamento;
- Publicização de resultados no site institucional.

VI – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

- Notas fiscais e recibos;
- Contratos e aditivos;
- Guias de recolhimento;
- Relatórios de metas executadas;
- Extratos bancários e conciliações.
- Comprovantes bancários.

VII – CONTROLE E AUDITORIA

- Manter arquivos organizados por competência e natureza;
- Garantir rastreabilidade de cada despesa;
- Facilitar auditorias internas e externas (SES, CGE, TCE);
- Implementar checklists de conformidade.

VIII – INDICADORES DE DESEMPENHO DA ÁREA

- % de documentos enviados no prazo;
- % de conformidades apontadas nas auditorias;
- Tempo médio de atendimento a solicitações da SES;
- Índice de divergência entre execução física e financeira.

IX – PUBLICIDADE E TRANSPARÊNCIA

- Atualização mensal no site institucional:
 - Demonstrativos financeiros;
 - Metas pactuadas e alcançadas;
 - Relatórios consolidados de resultados;
 - Indicadores estratégicos.

X – HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
00	01/04/2025	Emissão do Documento

Manual De Atividades De Contabilidade

I – OBJETIVO

Este manual tem por objetivo detalhar as atividades, rotinas, responsabilidades e fluxos operacionais da área de Contabilidade da unidade hospitalar gerida pelo ISMS, garantindo a conformidade com as normas legais, contábeis, fiscais e contratuais estabelecidas.

Assegurar a organização e padronização dos procedimentos contábeis da unidade, garantindo a fidedignidade das informações, a transparência na utilização dos recursos públicos, e o suporte à tomada de decisão com base em dados contábeis precisos.

II – DEFINIÇÕES E SIGLAS

BP – Balanço Patrimonial

DRE – Demonstração do Resultado do Exercício

DFC – Demonstração do Fluxo de Caixa

DVA– Demonstração do Valor Adicionado

DCTF - Declaração de Débitos e Créditos Tributários Federais

EFD – Escrituração Fiscal Digital

ECD – Escrituração Contábil Digital

ECF – Escrituração Contábil Fiscal

SES – Secretaria de Estado de Saúde

III – ABRANGÊNCIA

Este manual aplica-se a todas as unidades hospitalares e à sede, envolvendo gestores e equipes do Instituto Social Mais Saúde.

IV – RESPONSABILIDADES E PRINCIPAIS ATIVIDADES

3. RESPONSABILIDADES

- Garantir a escrituração contábil tempestiva e fidedigna.

- Elaborar as demonstrações contábeis obrigatórias (BP, DRE, DFC, DVA).
- Executar e acompanhar conciliações contábeis e fiscais.
- Manter atualizados os registros patrimoniais e fiscais.
- Apoiar auditorias internas e externas.
- Integrar informações com financeiro, fiscal, RH, patrimônio e controladoria.

4. PRINCIPAIS ATIVIDADES

5. Escrituração Contábil

- Lançamento de todas as operações financeiras, patrimoniais e de resultado.
- Classificação contábil conforme plano de contas padronizado ISMS.
- Integração com os módulos de compras, financeiro e estoque.
- Controle das provisões contábeis (13º salário, férias, tributos etc).

6. Conciliações Contábeis

- Contas bancárias
- Fornecedores e contas a pagar
- Estoque e Consumo
- Contas a receber e convênios
- Folha de Pagamento
- Impostos e contribuições
- Patrimônio e depreciação

7. Demonstrações Contábeis

- Elaboração mensal, trimestral e anual de:
 - Balanço Patrimonial (BP)
 - Demonstração do Resultado do Exercício (DRE)
 - Demonstração de Fluxo de Caixa (DFC)
 - Demonstração do Valor Adicionado (DVA)

8. Apuração Fiscal e Atendimento a Obrigações Acessórias

- Colaboração com área fiscal para apuração correta de tributos.

- Apoio no cumprimento das obrigações acessórias (DCTF, EFD, ECD, ECF).

9. Integração com Outras Áreas

- Contato permanente com financeiro (pagamentos e recebimentos).
- Alinhamento com RH para provisões e encargos.
- Apoio ao patrimônio para controle de bens e depreciação.
- Suporte à controladoria para dados de análise e custos.

10. Atendimento a Auditorias

- Organização e digitalização de documentos comprobatórios.
- Disponibilização de balancetes, livros contábeis, notas fiscais e conciliações.
- Suporte aos auditores da SES e auditorias independentes.

V – SISTEMAS E FERRAMENTAS

- Sistema Tasy (Integração com financeiro, compras, estoques, folha)
- Sistema contábil corporativo
- Planilhas de controle e relatórios gerenciais

VI – ARQUIVAMENTO E SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO

- Arquivo digital com backup e controle de acesso.
- Organização de documentos conforme exigências legais e do contratante.
- Manutenção de livros contábeis em meio digital conforme ECD.

VII – REFERÊNCIA

- Normas Brasileiras de Contabilidade (CFC)
- Plano de Contas ISMS
- Legislação Tributária Federal, Estadual e Municipal
- Políticas internas de contabilidade e compliance

VIII – INDICADORES DE DESEMPENHO DA ÁREA

- % de conciliações realizadas dentro do prazo.
- % de conformidade em auditorias.
- Tempo médio de fechamento contábil mensal.

- % de cumprimento de obrigações contábeis acessórias no prazo.

IX – HISTÓRICO DE REVISÃO

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
00	01/04/2025	Emissão do Documento

1.3.3. Apresentação de manual de normas e rotinas administrativas dos setores de Almoxarifado, Compras, Serviço de Arquivo Médico (SAME), Farmácia, Manutenção, Patrimônio e Tecnologia de Informação.

1.3.3.1. *Suprimentos, Almoxarifado e Farmácia*

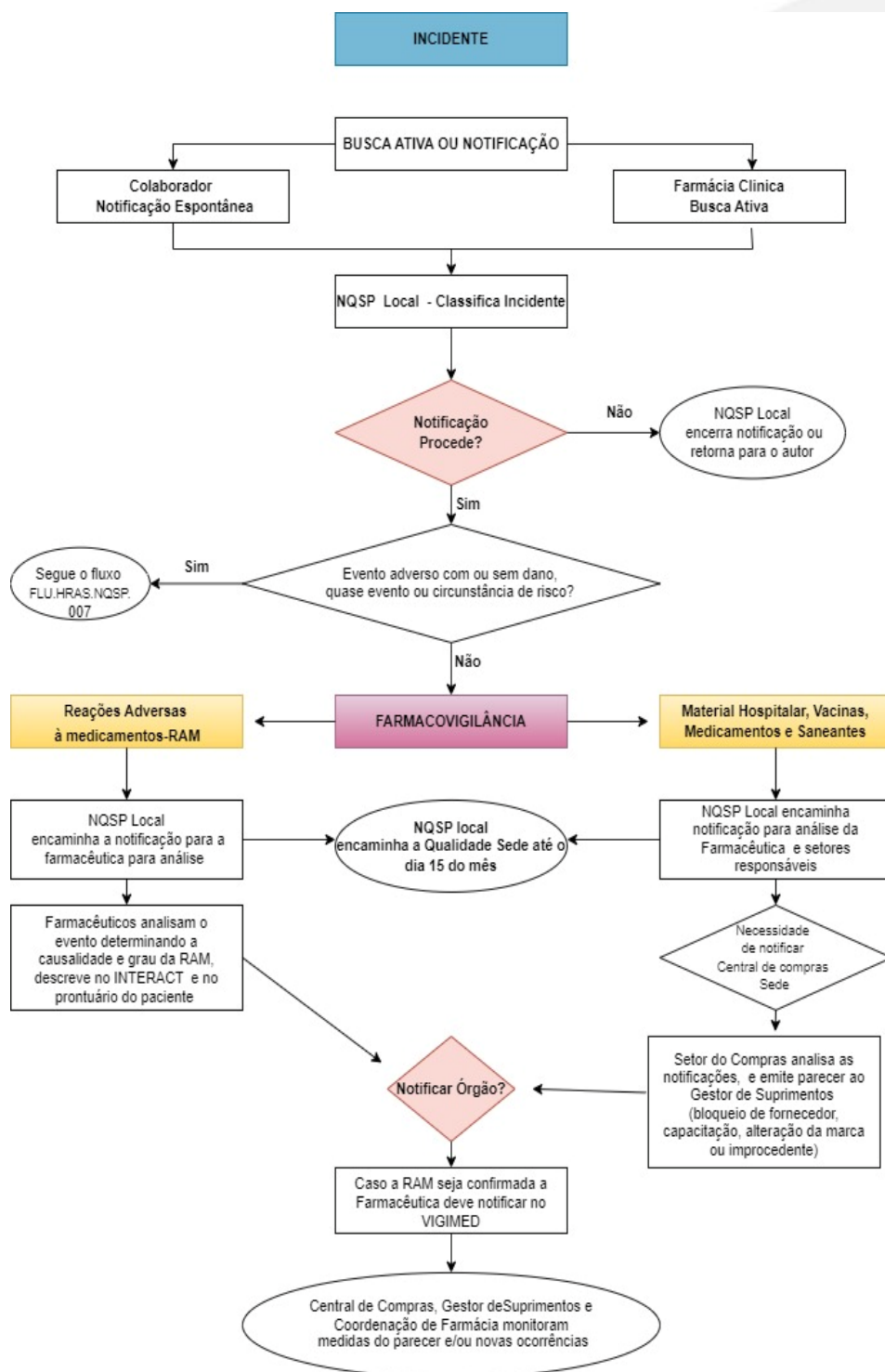
Todos os colaboradores atuantes nos setores de Almoxarifado, Suprimentos e Farmácia cumprirão as normativas abaixo:

- O horário de trabalho estabelecido deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente identificados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Coordenador Financeiro da unidade;
- Os documentos inerentes ao serviço, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização;
- Nenhum material poderá ser retirado do almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;

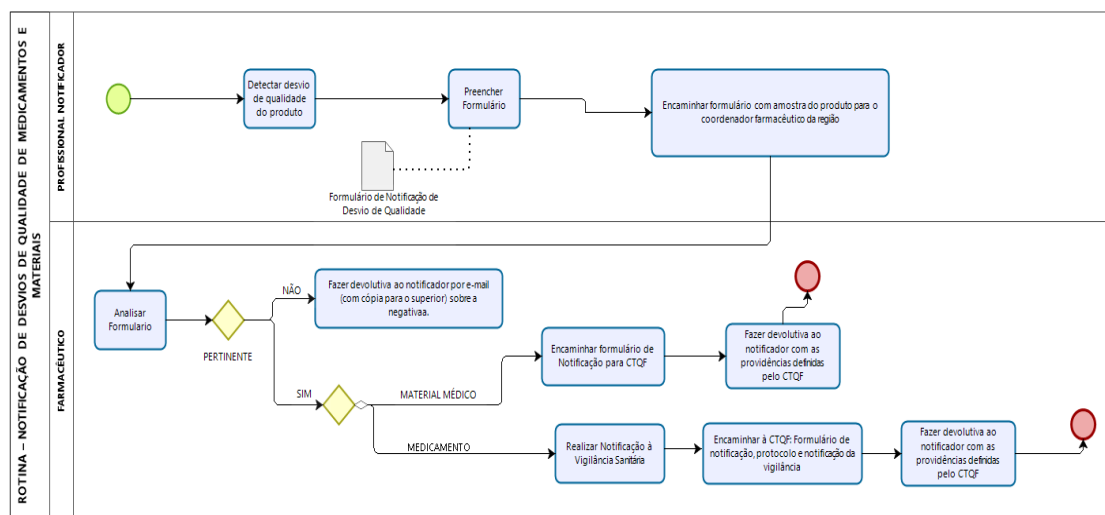
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias e horários pré-estabelecido para cada setor, exceto em caso de emergências;
- Os colaboradores atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes;
- Os colaboradores serão responsáveis por manter o ambiente de trabalho organizado e limpo;
- Os colaboradores deverão utilizar os equipamentos de proteção individual disponibilizados pelo Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de acordo com o risco de cada atividade;

Todos os colaboradores deverão seguir a NR-32 e demais legislações regulatórias do serviço em saúde.

Fluxo das atividades de suprimentos e farmácia hospitalar FARMACOVIGILÂNCIA

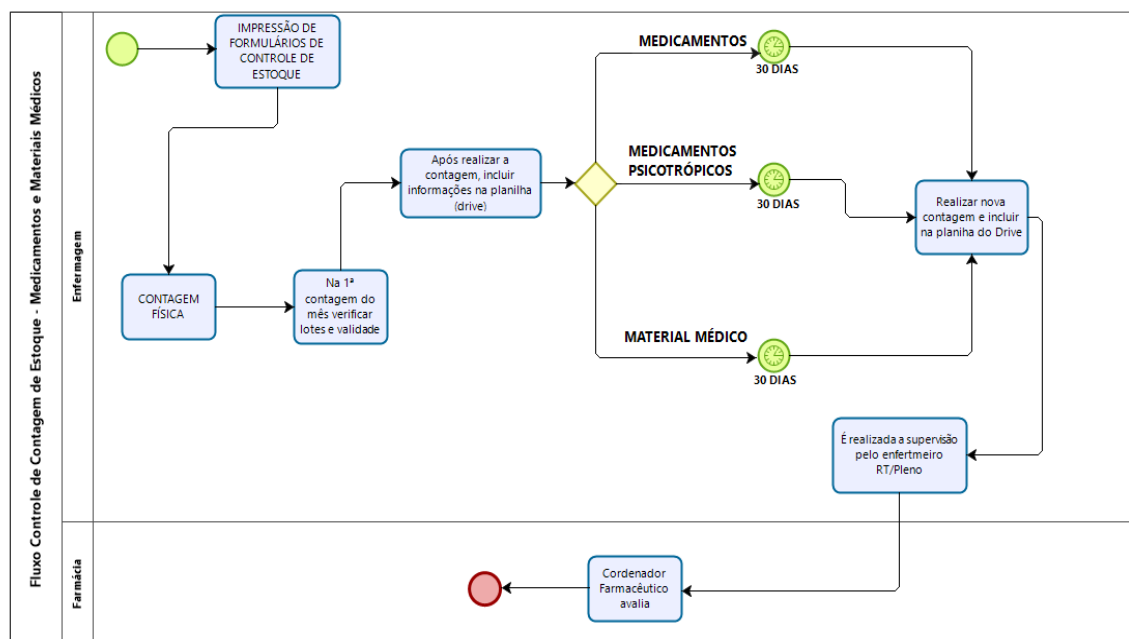


NOTIFICAÇÃO DE DESVIO DE QUALIDADE



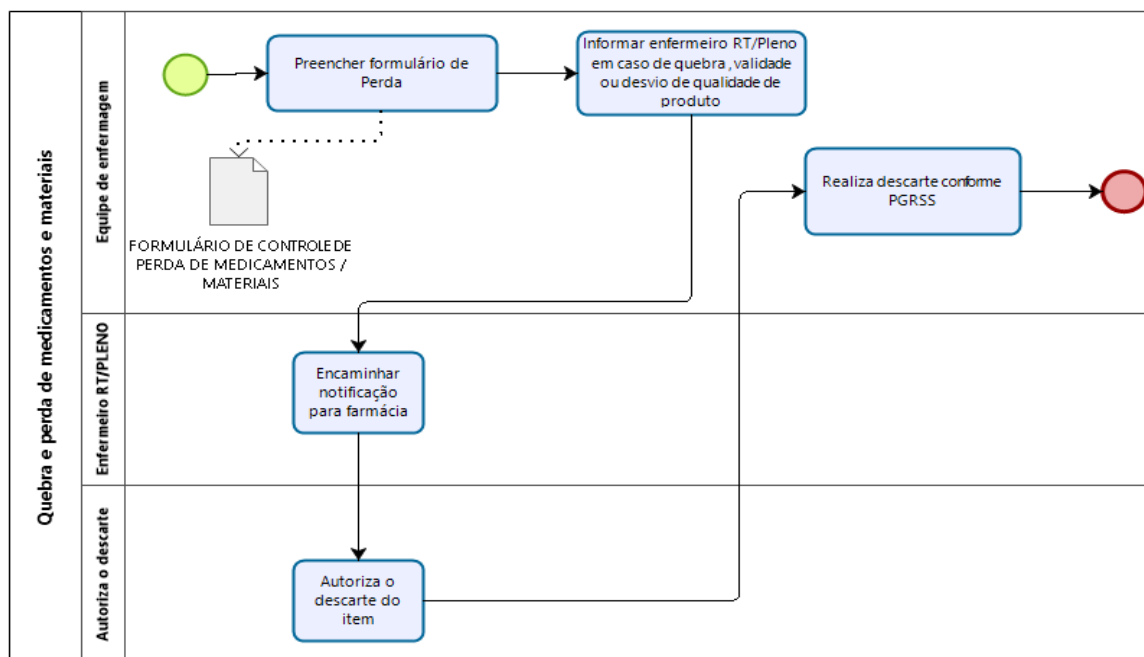
Powered by
bizagi
Modeler

CONTROLE DE CONTAGEM DE ESTOQUE

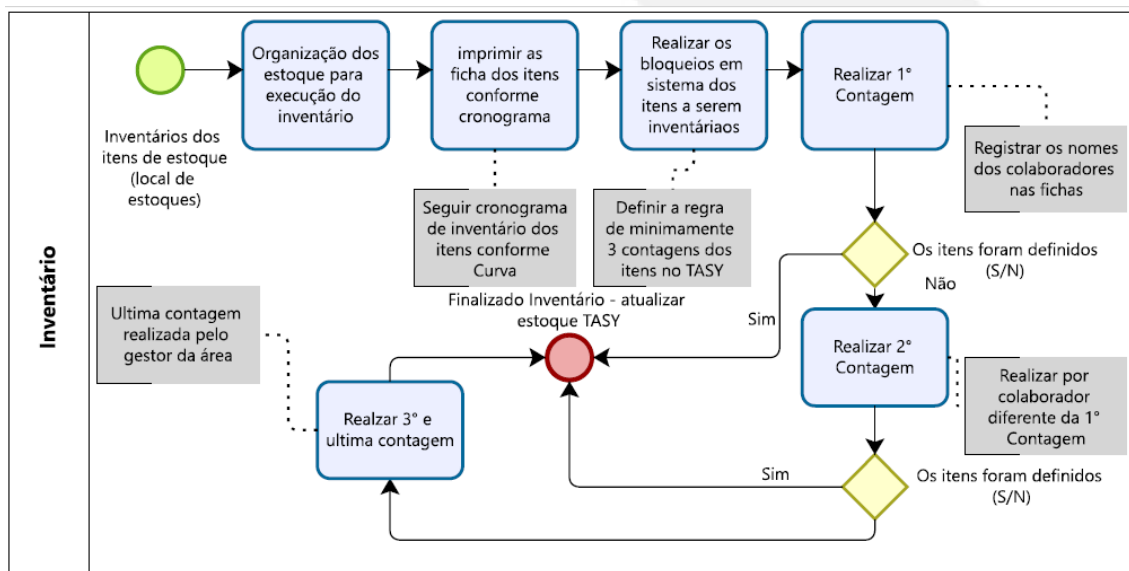


Powered by
bizagi
Modeler

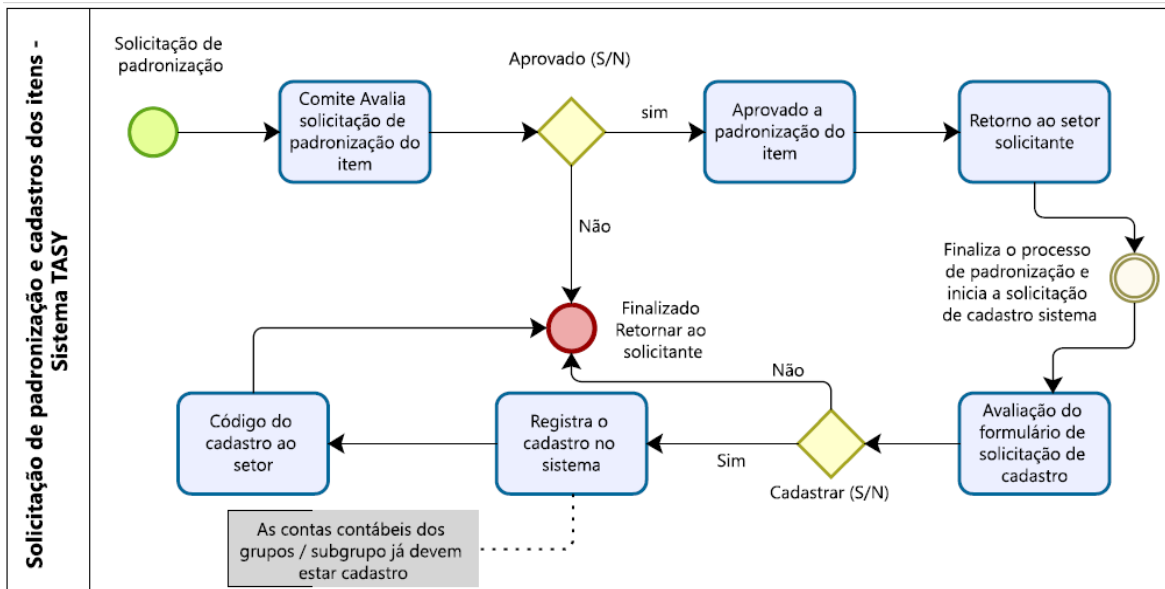
QUEBRA E PERDA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS



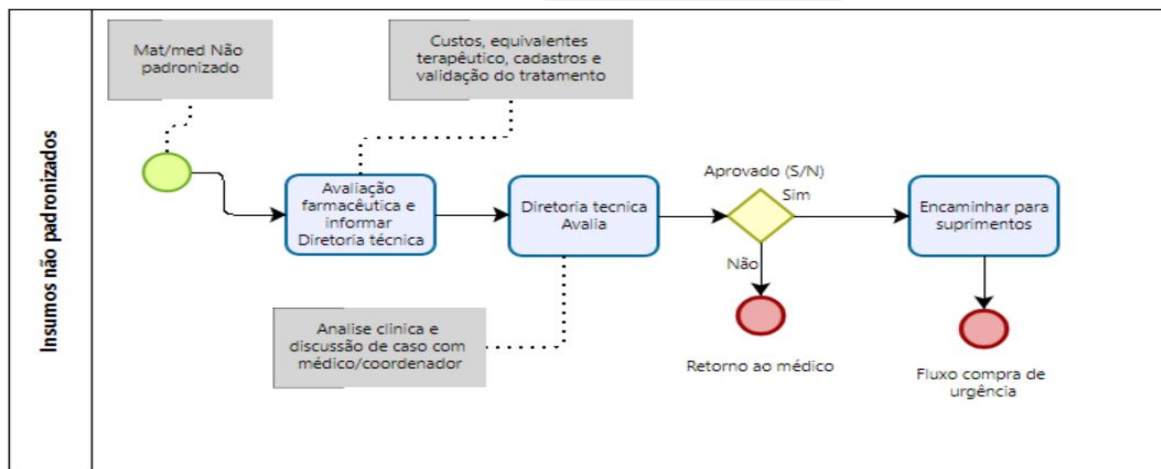
INVENTÁRIO



PADRONIZAÇÃO E CADASTRO NO SISTEMA



INSUMO NÃO PADRONIZADO



Apêndice 1 – Equação de controle de estoque

$$QR = (CMM \times TR + EMI) - EA$$

EA = estoque atual

Farmácia

A Farmácia tem como finalidade a dispensação de todos os medicamentos e insumos médicos destinados as áreas assistenciais. A dispensação deve suprir as necessidades dos setores assistenciais, com vista a evitar atrasos e desabastecimentos:

- Estabelecer e divulgar o fluxo e horários de dispensação;
- Dispensar em quantidades coerentes com consumo do setor, sendo de total autonomia do dispensante a redução nas quantidades requisitadas quando estas forem realizadas excessivamente;
- Transportar adequadamente;
- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição deve considerar a capacidade e condições de armazenamento das unidades, bem como seu potencial de consumo;
- A distribuição deve obedecer à regra “primeiro que vence, primeiro que sai”;
- Estabelecer cronograma de abastecimento para as unidades;
- Definir prazos de requisições; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no Almoxarifado de forma a atender todos os setores;
- Após a conferência realizar a distribuição;
- Separar de acordo com as entregas. Não reaproveitar embalagens, nem misturar os lotes.

A dispensação para movimentação do consumo interno ocorrerá por centro de custo. Movimentação por centro de custo é a transação que informa ao sistema a saída de quantidade e valor de material do estoque para consumo dos setores requisitantes do **Hospital Regional Dr. Jose de Simone Netto HRDJSN**. O setor que solicita materiais em centro de custo, deverá realizar a solicitação diariamente, conforme levantamento prévio da necessidade diária, ou de acordo com sua urgência. O processo ocorrerá da seguinte forma:

- Requisição: o setor solicita a requisição, via sistema informatizado, para o Almoxarifado ou Farmácia, onde é atendido a requisição e efetuado a saída por meio de baixa no sistema e entregue ao setor solicitante;
- Devolução: o setor solicitante fará a devolução via sistema ao setor dispensante, Almoxarifado ou Farmácia, sinalizado o motivo da devolução. Essa devolução permite que o material retorne para o estoque.

Recebimento de insumos no almoxarifado e farmácia

É a etapa do processo na qual o material adquirido é entregue no local previamente designado. Abrange desde o recebimento do material, na entrega pelo fornecedor, até a dispensação, através do sistema integrado com as áreas de contabilidade, compras e transporte.

Compreende as fases de entrada dos materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa. O recebedor deverá conferir o pedido de compra, onde então, se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra.

Neste contexto o Almoxarifado será responsável pelos recebimentos dos insumos não médicos e médicos (materiais e medicamentos). No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- Natureza da operação;
- Data de emissão da nota fiscal;
- Dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante;
- Especificação dos itens;
- Quantidade;
- Preço unitário e total;
- Pontualidade na entrega;
- Condição de pagamento.

Avaliação e inspeção de recebimento de insumos

No ato do recebimento deverão ser avaliados os seguintes dados:

- A entrega foi realizada no prazo estabelecido?
- A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?
- O entregador estava adequadamente trajado?
- A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?
- Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?
- Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?

- Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?
- As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?
- Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?

O checklist deve ser aplicado durante o recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Normas para armazenamento dos insumos no almoxarifado e farmácia

O armazenamento dos insumos (materiais e medicamentos) será realizado no almoxarifado e farmácia. É premissa básica para o armazenamento dos insumos a observância e cumprimento dos requisitos abaixo:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com superfícies (solo, teto, parede);
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos;
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PVPS - o primeiro que vence no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;

- Deve armazenar os medicamentos em prateleiras, bins, pallets ou refrigeradores (em caso de termolábeis), seguindo as determinações da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 430/2020, controlando a incidência de luz e temperatura. Os mesmos devem ser armazenados com o rótulo voltado para frente e em ordem alfabética para facilitar a identificação do produto;
- Deve ser restringido o acesso de pessoas no local de armazenamento;
- Deve centralizar todo controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e consequentemente minimiza o índice de perdas.

Controle de estoque da farmácia

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para:

- Garantir a qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica;
- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

É de responsabilidade da Farmácia submeter o estoque a constantes revisões e análises com o objetivo de identificar os itens ociosos, acompanhar os níveis de estoques e simplificar variedade, quando for o caso, para que não se torne um local de guarda de produtos sem finalidade e superlotado de produtos inúteis.

No Farmácia existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, sendo que o grau para sua disponibilidade deve ser de imediato, tendo a necessidade da existência de um estoque mínimo mesmo que não exista a movimentação do material. Por esse motivo, haverá a previsibilidade de consumo e, para isso, será pago um preço pela disponibilidade do produto

que não é consumido de forma constante. Essas particularidades dificultam, assim, o bom gerenciamento do estoque com relação a custos, mas garante a disponibilidade do insumo para a assistência rápida ao paciente nas situações necessárias.

As falhas nos processos geram muitos problemas para uma instituição e problemas relacionados à compra de materiais em excesso, quando comprado em demasia, ou a sua falta, quando comprado sem previsão e planejamento, geram insustentabilidade e aumento de despesa. A falta de material gera descontinuidade no atendimento ao paciente. Em suma, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõem a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente etc.).

Inventário

A contagem periódica dos itens da farmácia, almoxarifado e CAF da unidade é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano. Isto permite a gestão eficiente do estoque com vista a reduzir perdas de insumos por vencimento e garantia da acuracidade dos dados.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da Unidade. Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

Descarte de resíduos

A **Lei Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**, institui a política nacional de resíduos sólido e define a “Logística reversa” como um instrumento de desenvolvimento econômico e social caracterizado por um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar a coleta e a restituição dos resíduos sólidos ao setor empresarial, para reaproveitamento, em seu ciclo ou em outros ciclos produtivos, ou outra destinação final ambientalmente adequada.

Assim, o descarte de materiais/insumos médicos é parte integrante dos processos de logística de uma unidade de saúde. É a partir do descarte correto que o serviço de saúde tem a garantia de que o material não utilizado seja este por vencimento ou por perda de efetividade técnica tem seu correto destino final.

A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos, gerando desperdício. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do

fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas. Desta forma, devem seguir as determinações e orientações das RDC nº 306/2004 – ANVISA e RDC nº 222/2018 – ANVISA, RDCs que regulamentam o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, envolvendo orientações sobre o descarte correto.

- Segundo a RDC nº 222/2018, os medicamentos estão enquadrados no Grupo B. Toda instituição de saúde deve estabelecer um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do Grupo B da instrução do CONAMA ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto deve ser consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde.
- Um sistema de gerenciamento de resíduos deve abordar, no mínimo, os seguintes itens:
 - Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
 - Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
 - Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;
 - Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
 - Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
 - Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Todos os itens listados acima, fazem parte do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), que será ser elaborado conforme o perfil de produção de resíduos da Unidade, com vistas ao atendimento de todas as determinações da RDC nº 222/2018.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO FARMÁCIA HOSPITALAR

Com objetivo de contribuir com o processo de melhoria contínua da prestação de serviços do sistema de saúde pública, garantindo um serviço de saúde com qualidade, eficiência e eficácia.

O planejamento estratégico é o alinhamento de informações para garantir prestação de serviço de excelência e qualidade, desenvolvimento e capacitação do recurso humano disponível além de estabelecer e firmar a responsabilidade sócio ambiental.

Através de reuniões de alinhamento com alta direção deve-se avaliar o estado atual, o estado desejado elaborando um planejamento estratégico com as equipes para atingir o cuidado e melhorias planejadas, como foco na segurança do paciente e da cadeia medicamentosa.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Trata-se de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, sendo o medicamento o insumo essencial, garantindo uso seguro, correto e segurança para o paciente.

Nosso modelo de gestão tem como objetivo garantir os cinco certos e está relacionado ao uso seguro dos medicamentos, desde o recebimento da solicitação até a dispensação aos setores.

O planejamento, formulação, implementação, execução e acompanhamento das atividades relacionadas à programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos são competências da assistência farmacêutica.

A farmácia hospitalar é de caráter clínico e assistencial, que possui capacidade administrativa e gerencial, sendo um dos serviços essenciais no hospital. A farmácia hospitalar é responsável pela distribuição segura e racional dos medicamentos.

Objetivos da farmácia hospitalar:

- ✓ Garantir o armazeneto correto dos medicamentos e materiais hospitalares dispensados e distribuídos para cada setor
- ✓ Garantir o acesso aos medicamentos e materiais hospitalares as áreas assistenciais
- ✓ Garantir assistência farmacêutica;
- ✓ Implantar a farmácia clínica desde a admissão do paciente, suas transferências e alta hospitalar;
- ✓ Garantir o funcionamento da farmacotécnica na garantia do atendimento a prescrição por dose unitária/individualizada;

Destacamos pela garantia de segurança, qualidade e conformidade Legal que visam eficiência, eficácia e efetividade da assistência farmacêutica.

FARMÁCIA CLÍNICA

O farmacêutico clínico trabalha promovendo a saúde, prevenindo e monitorando eventos adversos, intervindo e contribuindo na prescrição médica para a obtenção de resultados clínicos positivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes sem, contudo, perder de vista a questão econômica relacionada à terapia.

Esse profissional é capaz de entender e reconhecer potenciais problemas relacionados a medicamentos tendo como principais atividades a atenção à prescrição médica, verificando posologias e ajustes necessários, vias de administração, aprazamento, possíveis incompatibilidades, interações medicamentosas, reações adversas, alergias, tempo de tratamento e propondo alterações de acordo com a sua avaliação.

O farmacêutico clínico exerce suas atividades em conjunto com equipe multiprofissional e o paciente, portanto, a prescrição e prontuário são suas principais fontes de dados.

ATIVIDADES DA FARMÁCIA CLÍNICA:

- ✓ Participação do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequadas;
- ✓ Análise da prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- ✓ Realização de intervenções farmacêuticas e emissão de parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde;
- ✓ Realização de busca ativa e notificação à Vigilância Sanitária para possíveis reações adversas a medicamentos;
- ✓ Reconciliação medicamentosa na admissão, transferência e alta do paciente;
- ✓ Orientação farmacêutica na alta hospitalar;
- ✓ Evolução clínica em prontuário;
- ✓ Participação em comissão multiprofissional;
- ✓ Participação nas visitas multiprofissional;
- ✓ Farmacovigilância;
- ✓ Controle de uso de antimicrobiano de uso restrito;
- ✓ Controle de medicamento trazido pelo paciente;
- ✓ Análise técnica da prescrição;
- ✓ Análise clínica da prescrição;
- ✓ Acompanhamento e controle na identificação e liberação de drogas de alto alerta;

FARMACOVIGILÂNCIA

É uma ciência e conjunto de atividades relacionadas à identificação, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou problemas associados ao uso de medicamentos.

Visa garantir que os benefícios dos medicamentos superem os riscos, monitorando eventos adversos após o registro, quando o medicamento passa a ser utilizado na população em vida real. Evento adverso é uma ocorrência médica indesejável, não intencional, temporalmente relacionada ao uso de medicamento, podendo incluir sinais, sintomas ou doenças.

A farmacovigilância aborda reações adversas, problemas de qualidade, ineficácia terapêutica, erros de medicação, uso não aprovado, abuso, intoxicações e interações medicamentosas.

A farmácia clínica tem como função realizar a busca ativa de possíveis reações adversas, através de medicamentos gatilhos (medicamento que possivelmente foram prescrito para cessar uma reação adversa a medicamentos); ronda farmacêutica, onde irá questionar a equipe médica e de enfermagem sobre possíveis reações adversas a medicamentos e análise dos prontuários.

A Unidade de Farmácia também recebe notificações de suspeita de reações adversas a medicamentos espontâneas, provenientes da equipe multidisciplinar.

Após a suspeita da reação adversa a medicamentos, o farmacêutico realiza a investigação, através do preenchimento de formulário específico e notifica a suspeita para o Centro de Vigilância Sanitária.

Há uma interação com a equipe médica para avaliação da suspensão do medicamento suspeito em causar a reação adversa a medicamentos.

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

Com objetivo de racionalizar o uso de materiais e medicamentos, adquirir produtos em estudo de viabilidade econômica, através de critérios previamente estabelecidos pela ANVISA, passando pelo crivo e análise da Comissão de Farmácia e Terapêutica, padronizados os materiais e medicamentos

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é responsável pela condução técnica, política e administrativa de todo processo de avaliação e incorporação de medicamento.

Atua diretamente na seleção de medicamentos, com ampla discussão, critérios de elegibilidade entre os membros para desfecho das ações e aprovações.

DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Sistema de Dispensação Individualizado

O método de dispensação individualizado é caracterizado quando o medicamento é dispensado por paciente, em um período de 24 horas.

Fluxo de rotina operacional: Dispensar os medicamentos em um compartimento contendo as informações do paciente, com os medicamentos de acordo com solicitado em prescrição, essa dispensação fica disponível em um período de até 24 horas, entregue nos turnos conforme horário acordado com enfermagem atendendo assim os horários aprazados para administração no paciente.

Vantagens:

- ✓ Quantidade menor de erros na administração dos medicamentos;
- ✓ Diminuição de estoque;
- ✓ Evita desorganização do estoque;
- ✓ Garantia e qualidade no controle do estoque;
- ✓ Inclusão da farmácia na equipe multiprofissional;
- ✓ Menor quantidade de desvio e erros;

ANÁLISE FARMACOTERAPÊUTICA

O farmacêutico clínico realiza a análise das prescrições, avaliando não conformidade relacionada aos medicamentos prescritos.

É o serviço realizado pelo farmacêutico, através de uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com o intuito de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, além de reduzir o desperdício de recurso.

Relação de alguns itens analisados:

- ✓ Medicamento controlado Portaria nº 344/98;
- ✓ Antimicrobiano de uso restrito
- ✓ Substituição de equivalente terapêutico;
- ✓ Drogas de Alto Alerta;
- ✓ Doses;
- ✓ Apresentação;
- ✓ Padronização;
- ✓ Via de administração;
- ✓ Interação fármaco x fármaco;

- ✓ Interação farmaco x alimento;
- ✓ Interação fármaco x sonda
- ✓ Interações medicamentosas;

FRACIONAMENTO

Processo que consiste na individualização da embalagem dos medicamentos para viabilizar a dispensação na dose prescrita.

Processo que permite a segurança dos medicamentos no momento da dispensação, sendo eles identificados corretamente, contendo informações preconizadas na **RDC 80**, de 11 de maio de 2006.

O processo de fracionamento é validado por dois colaboradores, garantindo segurança na cadeia medicamentosa e dupla conferência. Todas as etapas são registradas em documento específico para controle diário.

Objetivo:

- ✓ Rastreio dos insumos;
- ✓ Controle das identificações dos medicamentos a serem administrados;

MEDICAMENTO CONTROLADO PORTARIA N° 344/98

Para o efetivo controle dos medicamentos, é necessário o seguir as diretrizes da Portaria 344, de 12 de maio de 1998.

A responsabilidade pelo controle é exclusiva do profissional farmacêutico, incluindo as tarefas de recebimento, armazenamento, separação, dispensação correta destes medicamentos, assim como o controle de documentos no Livro de Registro Específico da Portaria 344/98.

Solicitação de medicamentos controlados pela Portaria 344/98. Todo medicamento sujeito a controle especial, somente é liberado mediante a prescrição médica acompanhada de receituário de controle especial.

Cada receituário equivale a um único medicamento, podendo ser solicitado no máximo cinco unidades do medicamento por receituário, e esta possui validade por 24 horas.

MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA

Medicamentos de Alta Vigilância (MAV), ou Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPP), são fármacos que possuem maior risco de provocar danos significativos aos usuários.

Isso acontece por falhas no processo de utilização. Desta forma é fundamental a identificação e conhecimento para que conduza o melhor uso deles.

Apesar dos MAV serem mais propícios a gerarem danos graves, é importante dizer que qualquer medicamento utilizado de maneira inadequada pode causar prejuízo.

O reforço na identificação destes medicamentos auxilia a equipe de enfermagem na correta administração destes medicamentos, evitando intercorrências referente a erros de medicação.

Este processo se inicia desde o recebimento dos medicamentos na farmácia central até a administração dos medicamentos aos pacientes através da equipe de enfermagem.

Estoques

A farmácia desempenha papel no armazenamento, controle e distribuição de materiais e produtos, permitindo que a empresa mantenha o abastecimento necessário para suas operações e atenda às demandas de clientes de forma eficiente.

Um estoque bem-organizado garante que os itens estejam disponíveis quando necessários, reduzindo tempos de espera e aumentando a produtividade.

O estoque de medicamento pode ser definido como um setor destinado ao recebimento, armazenamento, controle e distribuição de materiais e produtos utilizados para atendimento assistencial.

É um espaço estrategicamente organizado para garantir que os itens necessários estejam disponíveis quando demandados, evitando a falta de materiais e os desperdícios.

A gestão do estoque é de extrema importância para o bom funcionamento do Hospital. Ao gerenciar os estoques de forma eficiente, a farmácia contribui para:

- Redução de custos: evitando compras desnecessárias e desperdícios de materiais
- Agilidade nas operações: disponibilizando os materiais quando necessários, otimizando o fluxo de trabalho;
- Atendimento às demandas: garantindo que a empresa tenha o estoque necessário para atender clientes e processos internos;
- Controle de qualidade: verificando a integridade dos materiais recebidos e armazenados;
- Planejamento de compras: mantendo informações atualizadas sobre a disponibilidade dos itens e sua reposição;

FARMÁCIA PRODUÇÃO MEDICAMENTO

Tem como objetivo além de tornar o cuidado mais seguro, farmacêuticos que trabalham de forma integrada com a equipe que acompanha o paciente em todas as etapas, desde o diagnóstico até a reabilitação, oferecem muitos benefícios para o paciente.

Os medicamentos são manipulados corretamente, nas medidas certas, respeitando os prazos de validade, garantindo que o tratamento ocorra da maneira correta, completa uma série de benefícios. Entenda quais são na prática.

O tratamento pode contar com um único medicamento ou com a combinação de vários deles com doses diferentes e variadas formas de administração.

Para que todo esse processo seja seguro para o paciente, a equipe de farmacêuticos atua em conjunto com a enfermagem e o corpo clínico, a fim de garantir a eficiência e a qualidade do tratamento específico para o paciente oncológico. A manipulação do medicamento segue as legislações, normas e protocolos de segurança, pois cada dose é única, preparada de acordo com as recomendações do médico e com o peso e a altura do paciente.

INDICADORES E MONITORAMENTOS

O monitoramento da gestão farmacêutica com uso de indicadores tem relação direta com qualidade, economia e operação.

A utilização dos indicadores é uma das maneiras eficientes de monitorar o desempenho da gestão, analisando criticamente resultados, gerenciando os processos e as etapas operacionais.

Objetivo de reduzir, evitar desperdício, perda, retrabalho e melhorar os resultados para instituição, além de apoiar a rotina dos colaboradores.

O conhecimento e monitoramento do desempenho dos serviços exerce um papel importante ao relacionar custo e benefícios.

Os indicadores e monitoramentos devem ser acompanhados mensalmente, instituindo sempre análise crítica e plano de ação para melhoria dos processos.

Padronização De Medicamentos E Materiais Médicos Hospitalares

Para melhor compreensão e visualização das informações, o manual de Padronização de Medicamentos está organizado conforme orientações a seguir.

Estão segregados por classe terapêutica e em ordem alfabética. Possuem informações como classe do medicamento, código de cadastro no sistema PR, princípio ativo, nome comercial, via e se há aparência semelhante (AS).

Informações como a sinalização de medicamentos que apresentam risco de confusão no uso por apresentarem proximidade no “nome” do fármaco, foram segregados no item 2 - Lista de Medicamentos de Alta Vigilância (MAV's). Esta lista compreende medicamentos que (sonoridade Semelhante (SS)) e (Os medicamentos potencialmente perigosos), os quais apresentam risco na administração conforme orientado nos boletins do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamento, o ISMP. Sendo os medicamentos de Alta Vigilância são etiquetados com etiqueta

vermelha, impressa no sistema PR, contendo as informações de rastreabilidade como: nome do medicamento, lote, data de validade e código de rastreabilidade, de modo a reforçar a necessidade de atenção redobrada quando os administrar.

Medicamentos Padronização

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIG O TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESEN TAÇÃO		VIA	APAR ÊNCIA SEME LHAN TE (AS)
Ácido Biliar	55942	Ácido Ursodesoxi cólico	Ursacol	50mg	Comprimi do	Oral	---
Adrenérgico	1591	ETILEfrina	Efortil	10mg/mL (1mL)	Amp ola	IV	Sim
Agente Abortivo	52196	Misoprostr ol	Prostokos	200mcg CP	Cáps ula	Vaginal	---
Amina vasoativa	2224	DOBUTami na	Dobutrex	12,5mg/mL (20mL)	Amp ola	IV	---
Amina vasoativa	1585	DOPamina	RIVivan	5mg/mL (10mL)	Amp ola	IV	Sim
Amina vasoativa	1451	EFEDRina	Efedrin	50mg/mL (1mL)	Amp ola	IV	Sim
Amina vasoativa	1582	EPINEfrina	Adrenalina	1mg/mL (1mL)	Amp ola	IV	Sim
Amina vasoativa	54820	NOREPINE frina	Noradrenalina/ Hyponor	2mg/mL (4mL)	Amp ola	IV	Sim
Aminoglicosíde o	708	Amicacina	Novamin	50mg/mL (2mL)	Amp ola	IV	Sim
Aminoglicosíde o	712	Amicacina	Novamin	250mg/mL (2mL)	Amp ola	IV	Sim
Aminoglicosíde o	647	GENTAmicina	Garamicina	40mg/mL (1mL)	Amp ola	IV	---
Aminoglicosíde o	57103	NEOMicina	Nebacetin Top	20G	Tubo	Tópica	---
Analgésico Narcótico	371	Codeína + Paracetam ol	Tylex/ Paco	30mg + 500mg	Comprimi do	Oral	---
Analgésico Narcótico	36732	Fentanila	Fentanest	50mcg/mL (10mL)	Fras co-amp ola	Espinal ou IV ou IM	---
Analgésico Narcótico	298	Fentanila	Fentanest	50mcg/mL (2mL)	Amp ola	Espinal ou IV ou IM	---
Analgésico Narcótico	56620	Metadona	Mytedon	5mg	Comprimi do	Oral	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Analgésico Narcótico	56010	Metadona	Mytedom	10mg	Comprimido	Oral	Sim
Analgésico Narcótico	6430	Morfina	Dimorf	10mg	Comprimido	Oral	Sim
Analgésico Narcótico	1301	Morfina	Dimorf	10mg/mL (1mL)	Ampola	IV	---
Analgésico Narcótico	1297	Morfina	Dimorf	1mg/mL (2mL)	Ampola	IV	---
Analgésico Narcótico	52197	Morfina	Dimorf	0,1mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Analgésico Narcótico	17470	Morfina	Dimorf	0,2mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Analgésico Narcótico	367	Tramadol	Tramal	50mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Analgésico Narcótico	4073	Tramadol	Tramal	50mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Analgésico Narcótico; Anestésico venosoopióide	288	Petidina	Dolossal	50mg/mL (2mL)	Ampola	IM/SC/IV	Sim
Analgésico Narcótico; Anestésico venoso opióide	1517	SUFentanila	Fastfen	50mcg/mL (1mL)	Ampola	Epidural ou IV	---
Analgésico Narcótico; Anestésico venosoopióide	52198	SUFentanila	Fastfen	5mcg/mL (2mL)	Ampola	Epidural ou IV	---
Analgésico, Antipirético, Anti-inflamatório não hormonal	791	CETOProfen	Profenid	100mg	Frasco-ampola	IV	---
Analgésico, Antipirético, Anti-inflamatório não hormonal	59697	Mesalazina	Mesacol	400mg	Comprimido	Oral	---
Analgésico, Antipirético; Anti-inflamatório não- hormonal; Antiagregante plaquetário	204	Ácido Acetilsalicílico	AAS/Aspirina	100mg	Comprimido	Oral	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório	342	Dipirona	Novalgina	500mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório	348	Dipirona	Novalgina	500mg	Comprimido	Oral	---
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório	344	Dipirona	Novalgina	500mg/mL (20mL)	Frasco	VO	---
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório não hormonal	43792	IBUPROFENO	Alivium	50mg/mL (30mL)	Frasco	VO	---
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório não hormonal	8801	Tenoxicam	Tilatil	20mg	Comprimido	VO	---
Analgésico; Antipirético; Anti-inflamatório não hormonal	2178	Tenoxicam	Tilatil	20mg	Ampola	IV	---
Analgésicos	351	Paracetamol	Tylenol	500mg	Comprimido	Oral	---
Analgésicos	369	Paracetamol	Tylenol	200mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---
Analgésicos opióides	1535	Nalbufina	Nubain	10mg/mL (30mL)	Ampola	IV	---
Anestésico geral	286	Propofol	Diprivan/Propofol	10mg/mL (20mL)	Frasco-ampola	IV	---
Anestésico geralInalatória	433	ISOflurano	Isoforine	100% (1mL/mL)100mL	Frasco	Inalatória	---
Anestésico geralInalatória	54721	SEVOflurano	Sevocris	100% (1mL/mL)250mL	Frasco	Inalatória	---
Anestésico Local	447	BUPIVACAÍNA + Glicose	Neocaína Pesada	0,5% (4mL)	Ampola	ParaRaqui anestesia	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Anestésico Local	57042	MEPIVAcáina e epinefrina	Mepivalem AD	2% + 1,8mL	Ampola	Parenteral, com injeção intra-óssea, conjuntival e intracanal.
Anestésico Local	52349	LEVOBUPIVAcáina	Novabupi sem vaso	0,5% 20mL	Frasco-ampola	Para infiltração, bloqueio nervoso, anestesia caudal epidural. Não está indicada para raqui-anestesia.
Anestésico Local	52350	LEVOBUPIVAcáina + epinefrina	Novabupi com vaso	0,25% 20mL	Frasco-ampola	Para infiltração, bloqueio nervoso, anestesia caudal epidural. Não está indicada para raqui-anestesia.
Anestésico Local	52347	LEVOBUPIVAcáina + epinefrina	Novabupi com vaso	0,5% 20mL	Frasco-ampola	Para infiltração, bloqueio nervoso, anestesia caudal epidural. Não está indicada para raqui-anestesia.
Anestésico Local	52348	LEVOBUPIVAcáina isobárica	Novabupi isobárica	0,5% 4mL	Ampola	Para Raqui-anestesia
Anestésico Local	467	LIDOcaína	Xylestesin sem vaso	2% 20mL	Frasco-	Anestesia Regional.

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
					ampola	Não indicado para raquianestesia.	
Anestésico Local	465	LIDOcaína + Epinefrina	Xylestesin com vaso	2% 20mL	Frasco-ampola	Anestesia Regional. Não indicado para raquianestesia.	Sim
Anestésico Oftalmológico	65065	Tetracaína + FENILEfrina	Anestésico	1% + 0,1% (10mL)	Frasco	Ocular	---
Anestésico Oftalmológico	1657	PROXIMATEcaína	Anestalcon	0,5% (5mL)	Frasco	Ocular	---
Anestésico Tópica	471	LIDOcaína geléia	Xylestesin	2%	Bisnaga	Tópica	Sim
Anestésico Tópica	18080	LIDOcaína spray	Xylestesin	10% (50mL)	Frasco	Tópica	Sim
Anestésico venoso não opióide	36005	DexTROCEtamina	Ketamin	50mg/mL (2mL)	Ampola	IV ou IM	---
Anestésico venoso não opióide	43342	Tiopental	Thiopentax	1G	Frasco-ampola	IV	---
Anestésico venoso não opióide	431	Etomidato	Hypnomidate	2mg/mL (10ML)	Ampola	IV	---
Anestésico venoso opióide; Analgésico Narcótico	6250	ALfentanila	Rapifen, Alfast	0,544mg/mL (5mL)	Ampola	IV	---
Anestésico venoso opióide; Analgésico Narcótico	14071	REMIlfentanila	Ultiva	2mg	Frasco-ampola	IV	Sim
Anfenicol	724	Cloranfenicol	Arifenicol	1G	Frasco-ampola	IV	---
Anti-inflamatório hormonal	2246	HIDROCORtisona	Flebocortid, Solu-cortef	100mg FA	Frasco-	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Anti-inflamatório hormonal	2247	HIDROCORTISONA	Flebocortid, Solu-cortef	500mg	ampola Frasco-ampola	IV Sim
Ansiolítico, benzodiazepínico	1293	Diazepam	Valium	5mg	Comprimido	Oral ---
Ansiolítico, benzodiazepínico	1656	Diazepam	Valium	5mg/mL (2mL)	Ampola	IV Sim
Ansiolítico, hipnótico	1504	LORAZEPAM	Ansirax	2mg	Comprimido	Oral ---
Ansiolítico, Hipnótico	11833	Midazolam	Dormonid	5mg/mL (10mL)	Ampola	IV Sim
Ansiolítico, Hipnótico	1313	Midazolam	Dormonid	1mg/mL (5mL)	Ampola	IV Sim
Ansiolítico, Hipnótico	1311	Midazolam	Dormonid	7,5mg	Comprimido	Oral ---
Ansiolítico, Hipnótico; Anestésico venoso não opióide	1309	Midazolam	Dormonid	5mg/mL (3mL)	Ampola	IV Sim
Antagonista de Receptor de Angiotensina II	59125	Losartana	Aradois	25mg	Comprimido	Oral ---
Antagonista de receptor H2	487	Ranitidina	Antak	25mg/mL (2mL)	Ampola	IV Sim
Antagonista de receptor H2	18133	Ranitidina	Antak, Zylum	15mg/mL (120mL)	Frasco	Oral ---
Antagonista de receptor H2	485	Ranitidina	Antak, Zylum	150mg	Comprimido	Oral ---
Antiácido	4270	Hidróxido de Alumínio	Asilone	62mg/mL (150mL)	Frasco	Oral ---
Antiagregante plaquetário	16961	Clopidogrel	Plavix	75mg	Comprimido	Oral ---
Antiagregante plaquetário	55161	TIROFIBAN	Agrastat	0,25mg/mL (50mL)	Frasco	IV ---
Antialérgico	66115	DESLORETADINA	Sigmaliv	0,5mg/mL (60mL)	Frasco	Oral ---
Antialérgico	19461	DIFENIDRAMINA	Difenidramina	50mg/mL (1mL)	Ampola	IV ---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Antialérgico	4504	Loratadina	Claritin	10mg	Comprimido	Oral	---
Antialérgico	51613	Loratadina	Claritin	1mg/mL	Frasco	Oral	---
Antialérgico	874	Prometazina	Fenergan	25mg/mL (2mL)	Ampola	IM	Sim
Antialérgico	64997	Prometazina	Fenergan	5mg/mL (120mL)	Frasco	Oral	---
Antianêmico	60806	Sulfato ferroso	Combiron	40mg	Comprimido	Oral	---
Antianêmico	925	Sulfato ferroso	Combiron	125mg/mL	Frasco	Oral	---
Antianginoso	851	Diltiazem	Cardizem	30mg	Comprimido	Oral	---
Antianginoso	1711	Isossorbida, DINITRATO SL	Isordil	5mg	Comprimido	Oral SL	---
Antianginoso	1710	Isossorbida, DINITRATO	Isordil	10mg	Comprimido	Oral	---
Antianginoso	1719	Isossorbida, MONONITRATO	Monocordil	20mg	Comprimido	Oral	---
Antianginoso	1716	Isossorbida, MONONITRATO	Monocordil	10mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Antianginoso	4240	NitroGLICERINA	Tridil	5mg/mL (10mL)	Ampola	IV	Sim
Antianginoso	1734	Propatilnitrato	Sustrate	10mg	Comprimido	Oral	---
Antianginoso; Anti-hipertensivo	18101	Atenolol	Atenol	25mg	Comprimido	Oral	---
Antiarrítmico	539	Adenosina	Adenocard	3mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Antiarrítmico	3081	Amiodarona	Ancoron	50mg/mL (3mL)	Ampola	IV	---
Antiarrítmico	541	Amiodarona	Ancoron	200mg	Comprimido	Oral	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Antiarrítmico; Anti-hipertensivo	6351	Carvedilol	Cardiolol	6,25mg	Comprimido	Oral	---
Antiarrítmico; Anti-hipertensivo	6400	Carvedilol	Cardiolol	3,125mg	Comprimido	Oral	---
Anticoagulante	761	ENOXaparina	Clexane	20mg(0,2mL)	Seringa	SC	Sim
Anticoagulante	52420	ENOXaparina	Clexane	40mg(0,4mL)	ser	SC	Sim
Anticoagulante	4242	HEparina	Hepamax/Liquemine	5.000UI/mL (5mL)	Frasco	IV ou SC	---
Anticoagulante	64075	RIVAROX Abana	Xarelto	15mg	Comprimido	Oral	---
Anticoagulante	59178	RIVAROX Abana	Xarelto	20mg	Comprimido	Oral	---
Anticoagulante	771	Varfarina	Marevan	5mg	Comprimido	Oral	---
Anticolinérgico eAntiespasmódico	52254	ESCOPOLamina	Buscopan	20mg/1mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Anticolinérgico eAntiespasmódico	14620	ESCOPOLamina	Buscopan	10mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---
Anticonvulsivante	1633	Carbamazepina	Tegretol	200mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	1641	Carbamazepina	Tegretol	20mg/mL (100mL)	Frasco	Oral	---
Anticonvulsivante	1621	CLONazepam	Rivotril	2mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	9221	CLONazepam	Rivotril	2,5mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---
Anticonvulsivante	1496	FenITOÍNA	Hidantal	50mg/mL (5mL)	Ampola	IV ou IM	---
Anticonvulsivante	1492	FenITOÍNA	Hidantal	100mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	1394	FenOBARBITAL	Fenocris	50mg/mL (2mL)	Ampola	IM ou IV	Sim
Anticonvulsivante	1477	FenOBARBITAL	Fenocris	40mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Anticonvulsivante	1406	FenOBARBITAL	Fenocris	100mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	37831	GABAPENTina	Neurotin	300mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	182	Sulfato de magnésio	Sulfato de magnésio	50% (10mL)	Ampola	IV	Sim
Anticonvulsivante	47172	Topiramato	Topamax	25mg	Comprimido	Oral	---
Anticonvulsivante	1291	Vaproato de sódio	Depakene	50mg/mL (100mL)	Frasco	Oral	---
Antidepressivo	4317	FLUOXETina	Fluxene/Prozac	20mg	Comprimido	Oral	---
Antidepressivo	60824	SERTRALI-na	Assert	25mg	Comprimido	Oral	---
Antidepressivo; Antienxaquecoso	1654	AMITRIPTILina	Tryptanol/Amytril	25mg	Comprimido	Oral	---
Antidiarreico	799	LOPERAmida	Imosec	2mg	Comprimido	Oral	---
Antidiarreico	14450	Racecadotril	Tirofan	100mg	Comprimido	Oral	---
Antidiarreico	796	Saccharomyces boulardii	Floratil®	100mg	Comprimido	Oral	---
Antídoto	57837	Atropina	Pasmodex/Tonaton	0,5mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Antídoto	564	Atropina	Pasmodex/Tonaton	0,25mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Antídoto	58422	Azul de METILENO	Azul de metileno	2% (2mL)	Ampola	IV lenta	---
Antídoto	51557	Carvão Ativado	Carvão Ativado	30g	Sachê	Oral	---
Antídoto	3557	Naloxona	Narcan	0,4mg/mL (1mL)	Ampola	IV	---
Antídoto	481	PROTamina	Protamina	1.000UI/mL (5mL)	Frasco	IV	---
Antídoto; Anestésico venoso não opióide	1500	Flumazenil	Lanexat	0,1mg/mL (5mL)	Ampola	IV	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Antídoto; Homrônios Sistêmicos/He mostático	27542	Fitomenadiona	Vitamina K/kavit	10mg (1mL)	Ampola	IM	---
Antiemético	494	BROMOP Rida	Digesan, Plamet	10mg	Comprimido	Oral	---
Antiemético	493	BROMOP Rida	Digesan, Plamet	5mg/mL (2mL)	Ampola	IV ou IM	---
Antiemético	496	BROMOP Rida	Digesan, Plamet	4mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---
Antiemético	502	Dimenidrinato 30mg, Vit B6 50mg, Glic 1g, Frut 1g	Dramin B6 DL	100mg/mL (10mL)	Ampola	IV	---
Antiemético	524	METOCLOPRamida	Plasil	5mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Antiemético	520	METOCLOPRamida	Plasil	4mg/mL (20mL)	Frasco	Oral	---
Antiemético	38873	ONDAsetro na	Zofran	2mg/1mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Antiemético	18117	ONDAsetro na	Zofran	4mg	Comprimido	Oral	---
Antiemético; Procinético	11511	DOMperidona	Motilium	1mg/mL (100mL)	Frasco	Oral	---
Antiemético; Procinético	55172	GRANIsetr ona	kytril	1mg/1mL (3mL)	Ampola	IV	---
Antifisético	320	Simeticona	Luftal	75mg/mL (15mL)	Frasco	Oral	---
Antifúngico	61204	ANFOTERI Cina B	Anforicin B	50mg	Frasco	IV	---
Antifúngico	759	FLUconazoli	Zoltec	20mg/mL (100mL)	Bolsa	IV	Sim
Antifúngico	2367	FLUconazoli	Zoltec	150mg	Comprimido	Oral	---
Antifúngico	3369	ITRAconazol	Sporanox	100mg	Comprimido	Oral	---
Antifúngico	1691	Nistatina	Micostatin	100.000UI/mL (50mL)	Frasco	Oral	---
Antifúngico Tópica	18106	CETOconazol	NizOral	30G	Bisnaga	Tópica	---
Antiglaucoma e Miótico	61634	Pilocarpina	Pilocarpina	4% (10mL)	Frasco	Ocular	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Antiglaucoma e Miótico	25852	Timolol	Timoptol	0,5% (5mL)	Frasco	Ocular	---
Antigotoso	806	Alopurinol	Zyloric	300mg	Comprimido	Oral	---
Anti-Hipertensivo	834	Metildopa	Aldomet	250mg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	39582	AnlodIPINO	Norvasc	5mg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	849	Captopril	Capoten	25mg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	4802	Clonidina	Atensina	100mcg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	10640	Clonidina	Atensina	150mcg/mL	Ampola	IV	Sim
Anti-hipertensivo	28332	HidrALAZINA	Nepresol	20mg/mL (1mL)	Ampola	IV ou IM	Sim
Anti-hipertensivo	4114	HidrALAZINA	Apresolina	25mg	Drágea	Oral	---
Anti-hipertensivo	6261	METROPOlol, Tartarato de	Seloken	1mg/mL (5mL)	Ampola	IV	---
Anti-hipertensivo	828	NifeDIPINa	Adalat	10mg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	830	NifeDIPINa RETARD	Adalat Retard	10mg	Comprimido	Oral	---
Anti-hipertensivo	857	NitroPRUSIATO de sódio	Nipride	25mg/mL	Frasco	IV	---
Anti-hipertensivo	855	PROPRANolol	Inderal	40mg	Comprimido	Oral	---
Anti-histamínico	880	DexCLORFENIRAMina	Polaramine	0,4mg/mL (120mL)	Frasco	Oral	---
Anti-histamínico	867	DexCLORFENIRAMina +Betametasona	Celestamine	2 + 0,25mg	Comprimido	Oral	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIG O TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESEN TAÇÃO	VIA	APAR ÊNCIA SEME LHAN TE (AS)	
Anti-infeccioso Oftalmológico	1463	Vitelinato de Prata	Argirol	10%	Fras co	Ocular	---
Anti-inflamatório	51567	DEXAMeta sona CREME	Dexaden	10g	Bisn aga	Tópica	---
Anti-inflamatório hormonal	39544	PrednisOL ona	Prednisim	3mg/mL (60mL)	Fras co	VO	---
Anti-inflamatório hormonal	2249	PrednisOL ona	Meticorten	20mg	Com primi do	Oral	---
Anti-inflamatório hormonal	419	PrednisOL ona	Meticorten	5mg	Com primi do	Oral	---
Anti-inflamatório hormonal oftálmico	58630	PrednisOL ona	Prednisolona	1% (5mL)	Fras co	Ocular	---
Anti-inflamatório nãoesteróides	51622	NIMESULi da	Nimesulid	100mg	Com primi do	Oral	---
Anti-inflamatório nãoesteróides	28281	NIMESULi da	Neosulida	50mg/mL (15 mL)	Fras co	VO	---
Anti-inflamatório oftálmico	47932	DEXAMeta sona	Dexametasona	1% (5mL)	Fras co	Ocular	---
Anti-inflamatório oftálmico	60010	Nepafenac o	Nevanac	1mg/mL (5mL)	Fras co	Ocular	---
Anti-inflamatório Tópica	51640	Escina+Sal icilato de Dietilamôni o	Reparil	30G	Tb	Tópica	---
Anti-inflamatório Tópica	54565	Polissulfato deMucopoli ssacarideo	Hirudoid	30g	Tb	Tópica	---
Antimicrobiano Oftalmológico	18104	CIPROflox acino	Cipro	0,35% (5mL)	Fras co	Ocular	---
Antimicrobiano Oftalmológico	6520	CIPROflox acino	Ciloxan	0,35% (1G)	Bisn aga	Ocular	---
Antimicrobiano Oftalmológico	29801	MOXIfloxa cino	Vigamox	0,5% (5mL)	Fras co	Ocular	---
Antimicrobiano Oftalmológico	1459	TOBRAmic ina	Tobradex	0,3% (5mL)	Fras co	Ocular	---
Antiparasitário	623	Benzoilmet ronidazol	Flagyl	40mg/mL (100mL)	Fras co	Oral	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Antiparasitário	63639	Ivermectina	RIVectina	6mg	Comprimido	Oral	---
Antiparasitário	627	Metronidazol	Flagyl	250mg	Comprimido	Oral	---
Antiparasitário	706	Metronidazol	Flagyl	0,5% (100mL)	Bolsa	IV	Sim
Antiparasitário	629	Metronidazol creme vaginal	Flagyl	100mg/G	tubo	Vaginal	---
Antiparasitário	51523	albendazol	Zentel	40mg/mL (10mL)	Frasco	VO	---
Antiparkinsoniano	1247	Biperideno	Akineton	5mg/mL (1mL)	Ampola	IV	---
Antirreumático; Antimalárico	62598	Hidroxicloroquina	Reuquinol	400mg	Comprimido	Oral	---
Antisséptico Oral	55096	Clorexidina e cetilpiridíni o	Noplak Max	0,12% 250mL	Frasco	Solução Bucal	---
Antitussígeno	61205	Dropropizina	Flextoss	3mg/mL (120mL)	Frasco	Oral	---
Antiviral	2190	Aciclovir	Zovirax	200mg	Comprimido	Oral	---
Antiviral	2188	Aciclovir	Zovirax	25mg/mL (100mL)	Frasco	IV	Sim
Antiviral	13881	GANciclovir	Cymevene	500mg	Frasco - Ampola	IV	Sim
Antiviral	66813	VALGANciclovir	Valcyte	450mg	Comprimido	VO	---
BloqueadorNeuromuscular	353	PANCURônio	Pancuron	2mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
BloqueadorNeuromuscular	6392	ROCURônio	Esmeron	10mg/mL (5mL)	Ampola	IV	Sim
BloqueadorNeuromuscular	5740	SUXAMETônio	Succinilcolina	100mg	Frasco Ampola	IV	---
Broncodilatador	2320	AminOFILina	Aminofilina	24mg/mL (10mL)	Ampola	IV	---
Broncodilatador	55211	Citrato de Cafeína	Citrato de Cafeína	10mg/mL (20mL)	Frasco	VO	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Broncodilatador	8820	Fenoterol	Berotec	5mg/mL (20mL)	Frasco	Inalatória	---
Broncodilatador	8822	Ipratrópio	Atrovent	0,25mg/mL (20mL)	Frasco	Inalatória	---
Broncodilatador	2316	Salbutamol	Aerolin	0,4mg/mL (120mL)	Frasco	Oral	---
Broncodilatador; Prevenção de parto prematuro	2332	Terbutalina	Bricanyl	0,5mg/mL (1mL)	Ampola	SC/IV	---
Carbapenem	747	IMipenem + Cilastina	Tienam, Tienam	500mg	Frasco-ampola	IV	Sim
Carbapenem	51615	MEROpenem	Meronem	500mg	Frasco-ampola	IV	Sim
Cefalosporina de 1ª geração	665	CeFALEXina	Keflex	500mg	Comprimido	Oral	---
Cefalosporina de 1ª geração	669	CeFALEXina	Keflex	50mg/mL (100mL)	Frasco	Oral	---
Cefalosporina de 1ª geração	657	CeFAZOLina	Kefazol	1G	Frasco-ampola	IV	Sim
Cefalosporina de 2ª geração	757	CeFUROXima	Zinnat	750mg	Frasco-ampola	IV	Sim
Cefalosporina de 3ª geração	51558	Ceftriaxona	Rocefin	1G	Frasco-ampola	IV	Sim
Cefalosporina de 4ª geração	673	CeFEPima	Maxcef	1G	Frasco-ampola	IV	Sim
Contraste Oral	51764	Sulfato de bário	Bariogel	100% (150mL)	Copo	Oral	---
Contraste Gadolínico	64222	Gadodiamida	Omniscan	287mg/mL (10mL)	Frasco-ampola	IV	Sim
Contraste Gadolínico	60648	Gadoterido	Prohance	279,3mg/mL (15mL)	Frasco-	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Contraste Iodado Não Iônico	64023	Iohexol	Omnipaque	300mg/mL (100mL)	Frasco-ampola	IV/ intra - arterial/ intratecal e uso em cavidades do corpo. Não é recomendado para uso intratecal.
Contraste Iodado Não Iônico	65782	Iohexol	Omnipaque	300mg/mL (50mL)	Frasco-ampola	IV/ intra - arterial/ intratecal e uso em cavidades do corpo. Não é recomendado para uso intratecal.
Contraste Iodado Não Iônico	64024	Iohexol	Omnipaque	350mg/mL (100mL)	Frasco-ampola	IV/ intra - arterial/ intratecal e uso em cavidades do corpo. Não é recomendado para uso intratecal.
Contraste Iodado Não Iônico	66477	Iohexol	Omnipaque	350mg/mL (50mL)	Frasco-ampola	IV/ intra - arterial/ intratecal e uso em cavidades do corpo. Não é recomendado para uso intratecal.

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Corante	64201	Azul PATENTE	Bleu Patente	25mg/mL (2mL)	Ampola	SC/intra-arterial	Sim
Corante Oftalmológico	44171	Fluoresceína	Fluoresceína	1% (3mL)	Frasco	Ocular	---
Corticoide Inalatória e Associações	11390	BECLometasona	Clenil	400mcg/mL (2mL)	Frasco	Nasal	---
Corticóide tópico	7960	Triancinolona Acetonida	Oncilom	1mg/G	Bisnaga	Oral	---
Corticóide	57370	Hexacetonida de Triancinolona	Triancil	100mg/5mL	FA	IV/Intra-articular	---
Corticosteróide	870	Betametasona, acetato + Betametasona, fosfato dissódico	Celestone Soluspan	3mg +3,945mg/mL	Ampola	IM/Intra-articular/ Periarticular/ Intrabúrsica/ Intradérmica/ Intralesional e em tecidos molles	---
Corticosteróide	2237	DEXAmetasona	Decadron	4mg CP	Comprimido	VO	---
Corticosteróide	61443	DEXAmetasona	Decadron	0,5mg/mL (120mL)	Frasco	Oral	---
Corticosteróide	2254	METILprednisOLONa	Solu-Medrol	500mg FA	Frasco-ampola	IV	Sim
Corticosteróide	2254	METILprednisOLONa	Solu-Medrol	1250mg FA	Frasco-ampola	IV	Sim
Dermatológico	38256	Colagenase	Kollagenase	30G	Bisnaga	Tópica	---
Dermatológico	52239	Deltametrina Loção	Deltacid	0,2mg/mL (100mL)	Frasco	Tópica	Sim
Dermatológico	52240	Deltametrina Shampoo	Deltacid	0,2mg/mL (100mL)	Frasco	Tópica	Sim
Dermatológico	44231	Dersani Loção Oleosa	Dersani	Frasco C/ 200mL	Frasco	Tópica	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Dermatológico	29032	Nistatina + Óxido de Zinco POM 60g	Dermodex	POM 60G	Bisnaga	Tópica	Sim
Dermatológico	1409	Nitrato de Prata Bastão	Nitrato de Prata	5G	Bisnaga	Tópica	---
Dermatológico	1565	Retinol Acetato + Colecalciferol + Óxido de Zinco	Hipoglós	POM 45G	Bisnaga	Tópica	Sim
Dermatológico	51658	Sulfadiazina de Prata	Dermazine	1% 400G	Pote	Tópica	---
Descongestionante nasal	2266	Nafazolina + Cloreto de Benzalcônio + Cloreto de Sódio	Neosoro adulto	0,5mg+0,1mg+9mg (30mL)	Frasco	Nasal	Sim
Descongestionante nasal	70344	Cloreto de Sódio	Maxidrate	6mg/g (30g)	Frasco	Nasal	Sim
Descongestionante nasal	57951	Nafazolina adulto	Sorine adulto	0,5mg/mL (30mL)	Frasco	Nasal	Sim
Diurético	992	Espironolactona	Aldomet	25mg	Comprimido	Oral	---
Diurético	1002	FUROSEMIDA	Lasix	10mg/mL (2mL)	Ampola	IV	Sim
Diurético	1004	FUROSEMIDA	Lasix	40mg	Comprimido	Oral	---
Diurético	36432	HidroCLOROTiazida	Clorana	25mg	Comprimido	Oral	---
Diurético Osmótico	313	Manitol	Manitol	20% (250mL)	Frasco	IV	Sim
Diurético;Antiglaucoma	996	Acetazolamida	Diamox	250mg	Comprimido	VO	---
Epitelizador eRegenerador Oftálmico	390	Retinol + Cloranfenicol + Aminoácidos + Metionina	Epitezan	3,5G	Tb	Ocular	Sim
Estimulante cardíaco	2209	Deslanosídeo	Cedilanide	0,2mg/mL	Ampola	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Estimulante cardíaco	2219	Digoxina	Digoxina	0,25mg	Comprimido	Oral	---
Estimulante cardíaco	56839	Milrinona	Primacor	1mg/mL	Ampola	IV	---
Estimulante uterino	774	Metilergometrina	Ergotrate	0,2mg/mL (1mL)	Ampola	IM	Sim
Expansor plasmático	1577	Albumina Humana	Blaubimax	20% (50mL)	Frasco	IV	---
Expansor plasmático	37711	Hidroxietilamido	Voluven	6% 500mL	Bs	IV	Sim
Fatores de Crescimento hematopoético	65922	Eltrombopag	RIVolade	50mg	Comprimido	Oral	---
Fatores de Crescimento hematopoético	36143	Eritropoetina humana recombinante	Eporex	4.000UI (0,4mL)	IV	SC	---
Fatores de Crescimento hematopoético	26555	Filgrastim Granulocina		300mcg	SC	SC	---
Glicopeptídeo	753	VANCOMicina	Vancocid	500mg	Frasco	IV	Sim
Hemostático (Cola e Adesivo cirúrgico)	66332	Cianoacrilato	Histoacryl	0,5mL	Mini Bolsa	-	---
Hepatoprotetor	65140	Racemetionina + Cloreto de Colina	Xantinon	100+20mg	Comprimido	Oral	---
Hipnótico e Sedativo	22062	DexMEDETOMIDina	Precedex	100mcg/mL (2mL)	Frasco Ampola	IV	Sim
Hipoglicemiante	782	GLIBENCLAMida	Glibeneck, Daonil	5mg	Comprimido	Oral	---
Hipoglicemiante	14881	GLIMEPIrida	Amaryl	2mg	Comprimido	Oral	---
Hipoglicemiante	6200	Metformina	Glifage	850mg	Comprimido	Oral	---
Hipolipidêmico	8306	Sinvastatina	Zocor	20mg	Comprimido	Oral	---
Hormônio diurético	59564	Desmopressina	DDAVP	4mcg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Hormônio hipotalâmico	3504	Ocitocina	Syntocinon, Orastina	5UI/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim
Hormônio tireoidiano	57094	Levotiroxina	Puran T4	50mcg	Comprimido	Oral	---
Hormônio tireoidiano	57590	Levotiroxina	Puran T4	75mcg	Comprimido	Oral	---
Hormônios Sistêmicos/Hemostáticos	820	Ácido Épsilon-Aminocaproico	Ipsilon	50mg/mL	Ampola	IV	---
Hormônios Sistêmicos/Hemostáticos	826	Ácido tranexâmico	Transamin	50mg/mL	Ampola	IV	Sim
Imunossupressor	52237	Azatioprina	Imuran	50mg	Comprimido	Oral	---
Imunossupressor	65825	BASILIXImabe	Simulect	20mg	Frasco-ampola	IV	---
Imunossupressor	65826	Micofenolato sódico	Myfortic	180mg	Comprimido	VO	---
Imunossupressor	65827	Micofenolato sódico	Myfortic	360mg	Comprimido	VO	---
Imunossupressor	65828	Tacrolimo	Tarfic	1mg	Comprimido	VO	---
Imunossupressor	65889	Tacrolimo	Tarfic	5mg	Comprimido	VO	---
Imunoterapia	1209	Imunoglobulina Anti-rh D	Matergan	300mcg (1,5mL)	Frasco-ampola	IM	---
Inibidor da bomba de prótons	25722	Omeprazol	Oprazon, Losec	40mg	Frasco	IV	Sim
Inibidor da bomba de prótons	14191	Omeprazol	Peprazol, Losec	20mg	Comprimido	Oral	---
Inibidor de Acetilcolinesterase	1583	NEostigmina	Prostigmine	0,5mg/mL (1mL)	Ampola	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Inibidor de Acetilcolinesterase	10691	PIRIDostigmina	Mestinon	60mg	Comprimido	Oral	---
Insulina	41951	Insulina Humana Recombinante -NPH	Novolin N	100UI/mL (10mL)	Frasco	SC	Sim
Insulina	40203	Insulina Regular Humana	Novolin R	100UI/mL (10mL)	Frasco	SC (Preferencial) ou IM ou IV	Sim
Laxante	24341	Bisacodil	Lacto-Purga,Dulcolax	5mg	Comprimido	Oral	---
Laxante	1607	Lactulose	Lactulona, Pentalac	667mg/mL	Frasco	Oral	---
Laxante	2203	Óleo Mineral	Nujol	100mL	Frasco	Oral	---
Laxante	51632	Picossulfato sódico	Gutalax	6g	Sachê	Oral	---
Laxante	2204	Supositório de glicerina adulto	Glicerol	2,92G	Supositório	Retal	---
Laxante	2205	Supositório de glicerina infantil	Glicerol	1,37G	Supositório	Retal	---
Laxante/Umectante/Lubrificante	1230	Fosfato de sódio dibásico +Fosfato de sódio monobásico	Fleet Enema,Phosfoema	0,06g/mL +0,16g/mL	Frasco	Retal	---
Laxante/Umectante/Lubrificante	1601	Solução de Glicerina	Clisterol 12%	12% (500mL)	Frasco	Retal	---
Lincosamida	613	CLINDamicina	Ilosone	150mg/mL (4mL)	Ampola	IV	---
Lubrificante Oftalmológico	4960	Dextrana 70 + Hipromelose	LacriBell	0,1%+0,3% (15mL)	Frasco	Ocular	---
Macrolídeo	1421	CLARITROMicina	Klaricid	1% (5mL)	Frasco-ampola	IV	---
Midriático e Ciclopégico	56642	Ciclopentolato	Ciclopégico	10% (5mL)	Frasco	Ocular	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Midriático e Ciclopérgico	6009	FENILEFRINA	Fenilefrina	1% (5mL)	Frasco	Ocular	---
Midriático e Ciclopérgico	1458	Tropicamida	Mydriacyl	100mg/mL (3mL)	Frasco	Ocular	---
Mucolítico e Expectorante	27262	Acetilcisteína	Fluimucil	40mg/G (5G)	Ampola	Nasal	---
Mucolítico e Expectorante	2343	Acetilcisteína	Fluimucil	15mg/mL	Sachê	Oral	---
Mucolítico e Expectorante	2296	Ambroxol	Mucosolvan Adulto	6mg/mL	Frasco	Oral	---
Mucolítico e Expectorante	54747	Ambroxol	Mucosolvan Pediátrico	25mg	Frasco	Oral	---
Neuroléptico	1279	Clorpromazina	Amplictil	5mg/mL (5mL)	Comprimido	Oral	---
Neuroléptico	1274	Clorpromazina	Amplictil	40mg/mL (20mL)	Ampola	Oral	---
Neuroléptico	1269	Clorpromazina	Amplictil	5mg/mL (1mL)	Frasco	Oral	---
Neuroléptico	1485	Haloperidol	Haldol	2mg/mL (20mL)	Ampola	IV	Sim
Neuroléptico	1483	Haloperidol	Haldol	25mg	Frasco	Oral	---
Neuroléptico	17871	QUETIAPINA	Seroquel	1mg	Comprimido	Oral	---
Neuroléptico	61265	RISPERIDONA	Risperdal	Conforme composição prescrita pelo médico	Comprimido	Oral	---
Soluções de Nutrição Parenteral	55698	Bolsa de Nutrição Parenteral Manipulada Adulto	-	Conforme composição	Bolsa	IV	Sim
Soluções de Nutrição Parenteral	52864	Bolsa de Nutrição Parenteral Manipulada Infantil	-	Conforme composição prescrita pelo médico	Bolsa	IV	Sim
Oftalmológico	59162	Ácido Poliacrílico Hidroxipropil-	Refresh Gel	0,3% gel 10G	Frasco	Ocular	---
Oftalmológico	60269	Metilcelulose	Oft Visc	2%	Ampola	Ocular	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
OutrosAntimicrobianos	62601	LINEZOLida	Zyvox	2mg/mL	Bs	IV	---
Penicilina	54669	AMOXIcilina	Amoxil	50mg/mL	Frasco	Oral	---
Penicilina	596	Benzilpenicilina BENZATINA	Benzetacil	1.200.000UI	Frasco	IM	---
Penicilina	51554	Benzilpenicilina POTÁSSICA	Megapen	5.000.000UI	Frasco	IV	---
Penicilina	743	OXAcilina	Staficilin	500mg	Frasco-ampola	IV	---
Penicilina	588	AMPicilina	Unasyn	1G	Frasco	IV	Sim
Penicilina	11941	AMPicilina + Sulbactam	Unasyn	1G + 0,5G	Frasco	IV	Sim
Penicilina	7803	PIPERAcilina + Tazobactam	Tazocin	4,5G	Frasco-ampola	IV	---
Penicilina e Inibidor deBeta-Lactamase	63253	AMOXIcilina + Ácido Clavulânico	Clavulin	80mg + 11,4mg/mL	Frasco	Oral	---
Penicilina e Inibidor deBeta-Lactamase	63253	AMOXIcilina + Ácido Clavulânico	Clavulin	500mg+100mg	Frasco	IV	Sim
Polimixinas	35522	POLIMIXina B	Sulfato dePolimixina B	500.000UI	Frasco-ampola	IV	---
Polivitamínico semminerais	2152	Tiamina+piridoxina+cianocobalamina	Citoneurin	5.000UI (2mL)	Ampola	IV	---
Prostaglandinas	1634	Alprostadil	Carveject/Prostavasin	500mcg	Frasco	IV	---
Prostaglandinas	55963	Misoprostol	Prostokos	25mgCG	Comprimido	Vaginal	---
ProteolíticoAnti-inflamatório	42962	Papaína pomada	Papaína	25% (200G)	Bisnaga	Tópica	---

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
ProteolíticoAnti-inflamatório	66826	Papaína pomada	Papaína	50% (200G)	Bisnaga	Tópica	---
Quinolona	722	CIPROfloxacino	Cipro	500mg	Comprimido	Oral	---
Quinolona	720	CIPROfloxacino	Cipro	2mg/mL (10mL)	Bolsa	IV	Sim
Quinolona	19981	LEVOfloxacino	Tamiram	500mg	Comprimido	Oral	---
Quinolona	9340	LEVOfloxacino	Tamiram	500mg	Bolsa	IV	Sim
Relaxante Muscular	457	Atracúrio	Tracur	10mg/mL (2,5mL)	Ampola	IV(exclusiv oanestesia geral)	Sim
Relaxante Muscular	8865	BACLofereno	Lioresal	10mg	Comprimido	VO	---
Relaxante Muscular	54819	Dantroleno	Dantrolen	20mg	Frasco-ampola	IV	---
Repositor e Soluçãohidroeletrólítica	2574	Bicarbonato de Sódio	Bicarbonato deSódio	8,4% 10mL	Ampola	IV	Sim
Repositor e Soluçãohidroeletrólítica	115	Bicarbonato de Sódio	Bicarbonato deSódio	8,4% 250mL	Frasco	IV	---
Repositor e Soluçãohidroeletrólítica	51563	Cloreto de Potássio	Cloreto de Potássio	10% (1,34mEq/mL)(10mL)	Ampola	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	184	Cloreto de Potássio	Cloreto de Potássio	19,1%(2,56 mEq/mL) (10mL)	Ampola	IV	Sim
Repositor e Soluçãohidroeletrólítica	64146	Cloreto de Potássio	Slow-K	600mg (8mEq)	Comprimido	Oral	---
Repositor e Solução hidroeletrólítica	52340	Cloreto de Potássio	Cloreto de Potássio	6% (0,8mEq/mL) (100mL)	Frasco	Oral	---
Repositor e Soluçãohidroeletrólítica	51697	Cloreto de Sódio + Cloreto dePotássio + Cloreto de Cálcio	Soro Ringer Simples	500mL	Frasco	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51686	Cloreto de Sódio + Cloreto de Potássio + Cloreto de Cálcio + Lactato de Sódio	Soro Ringer com Lactato	500mL	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51660	Glicofisiológico	Soro GlicoFisiológico	500mL	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	55088	Soro Glicosado	Soro Glicosado	5% (100mL)	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51679	Soro Glicosado	Soro Glicosado	5% (250mL)	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51683	Soro Glicosado	Soro Glicosado	5% (500mL)	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	55020	Soro Glicosado	Soro Glicosado	10% (250mL)	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	52308	Soro Glicosado	Soro Glicosado	10% (500mL)	Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	189	Gliconato de Cálcio	Gluconato de Cálcio		Ampola	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	13812	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	54594	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51654	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	51651	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Frasco	IV	Sim
Repositor e Solução hidroeletrólítica	2358	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Ampola	IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Repositor e Solução hidroelétrica	51562	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Ampola	IV	Sim
Repositor e Solução hidroelétrica	183	Cloreto de Sódio	Solução Fisiológica		Ampola	IV	Sim
Resina de troca iônica	4208	Poliestireno sulfonato de Cálcio Envelope	Sorcal, Calnate		ENV	VO	---
Solução Hidroelétrica	67046	Bicarbonato de Sódio + Cloreto de potássio + Glicose	Solução cardioprotetora	10mL	Frasco-ampola	Circulação extracorpórea	---
Solução oftálmica	1467	Atropina	Atropina	1% 5mL	Frasco	Ocular	Sim
Solução oftálmica	60268	Azul de TRYPTANO	Azul Trypan	0,1% (1mL)	Frasco	Ocular	Sim
Solução para Diálise	22503	CUSTODIO I	Custodiol	1L	Bolsa	Perfusão e Preservação de Órgãos	---
Solução para Diálise	61022	Solução de Diálise Ácida	CPHD-Ácido SEM glicose	5L	Bombona	IV	Sim
Solução para Diálise	60997	Solução de Diálise Ácida COM GLICOSE 3,5%	CPHD-Ácido COM glicose	5L	Bombona	IV	Sim
Solução para Diálise	61021	Solução de Diálise BÁSICA - Bicarbonato de sódio 8,4%	CPHD-Básico	5L	Bombona	IV	Sim
Solução para Diálise	64436	Solução p/ CAPD 1,5%	Kit de Manutenção CAPD 30 Dias	2L	Bolsa	IP	Sim
Solução para Diálise	64436	Solução p/ CAPD 2,5%	Kit de Manutenção CAPD 30 Dias	2L	Bolsa	IP	Sim
Solução para Diálise	64436	Solução p/ CAPD 4,25%	Kit de Manutenção CAPD 30 Dias	2L	Bolsa	IP	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Solução para Diálise	65003	Solução p/ DPA 1,5%	Kit de ManutençãoDP A 30 Dias	6L	Bolsa	IP	Sim
Solução para Diálise	65003	Solução p/ DPA 2,5%	Kit de ManutençãoDP A 30 Dias	6L	Bolsa	IP	Sim
Solução para Diálise	65003	Solução p/ DPA 4,25%	Kit de ManutençãoDP A 30 Dias	6L	Bolsa	IP	Sim
Solução para infusão parenteral	193	Água destilada	Água destilada	10mL	Ampola	IV	Sim
Solução para infusão parenteral	47341	Água destilada	Água destilada	250mL	Frasco	IV	Sim
Solução para infusão parenteral	52306	Água destilada	Água destilada	500mL	Frasco	IV	Sim
Solução para infusão parenteral	54989	Água destilada	Água destilada	1000mL	Frasco	IV	Sim
Solução para infusão parenteral	1603	Glicose 50%	Glicose Hipertônica 50%	50% (10mL)	Ampola	IV	---
Solução para infusão parenteral	181	Sulfato de magnésio	Sulfato de magnésio	10% (10mL)	Ampola	IV	Sim
Sulfonamida	594	Sulfametoxazol + Trimetoprima	Bactrim	400 + 80mg	Ampola	IV	---
Sulfonamida	51656	Sulfametoxazol + Trimetoprima	Bactrim	400 + 80mg	Comprimido	Oral	---
Sulfonamida	619	Sulfametoxazol + Trimetoprima	Bactrim	40 + 8mg/mL (100mL)	Frasco	Oral	---
Suplemento Mineral	2270	Carbonato de Cálcio	Oscal	500mg	Comprimido	Oral	---
Suplemento Mineral	905	Sacarato de Hidróxido Férrico	Noripurum	20mg/mL (5mL)	Ampola	IV	---
Surfactante	18720	Alfa Poractante	Curosurf	120mg/1,5 mL Fr	Frasco	ITR	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO		VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
Surfactante	25312	Alfa Poractante	Curosurf	240mg/3mL Fr	Frasco	ITR	Sim
Tópico otológico	55665	Hidrocortisona+Neomicina+Polimixina	Otosporin	10mg+5mg+10000UI/1mL Fr 10mL	Frasco	Nasal	---
Trombolítico	7911	Alteplase	Actylise	1mg/mL (50mL)	Frasco	IV	---
Vasodilatador cerebral	55635	Betaistina	Labirin	24mg	Comprimido	Oral	---
Vasodilator	1436	PapaVERina	Papaverina	50mg/mL	Ampola	IV	---
Vasodilator	51644	Sildenafil	Sildenafil	10mg	Comprimido	Oral	---
Vasodilator cerebral	38295	Cilostazol	Cebralat	50mg	Comprimido	Oral	---
Vasodilator cerebral	1730	Cinarizina	Stugeron	25mg	Comprimido	Oral	---
Vasodilator cerebral	1726	NimoDIPINO	Oxygen	30mg	Comprimido	Oral	---
Vitamina	39342	Acetato de Retinol E Colecalciferol	Ad-Til	20mL	frasco	Oral	---
Vitamina	60774	Quelato de Zinco	Quelato de Zinco	4mg/mL (frasco300mL)	Frasco	Tópica	---
Vitamina	60667	Ácido Ascórbico (Vitamina C)	Cewin, Redoxon	200mg/mL	Frasco	Oral	---
Vitamina	893	Ácido Ascórbico (Vitamina C)	Ceviton	100mg/mL sol (5mL)	Frasco	IV	---
Vitamina	1416	Ácido fólico	Folacin	5mg	Comprimido	Oral	---
Vitamina	56517	CALCITRIOL	Sigmatril; Rocaltrol	0,25 mcg	Cápsula	Oral	---
Vitamina	51566	Complexo B (Dexpanten	Hyples B	2mL	Ampola	IM ou IV	Sim

CLASSE TERAPÊUTICA	CÓDIGO TASY	PRINCÍPIO ATIVO	NOME COMERCIAL	APRESENTAÇÃO	VIA	APARÊNCIA SEMELHANTE (AS)
		ol - PróB5); Nicotinami da (B3); Piridoxina (B6); Riboflavina (B2); Tiamina (B1)				

2.1 Medicamentos que apresentam Sonoridade Semelhante – SS

MEDICAMENTOS COM NOMES PARECIDOS (*Look-Alike / Sound-Alike*)

Nome comercial/ Princípio ativo

Nome semelhante

ALkeran

LEUkeran

MYLEran

LEUkeran

KeFLIN

QueLICIN

KeFLIN

KeFLEX

NovaMIN

NovaMICIN

Solu-MEDROL

Solu-CORTEF

TEGretol

TREntal

ALPRAZolam

LORazepam

ALPRAZolam

CLONAzepam

ABATAcepte

ETAnercepte

ABATAcepte

AFLibercepte

ALEntuzumabe

TRAStuzumabe

AnLODIPino

AMILorida

ATEZOlizumabe

CERTOlizumabe

ATEZOlizumabe

TOCILizumabe

MEDICAMENTOS COM NOMES PARECIDOS (<i>Look-Alike / Sound-Alike</i>)	
ATEZOlizumabe	VEDOlizumabe
ATORvastatina	NIStatina
ATORvastatina	ROSUvastatina
ATORvastatina	SINvastatina
AVELUmabe	DUPIlumabe
AVELUmabe	DURVALumabe
AVELUmabe	CEMIplimabe
AzaTIOprina	AZITromicina
BELImumabe	ADALImumabe
BELImumabe	GOLImumabe
BELImumabe	PANItumabe
BELImumabe	IPILImumabe
BENDAmustina	CARmustina
BEVAcizumabe	IDARUcizumabe
BRENTUximabe	BEVACIzumabe
BRENTUximabe	RITUximabe
CABAZItaxel	DOCEtaxel
CABAZItaxel	PACLItaxel
CARBOplatina	CISplatina
CARBOplatina	OXALIplatina
CeFAzolina	CefTRIAXona
CETUximabe	BEVAcizumabe
CICLOfosfamida	IFOsfamida
CIPROfloxacino	LEVOfloxacino
CIPROfloxacino	MOXIfloxacino
CISplatina	OXALIplatina

MEDICAMENTOS COM NOMES PARECIDOS (<i>Look-Alike / Sound-Alike</i>)	
CITArabina	FLUdarabina
CLONAzepam	ALPRAZolam
CLONAzepam	cloBAZam
CLONAzepam	cloNIDine
CLONAzepam	LORazepam
DARAtumumabe	BELImumabe
DARAtumumabe	ADALImumabe
DARAtumumabe	GOLImumabe
DARAtumumabe	PANITUmumabe
DARAtumumabe	IPILImumabe
DAUNOrrubicina	DOXOrrubicina
DAUNOrrubicina	EPIrrubicina
DECItabina	GENCItabina
DESMOpressina	VASOpressina
DimeniDRINATO	DifenidrAMINA
DOBUTamina	DOPamina
DOCEtaxel	PaCLItaxel
DOXOrrubicina	DOXOrrubicina LIPOSSOMAL
DULOxetina	FLUOxetina
DULOxetina	PARoxetina
EFEDrina	EPINEFRina
EPIrrubicina	IDArrubicina
ESomeprezol	Omeprazol
ETAnercepte	AFLIbercepte
FentaNILA	SUFentanil
FLUDArabina	CITArabina

MEDICAMENTOS COM NOMES PARECIDOS (<i>Look-Alike / Sound-Alike</i>)	
HidrALAZINA	HidroCLOROtiazida
HidrALAZINA	HidrOXIzina
InFLIXimabe	RiTUXimabe
IPILimumabe	ADALImumabe
IPILimumabe	GOLImumabe
IRINOfecano	TOPOfecano
LamiVUDina	LamoTRIgina
LevoTIROxina	LamoTRIgina
LevoTIROxina	LevoFLOXacin
METRONidazol	MeROPENEM
METRONidazol	MetFORMINA
METRONidazol	MetoCLOPRAMIDA
METRONidazol	MetoTREXATO
MitoMlcina	MitoXANtrona
MitoXANTRONE	MetoTREXATO
NATALizumabe	CERTOlizumabe
NATALizumabe	TOCILizumabe
NATALizumabe	VEDOlizumabe
NIVOlumabe	AVELUmabe
NIVOlumabe	DARAtumumabe
NIVOlumabe	DURVALumabe
NIVOlumabe	PREMBROlizumabe
NIFEdipina	NIMOdipina
OCRElizumabe	AVELUmabe
OCRElizumabe	TOCILizumabe
OCRElizumabe	CERTOlizumabe

MEDICAMENTOS COM NOMES PARECIDOS (<i>Look-Alike / Sound-Alike</i>)	
OCRElizumabe	IDARUcizumabe
OCRElizumabe	BEVAcizumabe
OLANZapina	QUETiapina
PACLItaxel	DOCEtaxel
PACLItaxel	PAROxetina
PAROxetina	FLUOxetina
PEMBROLizumabe	PANItumumabe
PERTUzumabe	PANITUmumabe
PredniSONA	PredniSOLONA
SAXAgliptina	SitaGLIPTina
SAXAgliptina	VILDAgliptina
SINVastatina	ROSUvastatina
SitaGLIPTina	SAXAgliptina
SUFentanil	ALFentanil
SORafenibe	SUNItinibe
SulfADIAZINA	SulfasSALAZINA
TIOtrópico, Brometo	IPRAtrópico
TOCILizumabe	TRASTUzumabe
TRASTUzumabe	Trastuzumabe ENTANSINA
VILDAgliptina	SitaGLIPTina
VILDAgliptina	SAXAgliptina
VimBLASTina	VinCRISTina
VinFLUNINA	VinORELbina
VORIconazol	CETOconazol

<http://linus.husm.ufsm.br/janela/manual-de-medicacao.pdf> Manual farmacêutico do Hospital Albert Einstein disponível em <https://aplicacoes.einstein.br/manualfarmaceutico/Paginas/Home.aspx> ISMP. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS: Lista dos Medicamentos para Instituições de Longa Permanência. ISSN: 2317-2312 | VOLUME 5 | NÚMERO 3 | agosto 2016. ISMP. MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS DE USO HOSPITALAR E AMBULATORIAL - LISTAS ATUALIZADAS 2015 ISSN: 2317-2312 | VOLUME 4 | NÚMERO 3 | SETEMBRO 2015.

Histórico de Revisões: Versão 000 – 02/10/2023: Elaboração do documento.

Planejamento De Compras

10. OBJETIVOS

Manter o equilíbrio da demanda com a posição de estoque, além de viabilizar a transparência nos processos que fazem parte do ressuprimento.

11. CAMPOS DE APLICAÇÃO

Unidade de Compras

12. REFERÊNCIAS

Para elaboração desta Rotina foram utilizadas como referência legislação, normas técnicas e regulamentações vigentes que regem a prestação de serviços em Unidades de Saúde, como:

Diretrizes Institucionais;

Legislação, Normas Técnicas e Regulamentações Vigentes que regem a prestação de serviços em unidades de saúde.

13. DEFINIÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

Sazonalidade – Alguns medicamentos podem sofrer alterações de consumo em determinados períodos do ano, oferecendo mudanças significativas no estoque.

Curva ABC – A Curva ABC é um método de classificação estatística de medicamentos e materiais, baseada no princípio de Pareto, que visa classificar itens através das percentagens da demanda valorizada de cada item em relação à demanda valorizada total. Curva XYZ – Na Curva XYZ os itens são classificados baseando-se no critério de criticidade, levando em consideração a sua importância ao paciente. Classe X representa os itens de baixa criticidade, cuja falta não implica em maiores consequências, Classe Y apresenta razoável possibilidade de substituição com outros itens disponíveis em estoque sem comprometer os processos críticos, caso seja necessário em detrimento dos custos envolvidos e a classe Z que representa os itens de vital importância.

Curva PQR – Na curva PQR os itens são classificados de acordo com a popularidade dos itens, onde a classe P envolve os itens de elevada frequência de movimentação, a classe Q envolve os itens com frequência de movimentação intermediária e a classe R incluem os itens de baixa movimentação.

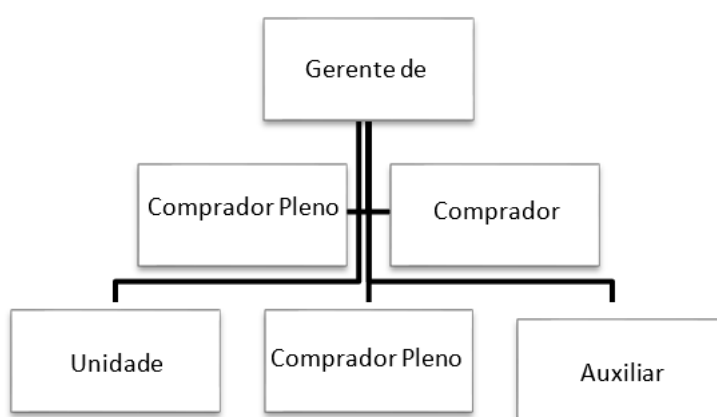
Estoque de Segurança – O estoque de segurança consiste em uma reserva dos itens de medicamentos e materiais suficientes para suprir o abastecimento durante o período de entrega e reabastecimento.

Estoques Máximos e Mínimos – São os níveis máximos e mínimos estabelecidos dos itens de medicamentos e materiais através do histórico de consumo, utilizados para identificar o ponto de ressurgimento, estoque baixo ou estoque alto.

Nota:

O valor unitário contábil dos itens de estoque será realizado através do custo médio ponderado, ou seja, a cada entrada de um determinado item o valor unitário será recalculado com a quantidade anterior, de acordo com a Lei 4.320/69. Art. 106. Que determina que os órgãos públicos façam uso do custo médio ponderado.

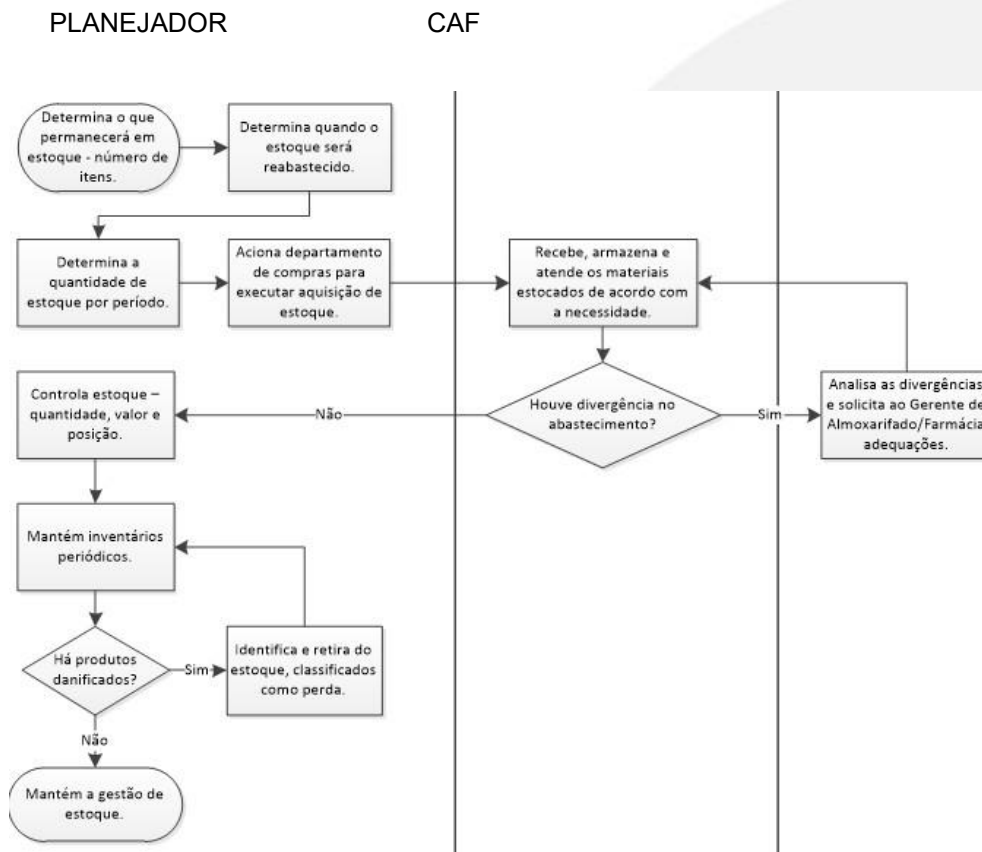
ORGANOGRAMA APLICAVEL AO SERVIÇO



14. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DOS RESPONSÁVEIS

AÇÃO	AGENTE
Consultar no sistema informatizado pedidos imputados realizados e não confirmados pelo comprador.	Gerente de Compras
Informar ao comprador pleno o número OC e nome de fornecedor com entrega atrasada, para que o mesmo repasse informação sobre pendência de entrega.	Comprador
Solicitar ao comprador via e-mail, cancelamento de pedido com saldo em excesso no estoque	Comprador Pleno
Solicitar ao comprador via e-mail, antecipação de pedido com saldo insuficiente no estoque	Comprador Pleno
Inserir via sistema informatizado pedido (urgência, rotina, complementar ou consolidado) para adequação de estoque	Unidade Solicitante
Decidir o que deve permanecer em estoque - número de itens.	Unidade Solicitante
Definir o momento de reabastecimento do estoque - definir prioridades.	Unidade Solicitante
Acionar o comprador para executar a aquisição de estoque.	Unidade Solicitante
Receber, armazenar e atender os materiais estocados de acordo com as necessidades.	Unidade Solicitante
Controlar o estoque em termos de quantidade e valor, fornecendo as informações sobre sua posição.	Unidade Solicitante
Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e estados dos materiais estocados.	Unidade Solicitante
Identificar e retirar do estoque os itens danificados, classificados como perda.	Unidade Solicitante

14.1.FLUXOGRAMA DO SERVIÇO



- RECURSOS MATERIAIS E TÉCNICOS QUE SERÃO UTILIZADOS DIRETAMENTE NA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS
- Computador
- Impressora
- Prateleiras
- Armários
- Cadeiras
- Sistema informatizado de Gestão Hospitalar
- Plataforma Bionexo
- Disponibilidade do servidor

DESCRIÇÃO DA NORMA DE CONDUTA DO COLABORADOR

Política

A função principal da política é maximizar o uso do recurso na área de Farmácia - Almoxarifado e com grande efeito dentro dos estoques. Por outro lado, será necessário manter um nível para suprir a demanda, e garantir que o abastecimento das áreas ou o próprio prazo de entrega dos fornecedores não comprometa a área assistencial, tendo como política:

Receber os itens adquiridos pela instituição conforme Ordem de Fornecimento e Normas Administrativas. Realizar o Armazenamento dos itens de acordo com a normatização técnica e administrativa. Gerir estoques, buscando a segurança dos recursos materiais e a maximização dos recursos financeiros, através de efetivos controles (inventários, validade, integridade e rastreabilidade)".

Planejamento

A gestão de estoque é gerida pela seguinte área: Farmácia- CAF, tendo como referência um Gerente Suprimentos/Sede e Coordenador Farmacêutico. O planejamento de compras é a base de apoio, no sentido do controle (consumo x investimento), portanto, não deverá existir estoque excessivo, visto que podem ter variações na validade, demanda custos altos e comprometer o fluxo de caixa.

O primeiro passo para o planejamento de compras é prever a demanda futura por produto dentro de determinados períodos do ano. Outro ponto relevante são os períodos de alta ou queda no consumo de seus produtos por motivos festivos, mudanças ambientais ou feriados prolongados, que também devem fazer parte do planejamento de compras.

Os estoques devem ser classificados pela técnica chamada de Curva ABC. Esta técnica estabelece a importância dos itens de A à Z, de maneira que são avaliados por valores agregados na ordem decrescente de acordo com o seu consumo e valor. Com isso, identificam-se os itens que apresentam uma importância relativa ao seu valor, de modo que 10% dos itens (valor agregado alto) são responsáveis por 70% do valor dos estoques. Logo 70% dos itens (menor valor agregado) são responsáveis por 10% do valor dos estoques.

O planejamento de compras será realizado conforme cronograma estipulado pelo Suprimentos, sendo a programação realizada mensalmente, bimestralmente e trimestralmente e divididas por grupos;

Os pedidos devem ser emitidos nas datas estipuladas pelo cronograma de compras, visto que estes pedidos são consolidados para ganho no poder de negociação.

Os tempos para fornecimento de produtos variam de acordo com o nível de produção de cada fabricante. Porém, com um aumento na procura de determinadas mercadorias, faz-se necessária a estocagem dele, como plano de contingência.

Trabalhar com entregas programadas é uma estratégia para aperfeiçoar o espaço físico do estoque e o fluxo de caixa. A utilização do estoque de segurança evita a compra de urgência, o que compromete o fluxo de caixa do departamento, devido à falta de tempo para a negociação e o custo agregado para retirada do medicamento em algumas situações.

O estoque de segurança é importante quando ocorrem problemas na emissão do pedido, aumento de consumo, ou até mesmo por outras ocorrências, como atraso na entrega por parte do fornecedor, escassez da mercadoria, entre outros.

De forma resumida a análise a ser feita para emissão do pedido será:

- ✓ Posição de Estoque;
- ✓ Orçamento;
- ✓ Consumo médio dos últimos 3 ou 6 meses (avaliação de períodos sazonais);
- ✓ Classificação de compras – mensal, bimestral ou trimestral;
- ✓ Programação em andamento;
- ✓ Estoque de Segurança;
- ✓ Classificação de Curva ABC.

Pedidos Complementares e Urgentes

Os pedidos complementares somente poderão ser emitidos nas seguintes ocasiões:

Aumento de consumo: quando a quantidade colocada na programação não for suficiente para atender a demanda, sendo necessárias justificativa pelo Planejador, informações com histórico de consumo dos três últimos meses e o informe do procedimento cujo ocasionou o aumento de consumo;

Quando solicitado evidenciado pelo planejador: por motivos de processo, prazo de entrega do fornecedor devido a negociação em andamento ou negociação de lote;

A unidade de Compras terá um prazo para executar o processo de aquisição sendo de no mínimo de 07 a 10 dias úteis conforme particularidade de cada item em relação ao prazo de entrega por parte do fornecedor.

Para a reposição de itens que estiverem com estoque zerado, esta deverá conter justificativa plausível apresentada pelo Gestor da unidade e aprovação do Gerente de Suprimentos / Sede

Os pedidos de compras que são solicitados mediante apresentação de guia terapêutico, serão liberados apenas com apresentação do guia terapêutico autorizados pela Diretoria Técnica

A unidade de compras deverá ter no mínimo 72 horas para aquisição do item, porém o prazo de entrega poderá sofrer variações conforme cada fornecedor.

Itens de Urgência

A Unidade de Compras é informada pela Unidade solicitante da necessidade de aquisição do material hospitalar e medicamento, em virtude de elevação de consumo.

Parte-se do cálculo do consumo médio mensal, considerando a projeção da elevação na curva do consumo do referido item, sazonalidade ou ponto de pedido, para determinação da quantidade ideal a ser adquirida junto a Unidade de Compras, através de pedido de compra via sistema, devidamente assinado pela chefia da Unidade solicitante.

15. DESCRIÇÃO DAS NORMAS DE MEDIDAS PREVENTIVAS PARA ACIDENTE

Os colaboradores que possuem tarefas de movimentação de embalagens de medicamentos e materiais pesados devem utilizar cinta de segurança a fim de se evitar lesões.

Para todas as atividades da Unidade de Farmácia Almoarifado, os colaboradores devem utilizar sapatos fechados a fim de se evitar acidentes com queda de materiais.

16. PLANO DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

O Plano de Educação Continuada tem como o principal objetivo propiciar à equipe reciclagem constante visando a atualização dos conhecimentos técnicos e dos trabalhos a serem realizados, para que os colaboradores possam exercer suas atividades de forma mais efetiva e eficaz. O Plano está estruturado através de treinamento teórico, avaliação pós-treinamento e monitoramento.

17. PLANO DE EMERGÊNCIA E CONTINGÊNCIA

Quaisquer acontecimentos detectados que possam afetar a prestação dos serviços deverão ser informados, em tempo real ao gestor imediato, ou cargo substituto e deverá ser colocado em prática o Plano de Emergência e Contingência para a dada intercorrência a fim de assegurar a correta continuidade da presente rotina.

As contingências para possíveis situações relativas as estas rotinas serão citadas, porém é de suma importância para a correta aplicabilidade e instruções, consultar as rotinas elaboradas para cada intercorrência.

18. LEGISLAÇÃO

- Lei 4.320/69. Art. 106.
- Boas práticas de Recebimento de medicamentos. Ministério da Saúde, 1989.
- Lei nº 8.666/1993 e Lei nº 14.133/2021 – Leis de Licitações

- LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018)
- Lei nº 13.787/2018 – Lei do Prontuário Eletrônico

Apêndice 2 – Tabela de visita técnica de fornecedor por criticidade

TIPO	PERIODICIDADE	PROCEDIMENTO
Críticos	Visitas Anuais	Fornecedores de suprimentos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Semicríticos	Visitas a cada 2 anos	Fornecedores de produtos e serviços que impactam indiretamente na assistência, sem prejuízo ao paciente.
Não-críticos	De acordo com gestor da área	Fornecedores de produtos e serviços que não impactam no prognóstico do paciente, podendo ser substituído sem prejuízo para Instituição.

Apêndice 3 – Tabela de classificação dos fornecedores após visita técnica

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	Mais de 75%	Visitar após 01 ano
Sob avaliação	Entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses
Não qualificado	Menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

INSTITUTO Mais Saúde		Check list de recebimento / avaliação fornecedor		AVALIAÇÃO	Classificação Final	
Fornecedor:	Transportadora:				PONTUAÇÃO FORNECEDOR	
Responsável pela avaliação:				100	85–100 pontos:	Excelente
Nº OC / Nº NF:					70–84 pontos:	Bom
				50–69 pontos:	Regular (Monitorar desempenho)	
				0–49 pontos:	Insatisfatório (Avaliar substituição)	
1	Os mat/med foram entregues dentro da temperatura estipulada na embalagem pelo fabricante (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial de 70% a 99%: 7–9 pontos Preocupante < 70%: 3–5 pontos Insatisfatório: < 49% Não atende aos padrões 0–3 pontos		10		
2	Pontualidade nas entregas, a entrega ocorreu dentro do prazo acordado em OC (15 pontos)	Sempre pontual 15 pontos Pequenos atrasos ocasionais 8–10 pontos Atrasos frequentes ou significativos 0–6 pontos		15		
3	As condições comerciais estão de acordo com o OC (CNPJ, Natureza operação e condições de pagamento) (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial 70%: 7–9 pontos Preocupante < 40%: 0–5 pontos		10		
4	Os insumos apresentam a validade preferencialmente acima de um ano (10 pontos)	Ótimo 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 7–9 pontos Preocupante < 49%: 0–5 pontos		10		
5	Os produtos não apresentam nenhum tipo de desvio de qualidade(5 pontos)	Ótimo 100%: 5 pontos Parcial de 50% a 79%: 3–4 pontos Preocupante < 49%: 0–2 pontos		5		
6	Sustentabilidade e Responsabilidade Social (5 pontos)	Demonstra práticas sustentáveis e éticas: 5 pontos Demonstra práticas aceitáveis, mas com áreas a melhorar: 3–4 pontos Não demonstra compromisso com práticas éticas ou sustentáveis: 0–2 pontos		5		
7	A transportadora foi cordial e respeitosa ao horário de recebimento (até às 16 horas) (10 pontos)	Ótimo de 16 HR : 10 pontos Entre 16 e 17 HR : 7-9 pontos Preocupante após 17:30 HR: 0–5 pontos		10		
8	Informações da Nota Fiscal: Houve problema com a nota fiscal com relação a preço ou quantidade? (15 pontos)	Ótimo de 100%: 15 pontos Parcial de 50% a 79%: 8–10 pontos Preocupante < 49%: 0–6 pontos		15		
9	Informações do Produto: Houve necessidade de emissão de Carta de Devolução? (10 pontos)	Ótimo de 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 7–9 pontos Preocupante < 49%: 0–5 pontos		10		
10	Condições de transporte: As condições do transporte do material e/ou medicamento estão conformes/adequadas? (10 pontos)	Ótimo de 100%: 10 pontos Parcial de 50% a 79%: 3– 4 pontos Preocupante < 49%: 0–2 pontos		10		

Apêndice 4 – Horário de funcionamento do serviço de farmácia e almoxarifado

SETOR RECEBIMENTO	DO PERÍODO SEMANA	DA HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO
Almoxarifado	Segunda a sexta feria	08h00 às 17h00

Farmácia Segunda a segunda 24 hr

Manual do Almoxarifado / Farmácia.

INTRODUÇÃO

O Almoxarifado possui a finalidade receber e conferir todo o material, bem como armazená-lo e distribuí-lo em quantidade adequada e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda da unidade.

OBJETIVO

Este Manual tem como objetivo orientar a realização das atividades dos colaboradores, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a

qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e para os clientes.

FUNÇÕES

- Receber e conferir os materiais adquiridos ou cedidos de acordo com o documento de compra (Nota de Empenho e Nota Fiscal) ou equivalentes;
- Receber os materiais adquiridos, certificando/conferindo a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, através da AF/empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica descrita na AF/empenho;
- Receber, conferir, armazenar e registrar os materiais em estoque;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos materiais recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados;
- Viabilizar o inventário anual dos materiais estocados;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos materiais visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material existente;
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.
- Planejar e controlar o estoque de materiais
- Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares,
- Realizar mensalmente, inventários/conferências dos materiais em estoque
- Acompanhar/Supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais

adquiridos junto aos fornecedores e montar/Instruir processo e

- Providenciar a confecção ou aquisição de formulários e impressos padronizados pelo IMED, com acompanhamento do consumo dos mesmos;

- ATIVIDADES

O Almoxarifado/farmácia abrangem as atividades de recebimento, armazenagem, distribuição e controle, conforme discriminado a seguir.

Recebimento (Controle de estoque?)

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais estará em módulo de um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e será caracterizado como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder à conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder à conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material para estoque no Almoxarifado.

O recebimento compreende quatro fases: entrada de materiais, conferência quantitativa, conferência qualitativa e regularização.

- Entrada de materiais
- A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:
 - g) A recepção dos veículos transportadores;

- h) A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- i) Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- j) Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- k) Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- l) Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

- Conferência quantitativa
- É a atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.
- Conferência qualitativa
- Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.
- Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- f) Liberação de pagamento ao fornecedor;
- g) Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- h) Devolução de material ao fornecedor;
- i) Reclamação de falta ao fornecedor;
- j) Entrada do material no estoque.

Armazenagem

A guarda dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem

a qualidade dos materiais, com o objetivo da ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição;
- Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:
 - Máxima utilização do espaço;
 - Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
 - Pronto acesso a todos os itens;
 - Máxima proteção aos itens estocados;
 - Boa organização;
 - Satisfação das necessidades dos clientes.

Distribuição

Os materiais devem ser distribuídos aos interessados mediante programação e pleno conhecimento entre as partes envolvidas. É imprescindível o uso de documento (registro) para a solicitação/retirada de materiais do almoxarifado.

Controle (Escrituração)

O controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor envolvido, qual seja, recebimento, armazenagem e distribuição. Ao mesmo tempo, o controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas, contemplando ainda requisições de materiais.

NORMAS PARA O ALMOXARIFADO

Normas Administrativas

- O horário de trabalho estabelecido deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;

- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Coordenador Administrativo da unidade;
- Os documentos inerentes ao Serviço, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Coordenação.
- Nenhum material poderá ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almoxarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

NORMAS TÉCNICAS

Normas técnicas para estocagem de gêneros

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40 cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10 cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;

- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a caldeiras, condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;
- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deverá ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;

- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas “armadas”;
- pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

ROTINAS DO ALMOXARIFADO

Rotina: Solicitação de Materiais ao Módulo Central			Área: Almoхарifado
			Código: R.AI.01
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Solicitar materiais. Protocolar pedido. Analisar o pedido. Enviar o pedido.	CoordenadorAux. Adm. Do MC.Ger. Suprimentos do MC.Auxiliar de Suprimentos do MC.	Solicitação de materiais.Solicitação de materiais.Solicitação de materiais.Solicitação de materiais.	Emite e envia ao Módulo Central o pedido de suprimentos, com base no levantamento feito para a semana, em 02 vias.Protocola o recebimento do pedido.Analisa e autoriza o pedido semanal.Separa, confere, acondiciona e envia o material aprovado.

Rotina: Recebimento de Material			Área: Almoхарifado
			Código: R.AI.02
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição
Conferir pedido. Receber material.	CoordenadorAuxiliar Almoхарifado.	Solicitação de materiais.Nota fiscal ou impresso de solicitação de materiais.	Confere se o material recebido está em consonância com o pedido e relaciona o material não fornecido ou fornecido parcialmente.Verifica com exatidão as mercadorias recebidas no que se refere à qualidade, quantidade e data de validade.Assina e devolve a 2ª via da Nota Fiscal ou do impresso de solicitação de materiais.

Rotina: Armazenamento e conservação de materiais			Área: Almoxarifado
			Código: R.AI.03
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição

Armazenar materiais.Conservação de materiais.	Agente Administrativo Agente Administrativo		Armazenar os materiais nos seus devidos lugares, em ordem alfabética para facilitar o acesso.Dar prioridade aos materiais com data a vencer.Manter o almoxarifado em perfeita ordem. Verificar as condições de uso dos materiais não deixando deteriorar.

Rotina: Dispensação de materiais			Área: Almoxarifado
			Código: R.AI.04
Atividade	Responsável	Impressos	Descrição

Receber solicitação de materiais dos setores.Verificar quantidade na solicitação de material.Separar o material.	Agente Administrativo Coordenador do Setor Agente Administrativo	Solicitação de material em duas vias.Solicitação de material Solicitação de material.	Recebe o pedido e devolve a 2ª via assinada.Verifica a quantidade pedida na solicitação, analisa e determina a quantidade a ser liberada.Separa os materiais, acomoda nas caixas.

- PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Área: Almoxarifado**Procedimento: Controle de entrada de material.****Código: P.AI.01**

1. Definição: Consiste em registrar em fichas próprias as entradas dos materiais de consumo.

2. Objetivo: Manter atualizado o estoque de materiais.

3. Indicação e contra indicação: Deve ser feito sempre que houver recebimento de materiais.

4. Responsável: Auxiliar de Almoxarifado.

5. Orientação ao paciente pré-procedimento: Não se aplica.

6. Material necessário:

Fichas de controle.

Arquivo de fichas.

Requisições.

Máquinas de calcular e escrever.

Lápis e borracha.

7. Descrição do procedimento:

Receber a 2ª via de entrega de material ou a Nota Fiscal (NF) dos materiais.

Retirar do arquivo a ficha de controle do produto que foi entregue.

Transcrever na ficha a quantidade recebida e proceder à soma ao estoque anterior existente.

Anotar data e número da requisição ou da NF na ficha de controle de estoques.

Verificar a posição de estoque e comparar com o consumo mensal.

Arquivar o documento.

8. Orientação pós-procedimento: Não se aplica.

9. Pontos críticos:

Soma do estoque anterior.

Controle do consumo mensal.

10. Registro: Ficha de controle de estoque.

Área: Almoxarifado**Procedimento: Pedido de materiais.**

Código: P.AI.02

1. Definição: Consiste em preencher corretamente e enviar ao Setor de Suprimentos do Módulo Central o pedido semanal de materiais.

2. Objetivo: Manter o estoque necessário ao atendimento das solicitações internas de materiais.

3. Indicação e contra indicação: Deve ser feito semanalmente, após o levantamento dos itens cujo estoque esteja abaixo do necessário.

4. Responsável: Auxiliar de Almoxarifado.

5. Orientação ao paciente pré-procedimento: Não se aplica.

6. Material necessário:

Formulário “Solicitação de Materiais”.

Fichas de Controle de Estoque.

Máquina de escrever.

Papel carbono.

Lápis e borracha.

7. Descrição do procedimento:

Fazer levantamento do material a ser solicitado, comparando as requisições internas com o estoque atual.

Preencher o formulário “Solicitação de Materiais”, em duas vias, com todas as especificações detalhadas e com a quantidade necessária.

Datar e assinar o formulário.

Enviar o formulário preenchido ao Setor de Suprimentos do Módulo Central, retendo a 2ª via.

8. Orientação pós-procedimento: Não se aplica.

9. Pontos críticos:

Preenchimento do formulário.

Envio do formulário preenchido.

10. Registro: Livro de registro de pedidos.

Área: Almoxarifado**Procedimento: Controle de Estoque.**

Código: P.AI.03

1. Definição: Consiste em registrar em fichas próprias as saídas dos materiais de consumo.

2. Objetivo: Manter atualizado o consumo médio de materiais.

Estabelecer índices, máximo e mínimo, para aquisição, estocagem e distribuição dos materiais.

3. Indicação e contra indicação: Deve ser feito diariamente, após a liberação de cada pedido.

4. Responsável: Auxiliar de Almoxarifado.

5. Orientação ao Paciente Pré-Procedimento: Não se aplica.

6. Material Necessário:

Fichas de controle.

Arquivo de fichas.

Requisições.

Máquinas de calcular e escrever.

Lápis e borracha.

7. Descrição do Procedimento:

Receber a requisição do material a ser atendida.

Retirar do arquivo a ficha de controle do produto que foi requisitado.

Transcrever na ficha a quantidade atendida e proceder à dedução do estoque anterior existente.

Anotar data e número da requisição na ficha de controle de estoques.

Verificar a posição de estoque e comparar com o consumo mensal.

Arquivar o documento. Avisar quando o estoque mínimo é atingido.

8. Orientação do paciente e/ou familiar pós-procedimento: Não se aplica.

9. Pontos críticos e riscos:

Dedução do estoque anterior.

Controle do consumo mensal.

10. Registro: Ficha de controle de estoque.

Área: Almoxarifado**Procedimento: Relatório mensal de materiais.**

Código: P.AI.04

1. Definição: Consiste em relatar mensalmente a entrada, saída, perda e estoque total de materiais.

2. Objetivo: Informar à Coordenação o consumo mensal de materiais por área e por produto, as perdas ocorridas e a situação atual do estoque.

3. Indicação e contra indicação: Deve ser feito mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente.

4. Responsável: Coordenador do Almoxarifado.

5. Orientação ao paciente pré-procedimento: Não se aplica.

6. Material necessário:

Fichas de controle.

Máquinas de calcular e escrever.

Lápis e borracha.

Formulário “Relatório Mensal”

7. Descrição do procedimento:

Levantar todo o material consumido por setor.

Registrar no formulário “Relatório Mensal” a quantidade total de material recebido e dispensado por setor.

Registrar ainda neste formulário as perdas ocorridas.

Calcular e registrar, ao final, no mesmo formulário, o total do consumo mensal e o estoque existente.

Datar e assinar o relatório.

Encaminhar cópias à Coordenação Geral e ao Setor de Custos.

Arquivar o original do relatório no Setor.

8. Orientação pós-procedimento: Não se aplica.

9. Pontos críticos: Levantamento e registro dos dados no formulário.

10. Registro: Formulário “Relatório Mensal”.

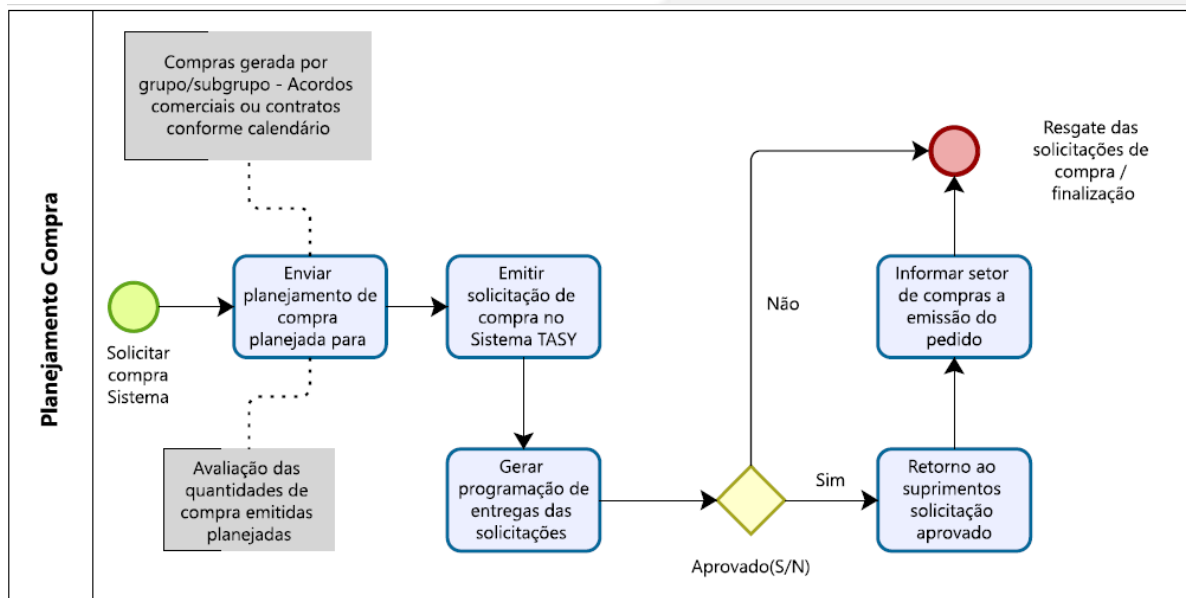
- DOCUMENTOS UTILIZADOS (não utilizar)

Os seguintes documentos são utilizados no Almoxarifado/farmácia para atendimento das diversas rotinas de trabalho:

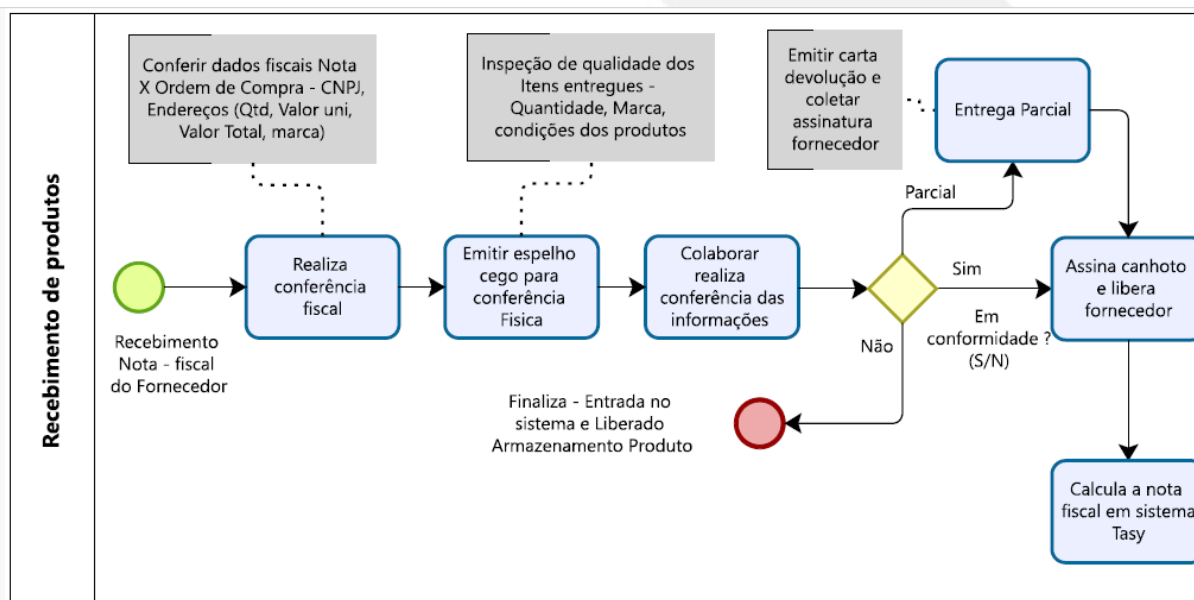
- Ficha de controle de estoque (para hospitais ainda não informatizados): documento destinado a controlar manualmente o estoque, por meio da anotação das quantidades de entradas e saídas, visando o seu ressuprimento;
- Ficha de Localização (também para hospitais ainda não informatizados): documento utilizado para indicar as localizações, através de códigos, onde o material está guardado;
- Comunicação de Irregularidades: documento utilizado para esclarecer ao fornecedor os motivos da devolução, quanto os aspectos qualitativo e quantitativo;
- Relatório técnico de inspeção: documento utilizado para definir, sob o aspecto qualitativo, o aceite ou a recusa do material comprado do fornecedor;
- Requisição de material: documento utilizado para a retirada de materiais do almoxarifado;
- Devolução de material: documento utilizado para devolver ao estoque do almoxarifado, as quantidades de material, porventura, requisitadas além do necessário.

-
- FLUXOS

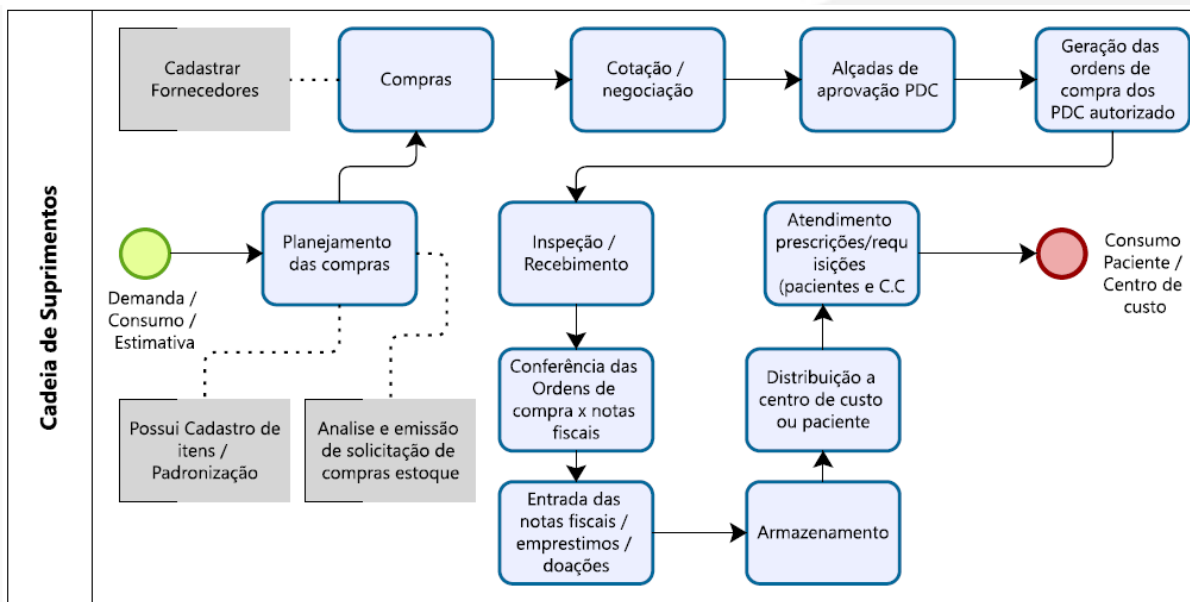
Fluxograma de Compras Mensal



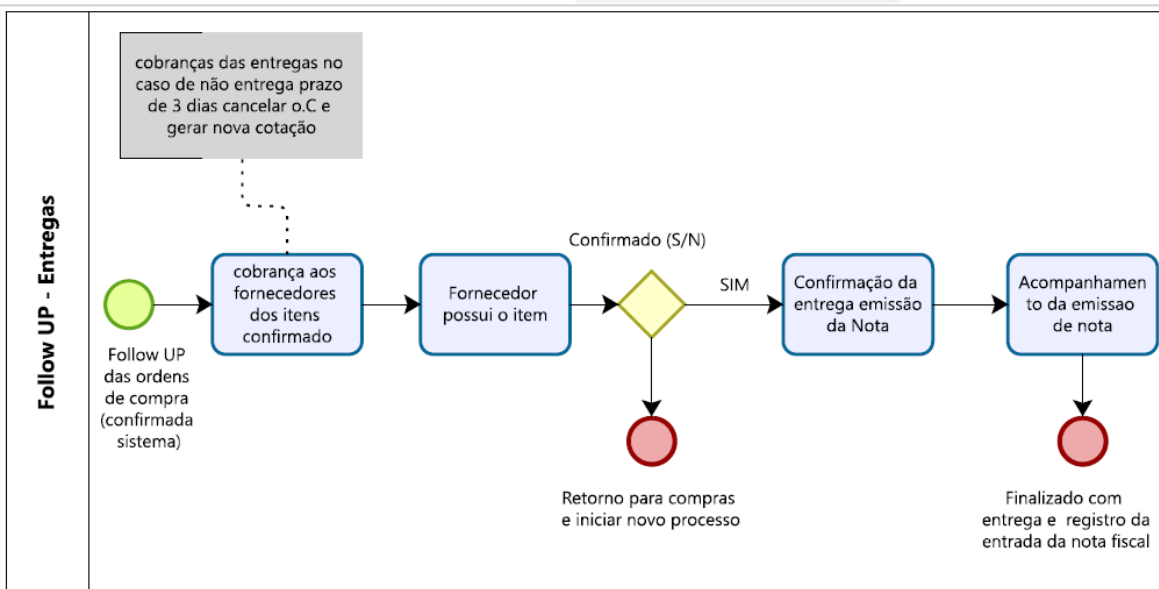
Fluxograma de Recebimento de Materiais



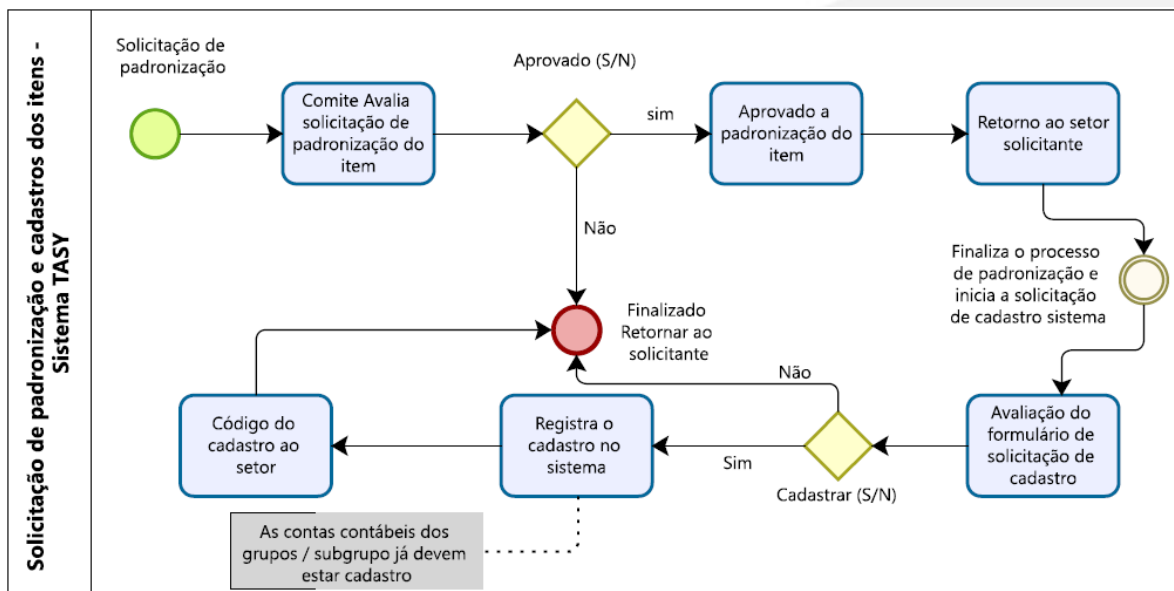
Macro Fluxo de Suprimentos



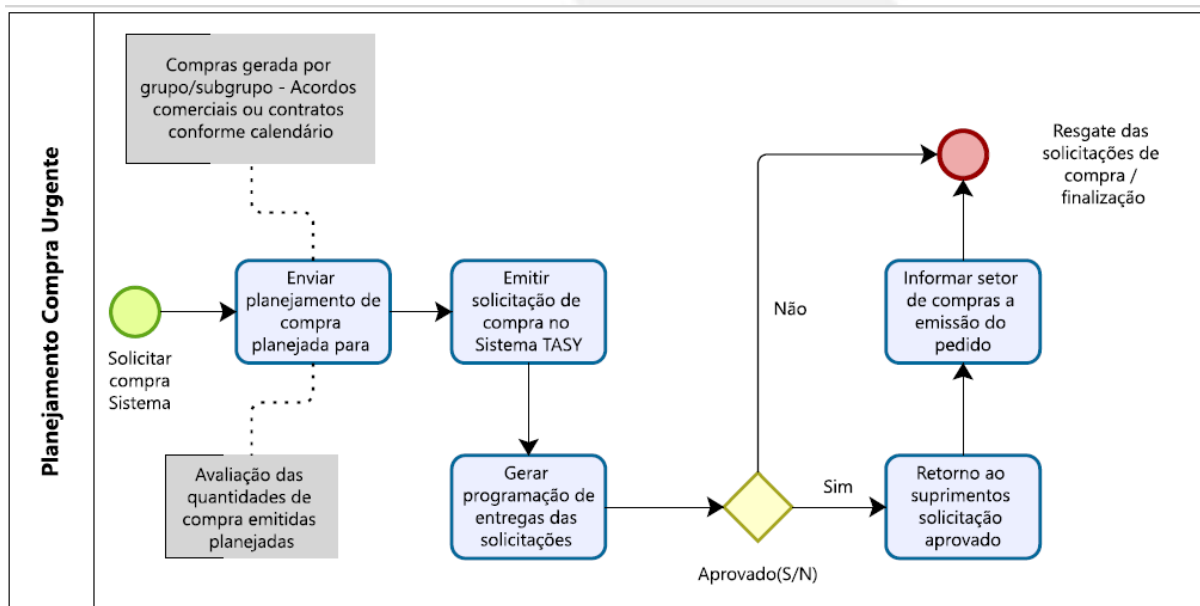
Fluxograma de Follow Up -Entregas



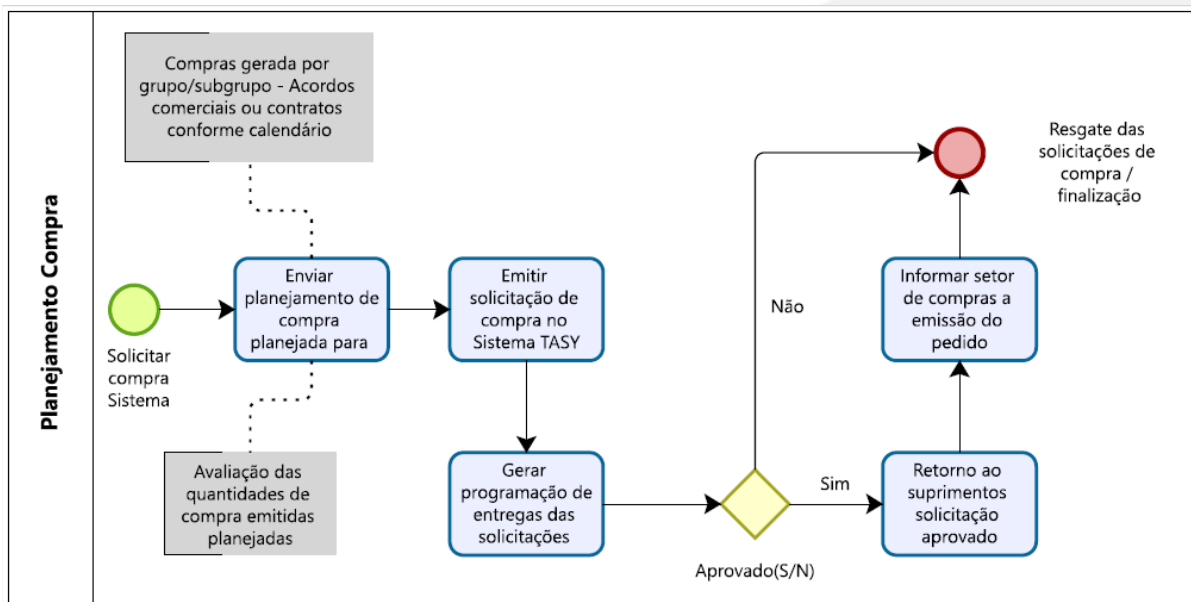
Fluxograma de padronização cadastros



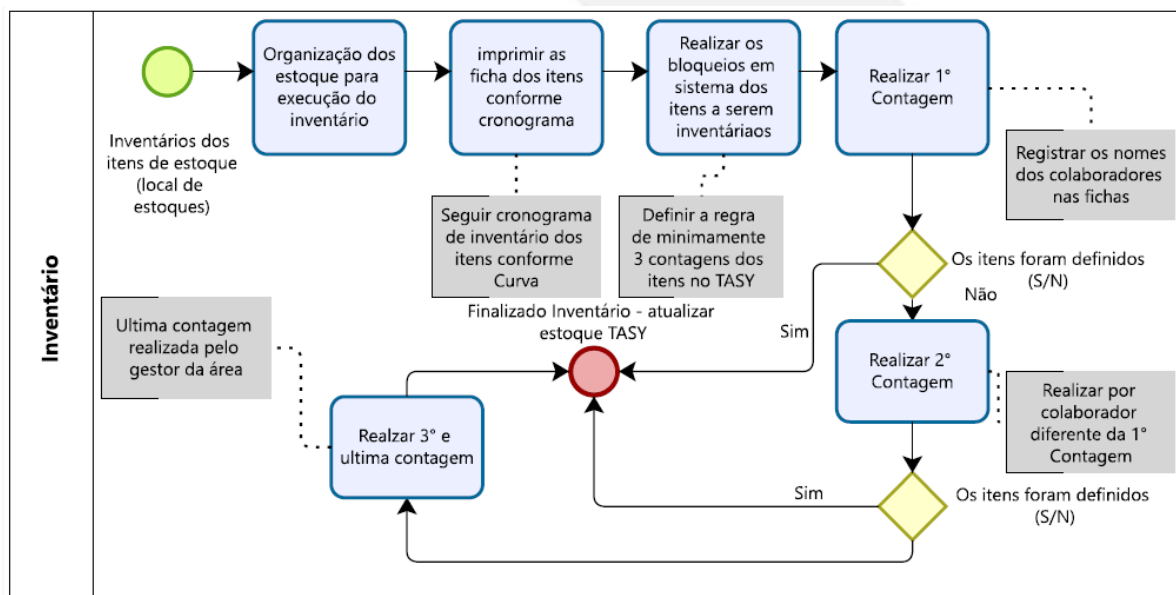
Fluxograma de compras de Urgência



Fluxograma de compras de Urgência



Fluxograma de Inventário



Manual de Procedimentos do Patrimônio

10. OBJETIVO

Definir conceitos e competências, estabelecendo procedimentos para toda a movimentação física e contábil dos bens patrimoniais, próprios e de terceiros, sob a responsabilidade da Unidade Hospitalar.

11. DEFINIÇÕES E SIGLAS

DAF – Diretoria Administrativa Financeira

12. ABRANGÊNCIA

Refere-se ao escopo e à extensão das diretrizes, políticas e procedimentos contidos nele. Geralmente, um manual patrimonial é um documento que estabelece as normas e práticas para a gestão e controle dos bens patrimoniais de uma organização.

13. Procedimentos

As diversas atividades desenvolvidas na Unidade de Patrimônio compõem um sistema de processos inter-relacionados que se concretizam no gerenciamento patrimonial dos materiais permanentes da Unidade Hospitalar. Esse conjunto de processos e suas respectivas atividades estão estruturados conforme descrito no subitem seguinte:

4.8 Recebimento de materiais permanentes

O recebimento de materiais permanentes, sejam eles equipamentos ou mobiliários. Compreende a execução das seguintes tarefas:

- Conferência dos bens com base no descritivo nota fiscal;
- Elaboração do cadastro desse bem no controle do patrimônio;
- Comunicação ao Técnico Responsável e ao Chefe do setor devido;
- Identificação do local de entrega ou instalação do bem;
- O bem será liberado após ser testado na Engenharia Clínica (se for equipamento médico) ou na TI (para equipamentos de informática). No caso de mobiliário patrimonial, a instalação será feita pela manutenção geral. A liberação acontecerá somente após a finalização da documentação de entrada e a assinatura do termo de responsabilidade pelo setor correspondente.

4.9 Distribuição de bens novos

Após o recebimento e tombamento dos bens novos adquiridos, estes são entregues no local onde serão utilizados. O desenvolvimento desse processo ocorre com a execução das atividades relacionadas a seguir:

- Verificação das condições do local de uso, para a entrega do material;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega;
- O Termo de Responsabilidade deve estar devidamente assinado pelo responsável do bem.

4.10 Recolhimento de bens em disponibilidade

Esse processo constitui-se na base fundamental para que ocorram os processos de redistribuição ou arrolamento de bens. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento das seguintes atividades:

- De posse do laudo técnico (setor responsável) recolher o bem;
- Registrar informações sobre o material avaliado em controle interno;
- Informar o órgão competente (SES) a devolução do equipamento;
- Finalizar o processo com o tópico: 3.7 Emissão de Declaração de Transporte de Bens.

4.11 Redistribuição de bens em disponibilidade

Esse processo visa atender o que dispõe a legislação em relação à racionalização do uso de material com minimização de custos no âmbito da Administração Pública Federal; por meio do uso de técnicas que permitam a melhor gestão e condições de operacionalidade no emprego do material nas diversas atividades. Para tanto é necessário executar as seguintes tarefas:

- Levantar as necessidades ou atender demanda já requerida;
- Identificar local de destino e responsável pelo recebimento;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega do bem;
- Atualizar informações no sistema de cadastro de bens;
- Gerar Termo de Responsabilidade e coletar assinatura do novo responsável pelo bem.

4.12 Arrolamento de bens

Esse processo envolve as formas previstas e regulamentadas pelo Decreto nº 9.373, de 11 de maio de 2018, no âmbito da Administração Pública Federal. As atividades relacionadas a seguir são fundamentais para o desenvolvimento desse processo:

- Iniciar o processo de recolhimento dos bens patrimoniais ao enviar um e-mail à direção responsável para definição;

- Requisitar aos setores pertinentes os laudos referentes aos bens considerados inutilizáveis;
- Após aprovação da direção, encaminhar o e-mail ao setor jurídico para preparar o requerimento para a Secretaria de Saúde do Estado;
- Providenciar toda a documentação e os trâmites legais necessários;
- Realizar a destinação final dos bens de acordo com os procedimentos estabelecidos;
- Atualizar os registros cadastrais conforme o desfecho do processo.

4.13 Emissão de Declaração de Transporte de Bens

De acordo com a Norma Geral de Funcionamento da Unidade de Patrimônio nenhum material permanente, seja mobiliário ou equipamento, deverá sair das dependências da Unidade Hospitalar sem autorização e registro pela Controladoria do Patrimônio. Portanto, para qualquer movimentação de bens além dos limites da Unidade Hospitalar, será necessário o desenvolvimento desse processo que se constitui das seguintes tarefas:

- O setor devido informa da solicitação de saída para o patrimônio e direção via e-mail;
- Direção aprovando é dado início ao tramite de saída via patrimônio;
- Necessário ter nota fiscal do bem em questão;
- Preencher corretamente todos os campos solicitados (dados da empresa ou pessoa, e do equipamento ou mobiliário);
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor autorizador, controle de acesso e quem irá da entrada ou saída do bem ou material.
- Sendo impresso 3 vias do documento, uma para o patrimônio setor de origem do bem, uma para o controle de acesso e uma para o destinatário ou requisitante.

4.14 Recebimento de bens de terceiros

Assim como os bens próprios, todo o material permanente que entrar na Unidade Hospitalar por Contrato de Comodato, Locação, para demonstração ou outro fim, deverá passar pelo controle da Controladoria do Patrimônio. Para a validação desse processo, é necessário o desenvolvimento das seguintes atividades:

- De posse do contrato e da nota fiscal do bem;
- A empresa terceirizada deve informar via e-mail, a entrada ou saída de bens;
- Registrar o bem no documento de controle de entrada e saída, conferir os itens;

- Comunicar o Técnico Responsável e o chefe da unidade usuária.
- Identificar o local de entrega ou instalação;
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor requisitante, controle de acesso e engenharia clínica se for equipamento médico.
- Entregar a (carta de entrada e / ou saída) ao destinatário.

4.15 4.8 Alocação de bens de terceiros

Depois de recebidos, os bens de terceiros deverão ser entregues nos locais onde serão utilizados, conforme informações contidas no contrato e orientações do responsável. Portanto, será necessário executar as seguintes atividades:

- Verificar as condições do local de uso para efetivar a entrega;
- Identificar qual servidor do quadro irá receber o material;
- Registrar material em controle informatizado próprio;
- De posse do Termo de Responsabilidade fazer a entrega.

4.16 Devolução de bens de terceiros

Por ocasião do término do contrato ou por outro motivo, os bens de terceiros deverão ser devolvidos para seus proprietários. Esse processo envolve atividades como:

- Agendar recolhimento junto à empresa proprietária ou transportadora autorizada via e-mail;
- De posse do contrato da nota fiscal e da carta de entrada da Unidade Hospitalar do bem;
- Preencher devidamente todos os campos do documento, (Declaração carta de entrada e / ou saída) de Transporte de Bens;
- A entrada e saída dos bens terá assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, setor requisitante, controle de acesso e engenharia clínica se for equipamento médico.
- Preparar o material para transporte;
- Enviar cópia da Declaração de Transporte de Bens ao Técnico Responsável da pelo equipamento ou mobiliário.

4.17 Movimentação por transferência

A movimentação por transferência caracteriza-se pelo deslocamento definitivo do bem dentro do próprio órgão ou entre órgãos da administração direta estadual. Neste caso, o documento a ser

utilizado é a carta de entrada e saída de bens, onde deverá ser indicado o Tipo de Movimentação e Transferência:

- Nenhum bem poderá ser transferido sem a ciência da direção da Unidade Hospitalar;
- Toda transferência é solicitada por meio de documento oficial, ficando a autorização exclusivamente sob responsabilidade da SES;
- Após a confirmação positiva da SES, o processo documental é iniciado;
- Este deverá ser emitido em três vias quando a transferência ocorrer entre órgãos da Administração Direta Estadual, ficando uma com a unidade de patrimônio do órgão recebedor do bem, uma com a unidade patrimônio do órgão de origem do bem e outra com o controle de acesso do Hospital de origem;
- A atualização do inventário geral ativo imobilizado deverá acontecer sempre que um bem for desincorporado do imobilizado do Hospital de origem;
- O documento só terá validade se tiver a assinatura da Direção da Unidade Hospitalar, Patrimônio, Controle de Acesso e Engenharia Clínica se for equipamento médico.

4.18 Baixa patrimonial

Procedimento de exclusão de bens do ativo imobilizado do inventário geral patrimonial.

- O documento de entrada e saída de bens, que deverá ser emitido em três vias ficando uma via na Unidade Hospitalar outra para a SES e outra para o controle de acesso do Hospital de origem do bem.
- Após a baixa de um bem, a unidade de patrimônio do órgão deverá atualizar o inventário geral da unidade, relacionando essas baixas, no relatório final de atualização de inventário geral anual.

4.19 Termo de Responsabilidade

- O Chefe da Unidade Administrativa solicitante dos materiais deverá se responsabilizar pela utilização do bem e pela indenização à instituição, em caso de extravio e avarias, na forma e nos casos previstos na legislação em vigor. (Conforme Instrução Normativa nº 205, de abril de 1988).
- Após a assinatura do Termo de Responsabilidade pelo responsável da Unidade Administrativa, fica ele (a) ciente que é expressamente proibido o remanejamento de qualquer material constante no referido termo sem a autorização do gestor do patrimônio.

14. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O manual estabelece diretrizes claras, promove eficiência operacional, garante conformidade regulatória, protege os ativos e facilita processos de auditoria, contribuindo para a eficácia geral na gestão de recursos essenciais para o funcionamento do hospital.

15. REFERÊNCIAS

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

•

REVISÃO	DATA	DESCRIÇÃO DO ITEM
001	05/07/2021	Elaborado

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data de Elaboração ou última revisão:	Data da Próxima Revisão
Supervisora/Patrimônio Data: 05/07/2021	NQSP Data: 18/07/2024	Gerência administrativa Data: 18/07/2024	Data: 13/07/2024	Data: 13/07/2026

1.3.3.2 Manual de Compras e Contratações de Serviços e Obras

O **Instituto Social Mais Saúde** adota em suas aquisições as regras preconizadas pelo Manual de Compras e Contratações de Serviços e Obras, o qual possui a finalidade de padronizar, orientar e garantir a conformidade de todos os processos relacionados à aquisição de bens, contratação de serviços e execução de obras dentro da instituição.

O Referido Manual é composto por dez capítulos, regido pelos princípios de moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia e qualidade, determina a atuação conjunta dos Departamentos de Compras, Administrativo e Assessoria Jurídica.

Além disso, é importante ressaltar a Política de Gestão de Fornecedores e Manual do Fornecedor, documentos estes que definem critérios de avaliação, monitoramento de desenvolvimento de fornecedores.

A seguir, segue a estrutura dos respectivos documentos:

Manual de Compras, Contratações de Serviços e Obras

1.Introdução

Artigo 1º - O presente manual tem por finalidade estabelecer normas, rotinas e critérios para aquisição de bens, contratação de obras e serviços para o desenvolvimento das atividades do Instituto Social Mais Saúde, regidas pelos princípios da moralidade, probidade, economicidade, impessoalidade, isonomia, bem como pela busca permanente da qualidade.

Parágrafo Único – As contratações de serviços serão regidas pelas normas e orientações deste manual, contudo sob as gerencias do Departamento de Compras e do Departamento Administrativo do Instituto Social Mais Saúde.

Parágrafo Segundo – Todos os processos de aquisição de bens e serviços, será validado pela Assessoria Jurídica do Instituto Social Mais Saúde.

Capítulo I – Finalidade

Artigo 2º – O Departamento de Compras e/ou Administrativo do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, tem como finalidade cuidar de toda e qualquer aquisição de bens, produtos ou serviços destinados, direta ou indiretamente, a serem empregados na prestação dos serviços, nos contratos e convênios celebrados com o Instituto.

Parágrafo Único – Considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo, drogas e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes e outros, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas com a finalidade de suprir as necessidades do Instituto para desenvolvimento de suas atividades.

Capítulo II – Dos Princípios das Compras e Contratações

Artigo 3º. – Os Departamentos de Compras e/ou Administrativo, seguirão os princípios da legalidade e transparência em todas as suas atividades, substanciando padronizações nas avaliações técnicas realizadas e isentas de vínculo, garantindo assim, a integridade do processo de aquisição de material e contratações, além da continuidade do fornecimento em condições favoráveis aos projetos vinculados ao Instituto.

Artigo 4º. – São Princípios seguidos pela, no procedimento de Compras e Contratações:

- Princípio da Isonomia;
- Princípio da Legalidade;
- Princípio da Impessoalidade;
- Princípio da Moralidade;
- Princípio da Publicidade;
- Princípio do Julgamento Objetivo;
- Princípio da Padronização;

- Princípio da Economicidade;
- Princípio da Motivação.

Capítulo III – Dos Procedimentos

Artigo 5º – Para efeito de monitoramento e condução do processo de compra de bens e serviços, será dotado software de gestão de informação, o qual deve estar configurado minimamente com as seguintes especificações:

– **Solicitação de Compras** – Deve ser realizado pelo Requisitante, previamente definido pelo gestor local do projeto; contendo a devida justificativa da necessidade da aquisição, bem como as especificações dos produtos e/ou serviços a serem adquiridos.

- **Autorização** – Deve ser autorizado em primeiro momento pelo Gestor local do projeto, onde a solicitação de compra ficará condicionada a uma segunda autorização, com a identificação da real necessidade de aquisição, devendo ser efetuada pelo Diretor/Gerente do Projeto do Instituto Social Mais Saúde.

– **Mapa de Cotação** – Deve ser realizado pelo Departamento de compras, que após efetuado a cotação triplíce, será homologado pelo Departamento de compras, Controladoria e Diretoria Financeira;

– **Pedido de compra** – Será concluído com base no mapa de cotação, sendo considerado para efeito de escolha, a melhor oferta apresentada pelo fornecedor, devendo ser validado pelo Departamento de compras, Controladoria e Diretoria Financeira. I

Artigo 6º – O procedimento de compra e/ou contratação terá início com o recebimento, pelo Departamento de Compras, da solicitação de compra ou contratação, devidamente aprovada conforme artigo 5º e incisos, tanto no quesito formal quanto ao empenho orçamentário, contendo as seguintes informações:

- Identificação do requisitante;
- Data da emissão;
- Código e descrição pormenorizada do item a ser adquirido, inclusive especificações técnicas aplicáveis;
- Quantidade a ser adquirida;
- Prazo e local de entrega;
- Forma de pagamento;
- Garantia do produto ou serviço;

- Regime de Compra – rotina ou urgência.

Artigo 7º. – Será considerado regime de urgência, a aquisição de material inexistente no estoque, ou os que não tem previsão de consumo, com imediata necessidade de utilização, ou pela falta em virtude do atraso na entrega dos fornecedores.

Parágrafo Primeiro: No caso de serviços, serão considerados como de urgência, aqueles imprescindíveis para o bom andamento e execução das atividades do projeto.

Parágrafo Segundo: Sendo compra ou serviços de urgência a área requisitante deverá justificar a necessidade de adquirir o item ou o serviço prestado em caráter de urgência, neste caso fica facultado ao Instituto não seguir as rotinas previstas nos artigos 10º, 11º, 17º e 18º, uma vez que, se trata de aquisição imediata.

Parágrafo Terceiro: Fica excluída de cotação, quando o bem ou serviço possa ser fornecido por um único fornecedor, face a especificação existente, com a devida comprovação, isto é, documento que atenda o caráter de exclusividade.

Artigo 8º. – O Departamento de Compras e/ou Administrativo, selecionarão criteriosamente os fornecedores/prestadores que participarão do processo de cotação, considerando idoneidade, avaliação do fornecedor, qualidade e menor custo quando cabível.

Parágrafo Primeiro: Considera-se, para efeito deste regulamento, como fornecedor, não somente o fabricante do material, mas também seus representantes, fornecedores, grupo de compras e distribuidores autorizados.

Parágrafo Segundo : Para fins do disposto neste capítulo, considera-se menor custo aquele que resulta da somatória de fatores utilizados, envolvendo entre outros os seguintes aspectos:

- Custo de transporte e seguro até o local de entrega;
- Forma de pagamento;
- Prazo de entrega;
- Custos para operacionalização do produto, eficiência e compatibilidade com as especificações exigidas;
- Durabilidade do produto;
- Credibilidade mercadológica do proponente;
- Disponibilidade do produto;
- Eventual necessidade de treinamento de pessoal;
- Qualidade do material.

Artigo 9º – O processo de seleção ou aquisição pelo Instituto Social Mais Saúde será por consulta/cotação de preços.

Artigo 10º – A cotação de preços é a modalidade de aquisição realizada para compras ou contratações que tenham valor estimativo global indeterminado, e consistirá na consulta de no mínimo 3 (três) orçamentos provenientes de diferentes fornecedores e também com o devido registro em mapa de cotações dos preços obtidos.

Parágrafo Primeiro: Quando não for possível realizar as cotações mínimas estabelecidas no presente regulamento, a Diretoria do Instituto autorizará a compra com o número de cotações existente, mediante justificativa.

Parágrafo Segundo: As propostas recebidas devem ser formalizadas por escrito através de papel timbrado e assinado pelo fornecedor/prestador, e enviada diretamente pelo mesmo ou através de meio eletrônico, ficando mantidas em arquivo pelo Departamento de Compras e/ou Administrativo por no mínimo 5 (cinco) anos.

Artigo 11º – As cotações de preços deverão ser elaboradas mediante relatório constando:

- Nome do bem, serviço ou produto a ser adquirido com as respectivas especificações técnicas;
- Forma de apresentação e prestação;
- Preço e condições comerciais ofertadas;
- Prazo de entrega e forma de pagamento;
- Prazo de garantia;

Parágrafo Primeiro: A melhor oferta será apurada considerando-se o disposto no Artigo 8º do presente regulamento e será apresentada à Diretoria Financeira para verificação de viabilidade financeira do projeto, a quem competirá aprovar a concretização da Compra.

Parágrafo Segundo: Após aprovação do mapa de cotação, o Departamento de Compras e/ou Administrativo emitirá o pedido de Compra, disponibilizando vias para:

- Fornecedor;
- Arquivo de Compras;
- Setor recebedor do Material.

Parágrafo Terceiro: Caso haja divergência na entrega de produtos em número superior ao solicitado pela contratante, será considerado para fins de pagamento o valor unitário orçado, exceto em caso de adequações de recipientes/embalagens.

Capítulo IV – Compras e Serviços de Pequeno Valor

Artigo 12º – As compras e os serviços de pequenos valores serão realizados até o valor máximo de R\$ 3.000,00 (Três mil reais);

Artigo 13º – As compras de pequeno valor estão dispensadas da tríple cotação, prevista no artigo 10º, não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Capítulo V – Fornecedor / Prestador de Serviço exclusivo

Artigo 14º – As compras de materiais prestação de serviços exclusivos fornecidos e prestados por um único fornecedor/prestador, estão dispensadas da tríple cotação, prevista no artigo 10º; não desobrigando do fiel cumprimento das exigências do processo administrativo.

Parágrafo único: A previsão do caput desse artigo compreende-se igualmente aos periféricos, componentes e suprimentos dos equipamentos comprados que não funcionam sem os referidos adicionais exclusivos.

Artigo 15º – A condição do fornecedor exclusivo será comprovada por carta de exclusividade apresentada pelo fornecedor/prestador e renovada a cada 6 (seis) meses.

Capítulo VI – Compras de Medicamentos, Materiais de Consumo e Equipamentos

Artigo 16º – O Departamento de Compras deverá adotar medidas de segurança para assegurar a aquisição de produtos idôneos e de procedência conhecida, bem como observar as normas expedidas pela Vigilância Sanitária e demais órgãos oficiais de fiscalização.

Parágrafo Único: Deverão ser exigidos da empresa fornecedora destes produtos, dentre outros comuns a todos os fornecedores, os seguintes documentos:

- I. Cópia da Licença de Funcionamento expedida pela Vigilância Sanitária.
- II. Cópia do Registro dos Medicamentos, no Ministério da Saúde

Capítulo VII – Cadastramento de Fornecedor / Prestador de Serviços

Artigo 17º – Para fins do presente regulamento, o cadastramento será desenvolvido pelo Departamento de Compras e/ou Administrativo de forma sistemática através de coleta, análise, atualização e divulgação de dados, informações e/ou documentos relativos a fornecedores e suas linhas de fornecimento, bem como do acompanhamento de seu desempenho em processos de contratação e de execução de fornecimento de bens e/ou serviços.

Artigo 18º – O Departamento de Compras e/ou Administrativo do Instituto Social Mais Saúde, adotará o Processo de Cadastramento Sumário, em que o fornecedor/prestador apresentará as seguintes informações;

Pessoa Jurídica

- Nome do Fornecedor
- Nome Fantasia
- Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado)
- Número de Inscrição no CNPJ
- Informar qual o Regime de apuração de impostos – simples nacional/lucro presumido, lucro real, imune ou isenta
- Inscrição Estadual ou Municipal
- Telefone, e – mail para contato
- Informações Bancárias
- Condições usuais de pagamento
- Outros dados julgados oportunos Pessoa Física
 - Nome Completo
 - RG
 - CPF
 - Número de PIS
 - Endereço (Rua, Número, Bairro, CEP, Cidade, Estado)
 - Telefone, e – mail para contato
 - Informações bancárias
 - Condições usuais de pagamento
 - Outros dados julgados oportunos

Parágrafo Único: Além das informações prestadas conforme artigo 26º, o fornecedor/prestador deverá apresentar os seguintes documentos:

Pessoa Jurídica

1. Ficha Cadastral (conforme modelo);
2. Cartão de CNPJ;
3. Consulta do Quadro de Sócios Administradores – QSA;
4. Contrato Social originário e última alteração;

5. Cópia do RG, CPF e comprovante de endereço dos sócios administradores;
6. Cadastro Nacional de Empresas Idôneas e Suspensas;
7. Cadastro Informativo dos Créditos Não Quitados e Órgãos e Entidades Estaduais (CADIN);
8. Certidão Negativa de Débitos Federais e Dívida Ativa da União;
9. Certidão Negativa de Débitos Tributários Estaduais;
10. Certidão Negativa de Débitos Tributários Municipais;
11. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
12. Certidão de Regularidade do FGTS;
13. Licença de funcionamento ou documento equivalente (conforme categoria);
14. Pessoa Física
 1. Cópia do RG
 2. Cópia do CPF
 3. Cópia do Número de PIS
 4. Cópia do Endereço, Número, CEP, Cidade, Estado
 5. Cópia de Inscrição Municipal (Se Profissional Autônomo)

Artigo 19º – A coleta de dados ou envio de informações ou documentos do fornecedor/prestador poderá ser efetuada, por e-mail disponibilizado no site do Instituto Social Mais Saúde:

Artigo 20º – É de responsabilidade do fornecedor/prestador a atualização dos documentos perante o Departamento competente do Instituto Social Mais Saúde.

Capítulo VIII – Contratação de Obras e Serviços

Artigo 21º – O processo de Contratação de Obras e Serviços obedecerá ao disposto nos artigos anteriores;

Artigo 22º - Quando houver a contratação de empresas para a execução de determinado serviço, que terá a cessão de mão de obra, está deverá encaminhar, além dos documentos já elencados neste manual; atestado de saúde ocupacional do funcionário que virá executar o serviço, registro do empregado na empresa contratada, e os devidos recolhimentos mensais obrigatórios por lei decorrentes do vínculo empregatício.

Capítulo IX – Serviços Técnicos – Profissionais Especializados

Artigo 23 ° – Para fins do presente Regulamento, consideram-se serviços técnico-especializados, os trabalhos relativos a:

- Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- Pareceres perícias e avaliações em geral;
- Assessorias ou consultorias técnicas, contábil, cooperação técnica, apoio administrativo, jurídico e auditorias;
- Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- Patrocínio ou defesa de causas jurídicas ou administrativas;
- Treinamento ou aperfeiçoamento de pessoal;
- Prestação de serviços de assistência à saúde em áreas específicas;
- Informática, inclusive quando houver aquisição de programas.

Artigo 24º– A contratação de serviços técnico-profissionais especializados deve atender as exigências estabelecidas no Artigo 18º.

Artigo 25º – A Diretoria Executiva em conjunto com a Diretoria Técnica e a área interessada, se necessário, deverão selecionar criteriosamente, o prestador de serviço técnico profissional especializado, que poderá ser pessoa jurídica ou física, considerando a idoneidade, a experiência e a especialização do contrato, dentro da respectiva área.

Capítulo X – Disposições Finais

Artigo 26 ° – Os contratos firmados com o Instituto Social Mais Saúde deverão constar minimamente:

- Objeto do contrato;
- Responsabilidade das partes contratantes;
- Duração do contrato;
- Forma de rescisão;
- Apresentação de documentos referentes à legislação trabalhista, quando couber;
- Preço e forma de pagamento;
- Foro, para discussão de pendências que não possam ser resolvidas pelas partes em via administrativa.

Artigo 27º – Para fins do presente regulamento considera-se Diretoria os profissionais contratados para administrarem os contratos e convênios firmados com a entidade.

Artigo 28º – Os casos omissos ou duvidosos na interpretação do presente regulamento serão resolvidos pela Diretoria, com base nos princípios gerais da administração pública.

Art. 29º – O presente Regulamento entrará em vigor a partir da data da sua publicação.

1.3.3.3 Manual de Normas e Rotinas Almoxarifado

OBJETIVO

Este procedimento tem por objetivo estabelecer e padronizar os processos do setor de Almoxarifado Central/CAF

ABRANGÊNCIA

Almoxarifado / CAF

RESPONSABILIDADES

Gestore das Unidades e Central

DEFINIÇÕES E SIGLAS

CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica, antigo CGC.

NF – Nota Fiscal

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

1.1 Horário Recebimento

Horário de recebimento de material no Almoxarifado Central: segunda-feira a quinta-feira, das 8h 00 às 17 hr e de sexta-feira das 8h00 às 16 hr, sem intervalo para almoço. Entregas urgentes, fora do horário, somente serão recebidas mediante acordo firmado entre Compras, Almoxarifado e Supervisão da Segurança. Todos os fornecedores deverão ser anunciados pela portaria à equipe do Almoxarifado para que haja a liberação da entrada nas dependências do Hospital para entrega dos materiais.

1.2 Inspeção Da Nota Fiscal

Mediante nota fiscal, o colaborador designado pelo recebimento gera inspeção a partir da ordem de compra no sistema de gestão – Estando de acordo, o colaborador deverá verificar a situação da ordem de compra. Estando aprovada, ele deverá comparar: razão social, valor unitário, prazo de entrega, data de vencimento do pagamento, saldo disponível para recebimento e gerar impressão do espelho cego para conferência física.

Nota: O sistema DE GESTÃO só permite lançamento da NF quando a ordem estiver aprovada. Caso o status da ordem esteja “Pendente de aprovação” no momento do recebimento, o colaborador deverá solicitar ao setor de compras a aprovação, urgente, da ordem de compra.

Inspeção Física: O colaborador designado do almoxarifado segrega o material em área específica para conferência pelo colaborador da Farmácia. Colaborador da Farmácia verifica-se a descrição, quantidade, unidade de medida, lote, validade, volume, e as condições da embalagem do material. Caso a conferência detalhada da carga não seja realizada de imediato, o conferente deverá carimbar e escrever no verso da NF a instrução, (Sujeito a conferência).

Recebimento de Medicamentos e Materiais hospitalares: Após o processo de inspeção, verificar a integridade das caixas entregues, validade do item (de no mínimo 12 meses), temperatura (2 a 8 C) dos medicamentos sejam eles termolábeis ou não. Encontrado qualquer divergência, entrar em contato com Coordenador de Farmácia para análise e tomada de decisão. Após a conferência de todo processo encaminhar o item ao setor da Farmácia /CAF, onde será armazenado de forma adequado a sua temperatura.

Recebimento de Medicamentos Termolábeis: No ato do recebimento, conferir a temperatura dos medicamentos, (Quando Aplicável), conforme descrito.

Recebimento de Medicamentos Controlados: Após a devida conferência (Farmacêutica) os medicamentos controlados devem ser encaminhados imediatamente para o setor de controlados na Farmácia / CAF, acompanhados de uma cópia da nota fiscal correspondente à entrega do item.

Recebimento material de Imobilizado e Débito direto: Quando material for de responsabilidade dos setores: Engenharia Clínica, Hotelaria, Manutenção, TI e outro qualquer, o colaborador do almoxarifado acompanhará o fornecedor até o setor responsável para conferência detalhada. Estando tudo correto o solicitante assinará o relatório de inspeção de recebimento e após assinatura o colaborador do Almoxarifado assinará o canhoto da nota fiscal para a liberação do fornecedor.

Liberação de Fornecedor: Após a conferência e estando de acordo com os procedimentos de recebimento, o colaborador designado deverá assinar seu nome legível no canhoto da nota fiscal e averbar com o carimbo do Almoxarifado. Destacar o canhoto da nota fiscal e entregar para o fornecedor ou seu representante.

Liberação de nota fiscal para contabilidade:

Carimbar no verso da nota fiscal utilizando o “Carimbo de Recebimento” e preencher somente na coluna “Almoxarifado”: Data, pedido de compra e visto. Relacionar as notas fiscais do dia e protocolar.

O Almoxarifado efetuará a entrega das notas fiscais juntamente com o formulário de Controle de Entrada e saída de Notas Fiscais Recebimento.

Nota fiscal de Doação de material de estoque: Quando isso ocorrer o colaborador do almoxarifado deverá solicitar ao setor Compras via e-mail, que gere uma ordem de compra ref. o item doado. O colaborador do almoxarifado carimba no verso da nota fiscal e preenche na coluna “Almoxarifado”: Data, o número da ordem de compra e vista.

Após este procedimento o comprador pleno solicita ao setor de almoxarifado, que carimbe no verso da nota fiscal para que seja identificado o material doado. Em seguida deverá protocolar o número da nota fiscal e entregar para a contabilidade.

DIVERGÊNCIA

Havendo divergências no ato do recebimento, o colaborador do almoxarifado deverá imediatamente comunicar setor de Gestão de Compras Sede para tomada de decisão. O setor de Compras confirma o recebimento ou não dos materiais juntamente com o Gestor de Almoxarifado via fone e registra via e-mail.

DEVOLUÇÃO DE MATERIAL PARA FORNECEDOR

Devolução Parcial; Mediante aceite de uma parte da mercadoria da NF, o setor de almoxarifado entra em contato com o setor de compras, que com o “de acordo” do fornecedor irá autorizar a devolução parcial da mercadoria. o colaborador descreve no verso da nota fiscal do fornecedor o motivo da recusa, e utiliza o carimbo de “DEVOLUÇÃO” e escreve o seu nome (legível) e liberar a nota fiscal Recusa Total da Entrega: Ocorrendo alguma divergência no ato do recebimento, o colaborador do almoxarifado entrará em contato com o responsável pela OC – Ordem de Compra, a fim de solicitar autorização para a devolução total da mercadoria. Diante do ocorrido, o colaborador descreve no verso da nota fiscal do fornecedor o motivo da recusa, e utiliza o carimbo de “DEVOLUÇÃO” e escreve o seu nome (legível) e liberar a nota fiscal. Nota: Não assinar canhoto da NF em caso de Recusa Total da Entrega.

Validade dos Materiais

Não receber material com data de validade vencida. O mínimo aceitável para recebimento é de um ano antes da data de vencimento, exceto materiais que por suas características tem seus prazos menores mencionados em embalagem do fabricante conforme legislação.

Nota: Item com validade inferior ao acima citado deverá ser solicitado ao fornecedor Carta de Comprometimento, para possível troca do produto caso haja necessidade.

ARMAZENAGEM E CONSERVAÇÃO

Armazenagem: Os materiais são Identificados e armazenados em prateleiras ou paletes, seguindo o protocolo de armazenagem, e também as recomendações informadas no rótulo do fabricante. Aplicar o sistema FIFO ou PEPS - “First-in, First-out” – (Primeiro a entrar, Primeiro a

sair), ou seja, os itens estocados há mais tempo deveram ser fornecidos em primeiro lugar, com a finalidade de evitar o envelhecimento do estoque.

Nota: O Almoxarifado/CAF deverá manter atualizada a localização dos materiais em sistema PR/SISTEMA DE GESTÃO. Não obstruir corredores e extintores de incêndio. Manter os materiais pesados estocados em partes inferiores das prateleiras ou em paletes.

Conservação: Os materiais deverão ser protegidos contra as ações das ameaças climáticas, animais daninhos, cupins e outros, mantendo o controle contra pragas e inspecionado mensalmente por empresa especializada. Devem ser observadas as condições ambientais (temperatura e umidade) para manutenção e integridade do estoque.

Avaliação periódica de estoque: Deverá ser verificado, mensalmente o vencimento dos materiais, que depois de identificados, deverão ser segregados em uma área específica e identificado com o seguinte dizer: “material para descarte”.

Materiais Químicos e Inflamáveis: Os itens dessa categoria deverão ser armazenados conforme orientações da Segurança do Trabalho e FISPQ do produto, na área específica designada. Toda a manipulação dos itens deverá ser realizada com os EPIs recomendados pela Segurança do Trabalho.

Baixa de material vencido: O colaborador do almoxarifado emite requisição eletrônica através do sistema DE GESTÃO / PR, selecionando a operação “baixa de estoque MAT/MED VENCIDOS”, e informa no campo “observações do item”: data de vencimento e lote. O Gestor de Farmácia vista o documento, para o descarte do material. Para alguns produtos específicos é solicitada a área da segurança do trabalho, orientação adequada para o descarte.

Nota importante: O material só poderá ser descartado se o documento estiver assinado obrigatoriamente pelo Gestor de Farmácia.

ATEDIMENTO DE REQUISIÇÃO ELETRÔNICA

Horário de atendimento de requisições: De segunda a sexta-feira das 07h às 18h. As requisições deverão ser solicitadas conforme Cronograma de Atendimento do Almoxarifado Central. As instruções estão localizadas na (Intranet/ processo Compras), em caso de urgência contatar o Gestor de almoxarifado para autorizar ou plantão administrativo.

Nota: Não é permitido adentrar ou retirar qualquer que seja o material sem autorização do Gestor de Almoxarifado

Requisição Eletrônica: Solicitações de materiais ao estoque deverão ser geradas através de Requisição Eletrônica – SISTEMA DE GESTÃO / PR, Após Liberação da área a requisição fica disponível para o Almoxarifado fazer atendimento e separação. Neste momento estas deverão ser efetivadas pelos colaboradores do almoxarifado conforme tela de Atendimento de Requisição

de Material e impressa através do Relatório de Atendimento da Requisição. (Informar nome do separador).

Após a conclusão, o material deverá ser armazenado em área específica. Na sequência, de posse da RM é feita uma nova conferência por outro colaborador a fim de verificar se os produtos foram separados adequadamente. Somente após estas verificações é que o material ficará disponível para o colaborador de o almoxarifado entregar ou despachar conforme cronograma de atendimento do Almoxarifado Central. O colaborador que receber o material deverá datar, assinar e colocar o seu nome legível.

Material Urgente: O solicitante deve requisitar o item separadamente dos demais itens, e mencionar no campo Observação, "Material Urgente". O usuário deverá retirar o material no Almoxarifado.

Retirada de Material no Almoxarifado: No momento da retirada, o solicitante do material deverá conferir itens e escrever o nome legível e data na requisição. No final do expediente o colaborador do almoxarifado organizará todas as requisições. No dia seguinte, gera o Relatório de Requisição e verifica todos os lançamentos. Não havendo divergência, arquiva em ordem crescente por "RM", acondicionando em caixa de arquivo morto por período de doze meses. Havendo divergência comunicar o Gestor do Almoxarifado para averiguar a causa e solucionar juntamente com os colaboradores do almoxarifado.

Devolução de Materiais ao Almoxarifado. Colaborador do Almoxarifado recebe a devolução, segrega em área específica de recebimento para conferência, verifica as condições do material, validade, quantidade e compara o código do item com o sistema DE GESTÃO / PR. Estando de acordo o colaborador do Almoxarifado, faz estorno da requisição.

Separação de Material para Requisições Interna: Após gerar relatório de materiais, o colaborador do Almoxarifado faz separação dos itens solicitados na requisição via sistema DE GESTÃO / PR, e no final, o colaborador deverá preencher campo separador seu nome e data.

Conferência de Materiais - Requisição Interna Central: Após separação de todos os itens conforme requisição será designado outro colaborador para efetuar conferência dos itens: Código, descrição e quantidade. Estando tudo OK, os materiais serão disponibilizados para entrega, com o preenchimento do nome do colaborador e data.

Nota: No caso de requisição de materiais Externos, os produtos separados serão embalados e na sequência entram no processo de cubagem e só depois, será agendada a data da coleta, via e-mail para setor Gestão de Compras.

Entrega de Requisição de Materiais Interno – Central: Após separação e conferência de todos os itens, o colaborador do Almoxarifado efetiva entrega dos materiais ao setor solicitante e no final o solicitante deverá preencher campo recebedor seu nome e data.

Emissão de Nota Fiscal de Transferências entre Filiais: O almoxarifado gera a nota fiscal no sistema DE GESTÃO/PR no módulo (Controle de Transferência de Estoque). Na aba de Atendimento Opção Gerar NF de Saída para Transferência, o sistema irá gerar o número da NF e um número de Sequência, automaticamente abrirá a opção Nota Fiscal com os dados da NF (descrição de itens, valores, natureza da operação. Após emissão das notas fiscais, o colaborador do Almoxarifado fará a conferência da NF, identificando a quantidade de itens, valores, unidades, endereço de entrega e estabelecimento do solicitante. Após a conferência, o Almoxarifado solicitará o transporte.

SOLICITAÇÃO DE TRANSPORTE

Solicitação de Transporte: O colaborador do Almoxarifado de posse das notas fiscais informa o dimensionamento do produto: peso e quantidade de volume, e solicita coleta via e-mail para o setor de transporte.

Solicitação de Transporte: Transporte do Hospital coleta diariamente no período da manhã das 9h às 14h, conforme datas estabelecidas pela área de transporte.

EQUIPAMENTOS

Balança: O setor de Almoxarifado possui duas balanças, uma com capacidade para 150 kg, e a outra com capacidade para 5 kg (balança de precisão). Seu uso é exclusivo para pesagem de material. O controle e inspeção de calibração são realizados pelo setor de Engenharia Clínica.

Monta Carga: Capacidade máxima de 500 kg. Seu uso é exclusivamente para transporte de carga, não é permitido o transporte de pessoas. A manutenção preventiva é realizada por empresa contratada, inspeção mensal e controlado através do setor de Manutenção.

Ar-Condicionado: O controle de manutenção preventiva é realizado através do setor de Manutenção.

Carrinhos de transporte Interno: Os carrinhos são de uso exclusivo para transporte de material do almoxarifado para os setores, sua manutenção é realizada de acordo o desgaste, a manutenção, quando necessária, é solicitada através do módulo: Ordem de Serviço via sistema Informatizado.

Solicitação de Ordem de Serviço Manutenção: Quaisquer serviços de Manutenção e reparos serão realizados mediante abertura de Ordem de Serviço – PR/ SISTEMA DE GESTÃO ou manual

Computadores, Sistemas e Impressoras: A manutenção é realizada através de abertura de chamado -“Solicitação de suporte – TI” no SISTEMA DE GESTÃO

Inventário Geral: Conforme Procedimento Inventário Físico Suprimentos.

Avaliação de Fornecedores: Serão compilados os dados no sistema DE GESTÃO/PR diariamente, para análise das informações de datas de entrega, limpeza do transporte, avarias da carga, materiais faltantes, temperaturas dos itens Termolábeis e validades, visando melhorar relacionamento fornecedor e projetos.

Rotinas Administrativas Para Serviço De Patrimônio

Em relação ao Recurso Patrimonial, o contrato de gestão disporá sobre os Bens Móveis e Imóveis, conforme Edital, disponibilizados para a Entidade parceira mediante Termo de Permissão do Direito de Uso. Em caso de extinção, término de contrato, falência ou situações similares da contratada, o patrimônio será retomado para a Secretaria Estadual da Saúde ou passará para outra instituição qualificada na forma da Lei e autorizada a recebê-lo. Os equipamentos/mobiliários serão recebidos por meio de comissão conjunta da contratante.

A contratada somente realizará a troca/substituição após os mesmos terem cumprido sua vida útil determinada pelo fabricante e deverão ser incorporadas ao patrimônio do Estado. Em caso de avarias ocorridas durante a concessão dos equipamentos a responsabilidade de reposição dos mesmos fica com a contratada. As trocas/substituições efetuadas pela contratada deverão ser aprovadas pela Secretaria Estadual de Saúde, com o provisionamento dos repasses financeiros ano a ano.

As principais atribuições do Serviço de Patrimônio, são:

- Organização e manutenção do cadastro de bens móveis e imóveis da unidade de saúde;
- Identificação dos bens móveis, com afixação de plaquetas aos bens para fins de inventário;
- Preparação de processos de alienação de bens móveis da instituição considerados em desuso ou inservíveis, na forma da Lei;
- Orientação sobre a utilização dos materiais permanentes;
- Fiscalização das unidades no tocante ao cumprimento das normas de conservação e segurança dos bens móveis e imóveis com periodicidade de manutenção preventiva e corretiva;
- Manutenção preventiva, corretiva e emergencial dos bens móveis e imóveis da instituição;
- Registro, carga, relatório e demais documentações no que se refere a bens móveis e imóveis;
- Conferência da entrega de material permanente;

- Confecção de balanço do estado dos bens móveis e imóveis da instituição;
- Confecção de relatórios de pendências sobre troca e aquisição de bens móveis e imóveis solicitados;
- Controle, fiscalização e sugestão de novas propostas no que se refere a patrimônio, cargas, transportes, distribuição e controle;
- Recebimento de novas solicitações, trocas ou sugestões quanto à aquisição de materiais permanentes para composição de projeto de aquisição junto a Presidência Executiva do da instituição;
- Elaboração de serviços de manutenção dos móveis e imóveis quando estes forem de pequena monta, comunicando ao setor matriz ou filial do Instituto Social Mais Saúde quando se tratar de manutenção mais complexa;
- Supervisão de móveis e imóveis no que se refere a serviços de manutenção preventiva;
- Desenvolver projetos específicos da Área de Patrimônio.
- Propor procedimentos para administração do patrimônio do serviço de saúde;
- Elaborar manuais;
- Assessorar as unidades em questões da área.
- Elaborar e ministrar treinamento da Área de Patrimônio mensurar e apresentar mensalmente ao Conselho Administrativo os indicadores de custos, de produtividade e qualidade dos patrimônios da instituição;
- Outras atribuições inerentes à área.

ATIVIDADES GERAIS DO SERVIÇO DE PATRIMÔNIO

- Gestão de Bens (Gêneros Patrimoniais)
 - Móvel
 - Imóvel
 - Biblioteca
- Incorporação e/ou Registro de Bens
- Incorporar e/ou Registrar os bens em sistema específico.
- Emissão do termo de responsabilidade.

- Identificação física do bem, com a fixação de etiqueta patrimonial ou gravação, observada a padronização da etiqueta de código de barras, gerada através de sistema específico ou outra metodologia adotada.
- Tipos de Incorporação e/ou Registro de Bens;
- Por Permuta;
- Avaliações;
- Registros de Bens de Terceiros;
- Doações;
- Fabricação própria ou outros;
- Compra;
- Convênios;
- Tipos de Baixas;
- Por consumo;
- Por inservível;
- Por quebra, desgaste ou avaria;
- Por doação;
- Por duplicidade incorporação em exercícios anteriores;
- Por indevida incorporação em exercícios anteriores;
- Por extravio;
- Por sinistro;
- Por permuta;
- Por empréstimo;
- Por furto/roubo;
- Por obsolescência;
- Por descaracterização;
- Cessão de Bens de Terceiros – Convênio;
- Cessão de Bens de Terceiros – Outros;
- Término da Cessão de Uso;

- Tipos de Passagem de Bens;
- Transferência;
- Contrapartida.

Por fim, no ANEXO encontram-se os documentos no qual o Instituto Social Mais Saúde aplica no processo de gestão do patrimônio em uma de suas unidades sob supervisão:

- ANEXO II: Instrução de Trabalho – Auditoria e Verificação de patrimônio.
- ANEXO II: Instrução de Trabalho – Controle de Movimentação física dos bens imobilizados.
- ANEXO II: Instrução de Trabalho – Entrada e cadastro de imobilizados.
- ANEXO II: Instrução de Trabalho – Fluxo de cessão/empréstimo de imobilizados
- ANEXO II: Instrução de Trabalho – Fluxo de descarte/inativação de imobilizados.

MANUTENÇÃO

Em relação às Manutenções Preventiva e Corretiva dos equipamentos e mobiliários cedidos, bem como a manutenção predial, o ISMS tem como proposta dispor e manter um Núcleo de Manutenção Geral – NMG, que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como um Núcleo de Engenharia Clínica, para o bom desempenho dos equipamentos e, um Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos Sólidos no Hospital sendo de responsabilidade da contratada conter:

- Equipe habilitada;
- Escala de plantão administrativo;
- Controles diários de geradores;
- Manutenção preventiva e corretiva de equipamentos,
- Sistema de água com limpeza e desinfecção dos reservatórios de água,
- Análise e controle da potabilidade da água,
- Energia elétrica,
- Telefonia,
- Rede lógica,
- Sistema de ar-condicionado;
- Proteção contra descargas atmosféricas e

- Sistema de combate a incêndio.

1.3.3.2. *Serviço de Arquivo Médico (SAME)*

Manual do Serviço de Arquivo Médico (SAME)

O SAME tem por finalidade zelar pela guarda, arquivamento, preservação de sigilo do conteúdo do prontuário médico, bem como elaborar a estatística administrativa e nosológica da Unidade de Saúde. Como algumas funções apontamos:

- Registro dos fatos relativos à assistência hospitalar prestada durante o atendimento médico, incluindo a identificação, a admissão e os problemas ligados a alta do hospital.
- Guarda dos prontuários de maneira unitária, centralizada e integrada, a anexação ordenada de todos os resultados complementares de diagnóstico quando o doente estiver em tratamento, bem como envio diário daqueles prontuários para os locais
- de tratamento.
- Apuração, listagem e interpretação dos dados estatísticos contidos nos prontuários como elemento de controle do padrão de assistência médico hospitalar.

O SAME permite a retirada e o arquivamento de prontuários para seu uso no atendimento de ambatório e/ou internação, mantendo sempre atualizada a documentação do prontuário do paciente. É necessário revisar periodicamente as seções de arquivamento, corrigindo eventuais falhas e selecionando prontuários para uso da Comissão de Investigação Hospitalar.

Colabora com as pesquisas científicas e trabalhos de investigação, quando solicitado, elabora os indicadores estatísticos no âmbito técnico e de produção/produktividade, com o objetivo de avaliar a demanda e o desempenho da unidade hospitalar, na qual interage com os diversos serviços pertencentes à instituição, viabilizando as atividades diárias de todas as especialidades, possibilitando a análise da situação da saúde no nível local.

Para que essa análise é utilizados mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária ao trabalho de planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde. As informações que estão contidas no arquivo médico, são fontes importantes e podem ser utilizados na pesquisa e na avaliação de programas e serviços de saúde (Castro, 2003).

Existem no âmbito nacional, diversos subsistemas de informação em saúde (SIS) de grande relevância para a vigilância epidemiológica, como: SINAM- Sistema de Informação de Agravos de Notificação; SIM-Sistema de Informação sobre Mortalidades; SINASC-Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos; SAI/SUS-Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS; SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica, SISVAN-Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e

Nutricional; SI-PNI-Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização; SISÀGUA-Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano; SIH/SUS-Sistema de Informações Hospitalares; entre outros.

Assim sendo, o SAME também se configura como um instrumento legal que comprove o atendimento prestado ao paciente e possibilita uma análise acurada dos fatos ocorridos com ele. O prontuário do paciente constitui um verdadeiro dossiê que tanto serve para a análise da evolução da doença do paciente, como para fins estatísticos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) em seu artigo 1º da resolução Nº 1.638/2002, define prontuário do paciente como: um documento único constituído por um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre saúde do paciente a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico utilizado para possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A gestão arquivística de documentos é um conjunto de procedimento e operações técnicas que possibilitam a produção, administração, controle e manutenção dos documentos, garantindo a eficácia no arquivamento e no gerenciamento das informações.

Conforme tabela abaixo, é possível compreender as funções e seus objetivos visando a qualidade do serviço de arquivo médico:

FUNÇÃO ARQUIVÍSTICA	CONCEITO	OBJETIVO
AVALIAÇÃO	"Processo de análise de documentos de arquivo, que estabelece os prazos de guarda e a destinação, de acordo com os valores que lhes são atribuídos" (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.41)	Reduz a massa documental, agiliza a recuperação das informações, e racionaliza a produção e o fluxo documental, definindo os prazos de guarda das documentações.
CLASSIFICAÇÃO	"Organização de documentos de arquivo ou coleção, de acordo com um plano de classificação, código de classificação ou quadro de arranjo. Plano de Classificação: Esquema de distribuição de documentos em classes, de acordo com métodos de arquivamento específico, elaborado a partir do estudo das estruturas e funções de uma instituição e da análise do arquivo por ela produzido"	Dar visibilidade às funções e às atividades do organismo produtor do arquivo, deixando claras as ligações entre os documentos, recuperando todo o contexto da produção.

(ARQUIVO NACIONAL, 2005, p.49-132).

DESCRIÇÃO	“Conjunto de procedimentos que leva em conta os elementos formais e de conteúdo dos documentos para elaboração de instrumentos de pesquisa”. (Arquivo Nacional, 2005, p.67)	Concretizar os principais objetivos que norteiam o arquivo: a organização e a recuperação da informação. O seu produto final são os instrumentos de pesquisa como o guia, inventário, índice e o catálogo, no intuito facilitar o acesso aos documentos de forma eficaz aos seus pesquisadores.
CONSERVAÇÃO	“Promoção da preservação e da restauração dos documentos” (Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005, p.53).	Um conjunto de ações estabilizadoras que visam desacelerar o processo de deterioração dos documentos. Constitui-se do reconhecimento e execução de tratamento em um documento, que na qual se deve considerar a sua estrutura, a sua composição física e seus aspectos estéticos e históricos, visando o prolongamento de sua vida útil.
DIFUSÃO	“Fornecimento e difusão de informações através de canais formais de comunicação”(Dicionário Brasileiro de Terminologia Arquivística, 2005,p. 71)	Relaciona-se ao acesso, disponibilização e propagação das informações. Promovendo a divulgação da instituição, de suas atividades executadas como também do seu acervo documental. A difusão é a melhor forma de agregar valor ao arquivo, atribuindo-o capacidade de inovação e liderança.

O **Instituto Social Mais Saúde** compreende que, por meio do desenvolvimento das funções acima identificadas, a instituição garante a maior qualidade de seus serviços em arquivo, assegurando integração com seus usuários, havendo a possibilidade de compreendê-los, a fim de melhorar seus serviços e auxiliando-os no uso da informação.

Ainda, estas atividades são a porta de entrada da instituição, garantindo o uso e a acessibilidade dos recursos que estão disponíveis no arquivo. A informação tem grande influência dentro das organizações em suas relações internas e externas. Ela passa a contribuir como um papel estratégico para a organização, auxiliando em suas atividades para que então os objetivos da organização sejam definitivamente alcançados.

1.3.3.3. Manutenção

Normas e Rotinas Administrativas para o Serviço de Manutenção

A Engenharia Hospitalar é a área responsável pelo planejamento e execução de serviços na infraestrutura e equipamentos não eletromédicos, verificando instalações, efetuando ajustes necessários em acordo com as áreas solicitantes, visando correção, prevenção e adequações. Acompanha a execução de reformas e pequenas obras, colaborando na verificação da qualidade das instalações e na identificação de problemas potenciais, na discussão de alternativas e soluções.

A Engenharia Hospitalar/ Manutenção Predial é responsável pelos serviços contínuos de manutenção predial preditiva, preventiva e corretiva (incluindo a Operação, Suporte Técnico e Gerencial) englobando serviços nas instalações ordinárias, especiais, equipamentos prediais, equipamentos de refrigeração e climatização, Hidráulicos, Elétricos de Alta, Média e Baixa Tensão e dos Equipamentos de Sistemas Elétricos, Mecânicos, Cívicos, Hidráulicos, e cujas partes relevantes destacamos a proposta de implantação do serviço de Engenharia Hospitalar – Manutenção predial no **Hospital Regional Dr. José de Simone Netto**.

A equipe que atuará no setor será dimensionada de forma a garantir a execução de todas as atividades compreendida no Plano de Manutenção do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto e o atendimento de todos os setores da unidade, sempre visando a qualidade dos serviços e a segurança dos pacientes e profissionais.

A equipe será composta minimamente por Engenheiro Elétrico/ Cível, eletricitas, técnicos mecânicos, bombeiros hidráulicos, técnicos de refrigeração, gasistas, auxiliares e oficiais.

Planejamento do Serviço de Manutenção Predial

Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico da Manutenção é o processo de identificar oportunidades, desenvolver uma estratégia e ter ações com foco nos objetivos a serem alcançados pelo Serviço.

Com o planejamento estratégico, será possível compreender por qual motivação algo deve ser realizado, em que momento e como executar, bem como as diretrizes que devem ser seguidas para melhorar e alcançar o sucesso da manutenção hospitalar. Isso é possível quando são analisadas e definidas as metas e outras estratégias para se chegar ao resultado esperado.

O planejamento estratégico auxiliará a impulsionar os resultados e melhorar o desempenho das equipes de manutenção, melhorando o nível de maturidade da equipe. Quando elaborado, esse planejamento estará associado com os objetivos de curto, médio e longo prazo, que impactam nas decisões. Será um processo que envolve todos os setores de maneira sistêmica e que estabelece a direção a ser seguida.

Através do planejamento devem ser criadas estratégias que levem a um determinado objetivo e que apontem o melhor caminho para alcançar as metas.

IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Um dos maiores objetivos do planejamento estratégico é servir de guia para as ações que serão realizadas, a partir dele que se administra o investimento, os recursos, o tempo e a energia investida nas ações. Com o acompanhamento do planejamento, identificamos os problemas e potencializamos a elaboração das ações e melhorias.

A importância dada ao planejamento reflete nos resultados e nas ações do presente, que refletirá nos resultados e no que se espera para o futuro.

Podemos destacar alguns benefícios como:

- **Organização:** A visão da manutenção se torna mais estratégica, com objetivos assertivos. O planejamento se torna tangível e tático;
- **Assertividade:** A tomada de decisões se torna mais assertiva, levando a unidade hospitalar a obter os resultados esperados; **Decisões:** As ações e decisões serão realizadas considerando os dados, que serão mensuráveis. A verificação das metas atingidas e das que não estão se desempenhando bem, com o tempo, vai se tornar mais prática;
- **Priorização:** O planejamento organiza e fornece caminhos para priorizar nossas ações. Com auxílio do cronograma, podemos identificar atividade e prazo.
- **Produtividade:** Os colaboradores se sentem muito mais motivados a produzir e isso eleva a qualidade das entregas. Todos possuem funções bem definidas com foco centralizado nas tarefas e nos resultados esperados.

O Planejamento Estratégico deve conter decisões sobre o futuro da manutenção da unidade hospitalar, em que podemos citar:

- Objetivos organizacionais para o futuro, sendo desmembrados em objetivos setoriais;
- Atividades escolhidas, equipamentos, sistemas e áreas que o hospital pretende aprimorar;
- As especialidades visadas pela unidade hospitalar, ou seja, os pacientes e clientes internos com relação à qualidade do atendimento esperado;
- Os resultados esperados em cada setor;
- Alternativas estratégicas quanto às suas atividades (encerrar, ajustar, manter, alterar) a metodologia de uma determinada atividade ou matriz de serviços;

Novos investimentos em recursos (equipamentos, ferramentas, materiais, instrumentos, equipamentos, peças, recursos humanos, tecnologia, etc.), para inovação (mudanças), ou para crescimento (expansão) do hospital.

Dessa forma, é possível entender melhor por que o planejamento estratégico da manutenção é a chave para o aumento da produtividade e melhoria dos resultados.

ANÁLISE DO AMBIENTE – MATRIZ SWOT

Elaborar um planejamento estratégico eficiente é compreender o cenário e se há alguma dificuldade enfrentada, para então planejar quais serão as metas, de maneira realista, mensuráveis, e que possam realmente serem aplicadas.

A Matriz SWOT – Strength, Weakness, Opportunities and Threats – ou Fofa – Força, Oportunidade, Fraqueza e Ameaça – é uma ferramenta que permite levantar informações sobre os ambientes internos e externos onde a instituição se encontra e identificar a sua atuação perante o mercado.

A matriz SWOT inicia pela identificação das forças, que devem ser otimizadas, e das fraquezas, que devem ser sanadas. As oportunidades e ameaças são fatores externos que o serviço não pode controlar. É importante que essas variáveis sejam conhecidas e monitoradas e que a estratégia escolhida busque tirar o melhor proveito das oportunidades e minimizar impactos das ameaças.

ESTABELECIMENTO DE METAS E FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

A partir dos problemas identificados na construção da matriz SWOT, os objetivos e as metas estratégicas devem ser definidos. Como é improvável que o serviço possa investir em todas as áreas ao mesmo tempo, as forças e fraquezas identificadas devem ser priorizadas ao se tratar as estratégias.

Devem ser determinadas algumas diretrizes, metas e indicadores e posteriormente realizada a gestão para se manter o controle, com o acompanhamento dos resultados e correção de desvios. O plano tem início após a definição das etapas e da correção de situações indesejadas que certamente aparecerão.

É importante que os processos desse planejamento sejam realizados seguindo estratégias bem definidas e objetivas para a equipe.

Sistemas Integrados de gestão são bastante indicados e adequados para elaborar toda essa estrutura. Ter a ajuda dos colaboradores e líderes deve impulsionar essa estratégia, além de deixar a manutenção preparada para os desafios que surgirem.

Plano de Manutenção Predial Hospitalar

O Plano de Manutenção é o documento-guia da manutenção predial. Nele estão contidas todas as áreas, equipamentos e sistemas e tudo o que deve ser feito em cada um deles. O plano é elaborado com as atividades que devem ser implantadas e acompanhadas, com o objetivo de detectar ou reduzir a probabilidade de falha ou a degradação dos equipamentos e sistemas.

A seguir estão listados alguns fatores que determinam a importância de ter um plano de manutenção eficiente:

- **Maior controle de gestão:** Com a elaboração do plano de manutenção e do cronograma de atividades, o gestor da manutenção consegue ter uma visão ampla e assertiva sobre os equipamentos que irão passar por manutenção preventiva e controle dos serviços executados.
- **Valorização do atendimento hospitalar:** O plano de manutenção prestigia a segurança do hospital como um todo. A visão de um hospital bem-cuidado traz aos pacientes uma tranquilidade e bem-estar de que também serão bem-cuidados, e da mesma forma os profissionais de saúde do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto terão a percepção de que estão num local que preza pela manutenção e busca as melhores práticas para o desenvolvimento da medicina.
- **Redução de custos:** Com o conhecimento e planejamento adequados, a manutenção preventiva reduz a quantidade de falhas e prolonga a vida útil dos equipamentos e sistemas, resultando em um custo menor e planejado, além de possibilitar um planejamento melhor nas compras de materiais/ peças.

Compõem o Plano de Manutenção Predial:

- Informação sobre a edificação;
- Informação sobre os responsáveis técnicos;

- Cadastro dos Ativos;
- Plano de Manutenção Preventiva e Preditiva, composto por:
- Checklist com as atividades e periodicidades para cada tipo de ativo;
- Cronograma – Mapa das 52 semanas.

Para a elaboração do Plano de Manutenção Preventiva e Preditiva, cabe ressaltar que nem todos os ativos apresentam a necessidade de passar por manutenções preventivas ou preditivas.

O que define qual ativo deve estar contido no Plano de Manutenção Preventiva e Preditiva é a Criticidade do Ativo, cuja recomendação de tipo de manutenção a ser realizada. Os ativos que não estiverem inclusos no plano passarão somente por manutenções corretivas.

A elaboração do Checklist com as atividades e a periodicidade das manutenções de cada ativo deve se basear:

- No Manual de Uso, Operação e Manutenção da Edificação;
- Nos Manuais do Fabricante dos ativos;
- Em avaliações técnicas das condições de uso do ativo;
- No histórico de manutenções e falhas;
- Na disponibilidade desejada para o sistema;
- Nas normas técnicas;
- Nas boas práticas de mercado.

Como exemplos da aplicação desses itens, citam-se:

O manual do fabricante pode recomendar que óleo e filtro do motor do gerador sejam substituídos depois de um determinado período em certas condições de uso, no entanto, verificamos que o grupo gerador é utilizado raramente. Nesse caso, optamos em realizar a substituição em período superior ao recomendado pelo fabricante, resguardadas as condições de segurança e garantia de funcionamento do equipamento.

O fabricante de um Fan-Coil recomenda substituição do filtro grosso a partir de um tempo de utilização, conforme condições de uso em ambientes normais. Porém, o ambiente em que o equipamento está instalado tem muita geração de resíduos (poeiras) e que nessas condições é necessária a troca em um período inferior ao indicado pelo fabricante. Para essa situação, o melhor é aumentar o número de trocas desse filtro.

É válido salientar que, para realizar atividades relacionadas à limpeza e assepsia das instalações dos setores assistenciais, é necessário o alinhamento bem definido junto às equipes

assistenciais e de hotelaria hospitalar, para que as atividades de manutenção possam ocorrer de forma concomitante, a fim de minimizar o tempo do bloqueio do setor.

Cronograma de Treinamentos

Uma equipe competente e capacitada é fundamental para o alcance dos objetivos de uma organização. Por mais que haja processos bem estruturados e recursos financeiros disponíveis, sem colaboradores competentes e motivados os resultados dificilmente serão alcançados.

O Cronograma de Treinamentos é parte importante das ferramentas da qualidade que uma organização pode adotar, com objetivo de tornar os colaboradores capacitados tecnicamente, além de despertar qualidades subjetivas importantes, melhorar a convivência coletiva, a produtividade, a motivação e o engajamento. Para isso, é necessário planejamento. Para a organização, é necessário que a equipe de gestão esteja alinhada com o Planejamento Estratégico e possa identificar quais são os treinamentos que a equipe necessita e o público-alvo, para posteriormente elaborar o planejamento dos treinamentos, que em geral pode conter quatro passos: levantamento das necessidades, planejamento, execução das atividades e análise de resultados. Os treinamentos precisam estar alinhados com os objetivos do grupo e com os resultados almejados

DESCRIPTIVO DAS ATIVIDADES DO SERVIÇO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ENGENHARIA HOSPITALAR

Os serviços de Manutenção Preventiva e Corretiva Predial e de Instalações Ordinárias e Especiais dos Equipamentos Prediais têm como escopo:

- Manutenção e Reparos nas instalações Físicas;
- Manutenção e Reparos nas instalações Hidráulicas e Sanitárias; Manutenção e Reparos nas instalações Elétricas e Eletrônicas;
- Manutenção e Reparos nas instalações Mecânicas, de Utilidades e de Gases;
- Manutenção e Reparos no Sistemas de Refrigeração e Climatização.

Serviços em Instalações Físicas

Manutenções corretivas e preventivas em alvenarias, calçamentos, pisos, acabamentos e demais partes civis da edificação conforme necessidades identificadas, sob a aprovação do Gestor do Contrato.

Alvenaria: no reparo será descascado ou retirado o revestimento da parte afetada, deixando à mostra a trinca, rachadura ou área deteriorada. Proceder-se-á, então, ao seu alargamento e verificação de causa para a sua correção.

Divisórias: reparos de divisórias danificadas e realocação conforme Layout, inclusive estrutura metálica de suporte e ferragens de porta.

Pinturas em geral (piso, paredes e teto): reparos à partir da constatação de falhas ou manchas, ou mesmo em caso de conservação preventiva de qualquer pintura de componente da edificação, deverá ser realizado o lixamento completo da área ou componentes afetados, tratamento de base ou da causa do aparecimento das manchas ou falhas, quando houver.

Revestimentos cerâmicos, vinílicos, melamínicos e outros: reparo nas placas ou peças do revestimento se desprenderem, devendo ser retirados os revestimentos de toda a área em volta para verificar a existência ou não de problemas na estrutura do piso.

Coberturas: A manutenção de recomposição de elementos da cobertura sempre que forem observados vazamentos ou telhas deslocadas, rachadas ou quebradas. Deverá ser providenciada a limpeza das calhas de coleta de águas pluviais, ralos “abacaxis”, com a remoção de qualquer aderência e verificação das tubulações de escoamento, mantendo-as desobstruídas. Deverão, ainda, ser verificadas as trincas nos rufos e engates de telhas, bem como repará-los, além do estado do revestimento de proteção de impermeabilizações. Deverão ser seguidos sempre os manuais do fabricante.

Impermeabilizações: os reparos nas impermeabilizações de coberturas serão periódicas de acordo com as recomendações. Com a retirada da parte danificada do revestimento, limpeza da área a ser tratada, verificação dos caimentos, das argamassas, das furações, e refazimento por completo da parte impactada.

Esquadrias, vidros e ferragens: reparo e/ou substituição e/ou recuperação das portas, janelas, portões e demais elementos de vedação, seguirão as especificações do material existente ou utilizando-se os materiais disponíveis no mercado tais como: PVC, Ferro, Madeira ou Alumínio

Pavimentação: reparos dos pavimentos de concreto com juntas, limpeza das juntas e o rejuntamento dos pontos onde o material selante não se apresentar em boas condições. As placas danificadas deverão ser parciais ou totalmente restauradas.

Forros: recomposições, aberturas de rasgos, arremates, colocação de novas placas e demais necessidades oriundas de serviços e recomposições rotineiras.

Esquadrias metálicas: reparos dos pontos de corrosão, recomposição da pintura através de procedimentos análogos ao da aplicação original.

Falhas na Pintura: As falhas ou manchas na pintura da estrutura deverão ser retocadas de conformidade com os procedimentos originais e recomendações dos fabricantes.

Estruturas de madeira: observar os cuidados necessários para evitar o apodrecimento das peças de madeira provocado pelo ataque de fungos, que ocorre na conjunção de condições favoráveis de umidade, oxigênio livre (ar) e temperatura.

Fissuras e Fendas: avaliar presença de fissuras e fendas nos elementos estruturais e ainda de eventuais zonas de esmagamento ou de flambagens localizadas, decorrentes de carregamento não previstos ou de mau desempenho da estrutura. Eventuais reparos e reforços necessários serão realizados sob orientação do autor do projeto e/ou técnico especializado, restringindo tais ações à simples manutenção corretiva das estruturas.

Falhas na Pintura: reparos decorrentes de falhas ou manchas na pintura das estruturas deverão ser recuperadas de conformidade com os procedimentos originais

Manutenção no Sistema Hidráulico

A manutenção de sistemas hidráulicos do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto é crucial para garantir o funcionamento seguro e eficiente de diversas instalações, como banheiros, chuveiros, vasos sanitários, bebedouros, encanamentos e hidrantes. A manutenção regular, tanto preventiva quanto corretiva, ajuda a evitar falhas, vazamentos e contaminações, garantindo a qualidade da água e o bom funcionamento dos equipamentos. Tendo como principais objetivos:

Garantia da saúde e segurança: Sistemas hidráulicos em bom estado evitam vazamentos, contaminações da água e outros problemas que podem comprometer a saúde dos pacientes e funcionários.

Prevenção de falhas e interrupções: A manutenção preventiva identifica e corrige problemas antes que eles causem falhas maiores, evitando interrupções no funcionamento de equipamentos e serviços essenciais.

Redução de custos: A manutenção preventiva pode evitar custos com reparos emergenciais e substituições de equipamentos, além de reduzir o consumo de água e energia.

Prolongamento da vida útil dos equipamentos: A manutenção regular ajuda a prolongar a vida útil dos sistemas e equipamentos hidráulicos, reduzindo a necessidade de substituições.

A Manutenção do Sistema Hidráulico é realizada de forma **preventiva** para identificar e corrigir problemas antes que eles causem falhas, **corretiva** para reparar falhas e problemas que já ocorreram e **preditiva** utilizando tecnologias para monitorar o desempenho dos equipamentos e prever possíveis falhas.

A fim de garantir a eficiência do Sistema Hidráulico a equipe de Manutenção realizará inspeções regulares verificando visualmente os componentes hidráulicos, como encanamentos, válvulas, bombas e reservatórios, monitoramento dos fluidos hidráulicos avaliando o nível e da qualidade dos fluidos, limpeza e desinfecção periódica de reservatórios e sistemas hidráulicos para evitar a contaminação, substituição de componentes ou peças desgastadas ou com vida útil expirada. Sempre seguindo as normas técnicas e legislações aplicáveis para garantir a segurança e a qualidade da manutenção.

As Manutenção corretivas, preventivas e preditivas do Sistema Hidráulico compreende todas as tubulações de água potável e o esgoto, torneiras, válvulas de descargas e mictórios, registros de gavetas, válvulas de redução e os componentes e sistemas abaixo:

Encanamentos e tubulações: Verificação de vazamentos, corrosão e obstruções.

Bombas e acessórios: bombas, registros, válvulas, quadros de comando, pertencentes ao sistema e todas as tubulações de água, de forma a atender as necessidades em geral do referido sistema.

Poços, ralos simples e sifonados: engloba também a limpeza de todos os poços e ralos, que deverão ter tampas escamoteáveis em condições de funcionamento.

Reservatórios de água: Limpeza e manutenção para evitar a contaminação da água.

Filtros e sistemas de tratamento: Manutenção e substituição para garantir a qualidade da água.

Instalações de esgoto sanitário: rede geral da área externa, como caixas, galerias, poços, tampões, etc. de forma a tomar providências rotineiras que evitem entupimentos e deterioração dos sistemas em foco, se necessário utilizando equipamentos “Sewer-Jet” e “VacAll”. Será exigida uma limpeza em todo o sistema externo tanto de esgoto quanto de água pluvial.

Instalações de águas pluviais: As inspeções para manutenção das unidades que tenham a coleta de águas pluviais em suas coberturas, as quais, recebem contribuições dos ralos nos andares até onde se unificam algumas prumadas, descendo até o piso do térreo, daí vão até caixas de areia na calçada, até a galeria de Águas Pluviais, da Prefeitura, na rua.

Instalações de Prevenção e Combate a Incêndio

Tratando-se de um sistema de segurança, com riscos à vida e dos bens materiais, a verificação e testes do perfeito funcionamento do sistema de detecção, alarme e combate a incêndio (quadros, detectores, extintores, sprinklers, bombas de pressurização, hidrantes, mangueiras e válvulas) deverão ser realizados com a supervisão das áreas responsáveis pela segurança da edificação.

Áreas externas

Nas áreas externas existem redes subterrâneas de drenagem, as quais recebem as contribuições das redes internas, conforme anteriormente descrito, compostas por caixas, poços de visita, troncos e sub-ramais, que drenam esgoto e as águas pluviais à rede pública de coleta geral. Todos os ralos, galerias, caixas e demais componentes das redes de drenagem existentes na área externa, contidos dentro dos limites do Hospital Regional Dr. José de Simone Netto estarão a cargo da unidade que providenciará verificações periódicas e procedimentos mantenedores, de forma a impossibilitar entupimentos, quebras e desconexões da rede existente.

Instalações Elétricas e Eletrônicas

A manutenção no sistema elétrico tem como objetivo garantir a segurança dos pacientes, funcionários e o correto funcionamento dos equipamentos médicos. A manutenção da rede elétrica deve ser realizada por técnicos e engenheiros com experiência em instalações elétricas em ambientes de saúde e com conhecimento das normas técnicas, como a NBR 13534. A NBR 13534 estabelece os requisitos mínimos para instalações elétricas em ambientes de saúde, visando a segurança e a continuidade do fornecimento de energia.

A manutenção no sistema elétrico compreende minimamente:

- Iluminação interna e tomadas

Os sistemas de iluminação interna dotados de diversos pontos de luz, compostos por luminárias fluorescentes de 1 ou 2 lâmpadas de 32 W, de 2 ou 4 lâmpadas de 16 W com reatores eletrônicos, luminárias com lâmpadas de LED, luminárias de parede (arandelas) e pontos de luz de cabeceira de leitos, inclusive circuitos, proteções, condutos, bandejas, leitos e fixação geral. A unidade possui pontos de tomada com capacidades diversas e contam com circuitos de tomadas normais e estabilizadas.

- Iluminação externa

Os sistemas de iluminação externa, incluindo-se refletores com lâmpadas de LED ou mistas bem como, os demais sistemas de iluminação instalados nos perímetros internos das Unidades.

- Alimentadores

Os sistemas que possuem alimentadores em cabos de cobre com isolante termoplástico. Cordoalhas de cobre nu, interligam as barras de terra dos quadros.

- Iluminação normal/emergência

Os sistemas compostos de luminárias serão assistidos com lâmpadas de LED ou fluorescentes distribuídos em circuitos nas áreas comuns de todos os prédios inclusive escadas.

- Sistema de proteção contra descargas atmosféricas (SPDA)

Sistemas completos de proteção contra descargas atmosféricas com hastes, cordoalhas, fixações e aterramento atenderão à NBR 5419/2015 faz parte do escopo da manutenção predial em questão, todos os alimentadores, quadros gerais e parciais, pontos de forças, condutores, fixações, caixas, equipamentos, estabilizadores, proteções, aterramentos e demais itens componentes dos sistemas elétricos prediais.

- Subestação

Todos os cubículos de Subestação, deverão permanecer em perfeitas condições de segurança e funcionamento, conforme determina a norma técnica aplicável nos tópicos abaixo: alimentadores de entrada das subestações, quadros gerais de força e luz, transformadores de força, transformadores de corrente e potencial, relês de proteção, instrumental de medição, seccionadores, barramentos, disjuntores de caixa moldada, contadores, isoladores e para-raios de distribuição (no interior da Subestação), fios e cabos, disjuntores a pequeno volume de óleo, disjuntores a seco, baterias, luminárias, interruptores, tomadas e lâmpadas, redes de aterramento, alvenaria das casas de força.

- Gerador e sistema de emergência

A manutenção preventiva deverá prever o “check out” do equipamento no mínimo a cada dois meses e testes de verificação da integridade das características técnicas do combustível. A periodicidade das inspeções será estabelecida em função da intensidade de uso das instalações e componentes, das condições locais, recomendações dos fabricantes, fornecedores e normas técnicas. No caso de contratação de serviços de terceiros, a periodicidade será proposta e justificada, a fim de permitir a avaliação e aprovação.

A manutenção preventiva de Grupos Geradores e sistemas de emergência deverá ser realizada em conformidade com as recomendações do fabricante do equipamento, por profissional ou firma especializada, ou pelo fabricante do equipamento. A contratada providenciará sempre que necessário o abastecimento de combustível para o equipamento e reserva técnica.

Instalações Mecânicas, de Utilidades e Gás

Sistema de distribuição de gases medicinais

A manutenção destes sistemas envolve a verificação periódica das redes de distribuição, substituindo os danificados e/ou reformulando a localização de alguns pontos, além dos demais equipamentos do sistema. Compreende também o atendimento das redes de distribuição de:

- Oxigênio;
- Ar Comprimido;

- Vácuo;
- Nitrogênio;
- Óxido Nitroso;
- Gás carbônico;
- Outros

Sistemas de Condicionamento de Ar e Refrigeração

A manutenção do sistema de ar condicionado deverá garantir o funcionamento de todo o sistema em condições e desempenho minimamente satisfatórias seguindo os preceitos normativos sobre o tema, caso contrário, acarretará numa enorme perda de eficiência do sistema, gerando gastos energéticos desnecessários, além de ser um grande risco à saúde dos ocupantes. Todo o sistema de climatização deverá ser atendido de forma preventiva e corretiva observando-se o reparo e quando necessário a substituição dos elementos que constituem o sistema.

- Sistema de expansão direta

Sistema em que a troca de calor ocorre de forma direta entre o ar do ambiente e o evaporador do circuito de refrigeração. Aparelhos de Janela, Split System e Self Contained são equipamentos que representam este tipo de sistema.

- Sistema de expansão indireta

Sistema em que a troca de calor ocorre por um meio intermediário de transporte de calor, geralmente, água gelada. Um sistema de expansão indireta é composto principalmente por resfriadoras de líquido e condicionadores do tipo Fan Coil.

Plano de Manutenção Geral

O Plano de Manutenção Geral tem por objetivo o cadastramento, monitoração, acompanhamento, intervenções e controle de todos os equipamentos e sistemas, o prazo mencionado não deverá acarretar prejuízo ou descontinuidade à alocação das equipes de serviço em seus respectivos postos de trabalho.

O plano de manutenção – PMOC - para os sistemas prediais constantes tem como princípio a garantir seu perfeito funcionamento sem descontinuidades conforme Lei 13.589/2018 e normas técnicas aplicáveis. Deverão ser previstas ações de limpeza das redes de dutos e dos equipamentos que compõem o

sistema, lubrificações onde necessárias e trocas de filtro de acordo com as recomendações das normas vigentes.

O PMOC deverá conter todos os procedimentos das manutenções preventivas e corretivas, dentro de um planejamento criterioso, ao longo do ano, com periodicidade (diária, semanal, quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral e anual), necessidades gerais, previsões estatísticas, observações gerais e demais itens que objetivam atender plenamente as demandas e logística básicas definidas em função da natureza da tarefa a ser executada e com prévia aprovação da fiscalização.

1.3.3.4. Tecnologia de Informação.

Normas e Rotinas Administrativas para o setor de Tecnologia da Informação

Introdução

Objetivo do Manual

Este manual de normas e rotinas administrativas para o setor de Tecnologia da Informação (TI) tem como principal objetivo a padronização dos processos operacionais e administrativos, assegurando a eficiência, segurança e qualidade nas atividades realizadas pelo setor. A padronização é fundamental para estabelecer um padrão de qualidade consistente, garantindo que as operações sejam executadas de maneira uniforme e eficaz, contribuindo para o desenvolvimento contínuo e a melhoria dos serviços prestados.

Escopo

O manual abrange todas as áreas e operações diretamente relacionadas ao setor de TI, incluindo tanto as atividades internas quanto as interações com outros departamentos da organização e fornecedores externos. No entanto, as rotinas de prestadores de serviços e fornecedores que não sejam parte direta das operações internas do setor de TI não estão incluídas neste documento.

Contextualização Geral

A elaboração deste manual reflete o compromisso da organização com a excelência e a necessidade de formalizar procedimentos que assegurem a uniformidade e a clareza nas práticas do setor de TI. Com a criação deste documento, buscamos fortalecer as diretrizes que orientam o desempenho das atividades, promovendo uma cultura organizacional baseada na eficiência, qualidade e responsabilidade.

Público-Alvo

O público-alvo deste manual inclui, principalmente, os membros da equipe de TI e todos os colaboradores da organização que interagem com sistemas de informação e equipamentos de TI. Considerando que muitos dos usuários podem não possuir formação técnica na área, a linguagem utilizada neste documento é clara e acessível, visando garantir a compreensão por todos os envolvidos, independentemente do nível de conhecimento técnico.

Políticas e Normas Gerais

Política de Segurança da Informação

A Política de Segurança da Informação é fundamental para assegurar a proteção dos dados e das informações manuseadas pelo setor de TI. Em conformidade com as melhores práticas de mercado adotadas por empresas do segmento hospitalar, as seguintes diretrizes são estabelecidas:

- **Controle de Acesso:** Cada usuário deve possuir um login e senha únicos, com acesso restrito exclusivamente às informações pertinentes às suas atividades setoriais. Essa medida garante que as informações sejam acessadas apenas por pessoas autorizadas, minimizando riscos de acesso indevido.
- **Autenticação e Segurança:** Todos os acessos aos sistemas de informação devem ser protegidos por senhas fortes e autenticação multifatorial, assegurando uma camada adicional de proteção. Senhas devem ser alteradas periodicamente, seguindo as melhores práticas de segurança.
- **Proteção de Dados:** Informações sensíveis devem ser mantidas em locais seguros e criptografados, tanto em repouso quanto em trânsito. A criptografia é uma ferramenta essencial para prevenir o acesso não autorizado a dados críticos.
- **Monitoramento e Resposta a Incidentes:** É essencial implementar ferramentas e processos de monitoramento contínuo para detectar e responder a incidentes de segurança. Em caso de violação, um protocolo de resposta a incidentes deve ser seguido, visando a contenção, análise e mitigação do impacto.

Política de Uso de Recursos de TI

O uso adequado dos recursos tecnológicos é crucial para garantir a segurança e a eficiência das operações. Isso inclui:

- **Uso Restrito:** A utilização da rede e dos sistemas deve ser estritamente para fins autorizados e relacionados às atividades profissionais. O uso pessoal de recursos tecnológicos deve ser evitado para minimizar riscos de segurança.

- **Proteção Contra Ameaças:** Todos os dispositivos e sistemas devem contar com soluções de segurança, como antivírus e firewalls, configurados para realizar verificações regulares e detectar ameaças em potencial.
- **Segurança de Informações:** Informações sensíveis devem ser armazenadas em ambientes seguros, protegidos por criptografia. É fundamental que os colaboradores sigam as diretrizes para manter esses dados em locais apropriados e não compartilhem informações sensíveis sem autorização.

Normas de Compliance e Conformidade

As normas de compliance são estabelecidas para garantir que o setor de TI opere em conformidade com as diretrizes legais e organizacionais, protegendo a integridade, confidencialidade e disponibilidade das informações. As diretrizes incluem:

- **Gestão de Acessos e Senhas:** Implementação de controles rigorosos sobre o acesso a sistemas e dados, incluindo a exigência de senhas fortes e o uso de autenticação multifatorial.
- **Backup e Recuperação de Dados:** Realização de backups regulares, com políticas claras sobre a frequência e o armazenamento seguro desses dados. Planos de recuperação de dados devem estar estabelecidos para garantir a continuidade das operações em caso de falha ou perda de dados.
- **Continuidade Operacional:** Estabelecimento de estratégias para garantir a continuidade das operações essenciais, minimizando o impacto de incidentes de TI. Isso inclui planos de contingência e procedimentos para a rápida recuperação de sistemas e serviços críticos.
- **Gestão de Vulnerabilidades:** Processos contínuos para identificar, avaliar e corrigir vulnerabilidades em sistemas e aplicações. Isso inclui a aplicação regular de patches e atualizações de segurança, bem como auditorias de segurança para garantir a conformidade com as normas.

Estrutura Organizacional do Setor de TI

Organograma e Estrutura Hierárquica

O setor de Tecnologia da Informação (TI) está organizado de forma a assegurar uma gestão eficiente e alinhada com a estratégia corporativa. A hierarquia de TI é composta por:

- **Gerente de TI Corporativo:** Localizado na sede, o gerente de TI é responsável por supervisionar e direcionar as atividades de TI em todas as filiais, garantindo que as políticas e diretrizes corporativas sejam seguidas.

- Supervisor de TI: Presente em cada filial, o supervisor de TI coordena a equipe local, garantindo a execução das estratégias e operações de TI conforme as diretrizes estabelecidas pela sede. O supervisor também gerencia contratos, orçamentos, fornecedores, e é responsável por assegurar a conformidade com as normas de segurança da informação.
- Analista de TI: O analista de TI é responsável pelo desenvolvimento e manutenção dos sistemas de informação hospitalar, integrando diferentes sistemas para garantir a interoperabilidade e atendendo aos requisitos de negócios através de especificações técnicas. Este cargo colabora estreitamente com a equipe para otimizar processos e soluções de TI.
- Técnicos de Suporte de TI: Cada filial conta com uma equipe de técnicos de suporte, que prestam assistência técnica direta aos usuários, monitoram a infraestrutura de TI, realizam manutenções preventivas e corretivas, e asseguram o funcionamento contínuo dos sistemas hospitalares.

Atribuições e Responsabilidades

Gerente de TI Corporativo:

Liderança Estratégica e Planejamento:

- Desenvolver e implementar a estratégia de TI alinhada aos objetivos institucionais da organização.
- Identificar oportunidades de inovação tecnológica que agreguem valor aos hospitais e aprimorem os serviços prestados.
- Elaborar planos de curto, médio e longo prazo para a evolução da infraestrutura de TI, segurança e sistemas.

Gestão de Pessoas e Equipes:

- Supervisionar os Supervisores de TI, garantindo a distribuição eficiente das tarefas e a resolução de incidentes críticos.
- Promover o desenvolvimento contínuo da equipe de TI por meio de treinamentos e capacitações.
- Avaliar o desempenho dos membros da equipe, estabelecendo metas e acompanhando resultados.

Gestão de Infraestrutura e Suporte:

- Garantir a manutenção da infraestrutura tecnológica, incluindo servidores, redes, dispositivos de armazenamento e sistemas críticos.
- Supervisionar o uso de ferramentas de monitoramento, como Zabbix, para garantir a alta disponibilidade e desempenho dos serviços.
- Assegurar a execução de manutenções preventivas e corretivas dentro dos prazos estabelecidos.

Governança de TI e Compliance:

- Implementar e supervisionar políticas de segurança da informação, garantindo a conformidade com normas como a LGPD.
- Desenvolver e manter atualizado o Plano de Recuperação de Desastres (DRP) e o Plano de Continuidade de Negócios.
- Estabelecer processos de gestão de mudanças (GMUD) e controle de configurações para garantir a estabilidade dos serviços.

Gestão de Sistemas e Integração:

- Supervisionar a operação e integração dos sistemas utilizados, como Philips Tasy, BRGAAP, Bionexo, Bitti e Suite SA da Interact.
- Assegurar a interoperabilidade entre sistemas e a entrega contínua de melhorias funcionais.
- Apoiar os Analistas de TI na análise de requisitos de negócios e desenvolvimento de soluções tecnológicas.

Gestão de Fornecedores e Orçamento:

- Gerenciar contratos e fornecedores de TI, garantindo a entrega conforme os SLAs estabelecidos.
- Negociar acordos, revisar contratos e monitorar o desempenho dos fornecedores de serviços e soluções.
- Elaborar e controlar o orçamento da área de TI, assegurando o uso eficiente dos recursos financeiros.

Gestão de Incidentes e Escalonamento:

- Definir e supervisionar processos de escalonamento de incidentes críticos que não possam ser resolvidos pela equipe de suporte.

- Monitorar e analisar indicadores de desempenho de suporte (SLAs e KPIs), promovendo ações corretivas quando necessário.
- Garantir a documentação e comunicação dos principais incidentes e ações corretivas tomadas.

Comunicação e Relacionamento:

- Interagir com gestores de diferentes áreas para entender suas necessidades e propor soluções tecnológicas integradas.
- Comunicar mudanças, atualizações e projetos de TI para as partes interessadas, garantindo alinhamento e engajamento.
- Representar a área de TI junto à alta administração, apresentando relatórios de desempenho e propostas estratégicas.

Supervisor de TI:

- Coordenar a equipe de TI e distribuir tarefas conforme as prioridades do dia a dia.
- Planejar e implementar estratégias de TI alinhadas aos objetivos da organização.
- Gerenciar contratos, orçamentos e fornecedores, assegurando o uso eficiente dos recursos.
- Garantir a segurança da informação e a conformidade com normas e políticas internas.
- Interagir com gestores de outros setores para integrar soluções de TI às necessidades organizacionais.

Técnicos de Suporte de TI:

- Prestar suporte técnico aos usuários, abordando problemas de hardware e software.
- Monitorar e manter a infraestrutura de TI, incluindo redes e servidores.
- Realizar manutenções preventivas e corretivas em equipamentos e sistemas.
- Responder a chamados de serviço, solucionando problemas técnicos de maneira eficaz.
- Garantir o funcionamento contínuo dos sistemas críticos, especialmente os hospitalares.

Analista de TI:

- Desenvolver e manter sistemas de informação hospitalar, assegurando que atendam às necessidades operacionais e de gestão.
- Integrar diferentes sistemas de informação, garantindo a interoperabilidade e a eficiência operacional.

- Analisar requisitos de negócios e traduzir em especificações técnicas detalhadas.
- Colaborar com a equipe de TI para otimizar processos e desenvolver soluções que agreguem valor à organização.

Comunicação e Colaboração

A comunicação interna no setor de TI e com outros departamentos é facilitada pelo uso das ferramentas Microsoft 365, incluindo o MS Teams para comunicação instantânea e reuniões virtuais. O compartilhamento de documentos e a colaboração em projetos são centralizados nessas ferramentas, promovendo um ambiente de trabalho eficiente e integrado. Essas práticas garantem que a equipe de TI mantenha uma comunicação clara e eficaz, tanto internamente quanto com outros setores da organização.

Rotinas Administrativas

Procedimentos de Atendimento e Suporte Técnico

Todos os atendimentos de suporte técnico devem ser solicitados e atendidos por meio de um sistema de gestão de chamados. Este sistema permite o registro, acompanhamento e resolução de solicitações de suporte de forma organizada e eficiente. As solicitações são priorizadas de acordo com o impacto no funcionamento do hospital, com problemas críticos que afetam diretamente a operação recebendo prioridade máxima. Essa priorização é determinada por um acordo de nível de serviço (SLA) estabelecido entre o setor de TI e cada área ou departamento da organização.

Gestão de Incidentes e Problemas

Em situações em que problemas técnicos mais complexos são identificados, a equipe de suporte técnico tem a prerrogativa de escalonar o chamado para o Analista de Infraestrutura ou o Supervisor de TI, garantindo que especialistas mais experientes estejam envolvidos na resolução. Após a resolução do problema, um relatório detalhado é gerado, documentando o incidente e as ações tomadas. Este relatório é então anexado ao chamado no sistema, assegurando que o histórico completo do incidente esteja registrado para futuras consultas e análises.

Gestão de Mudanças

As mudanças nos sistemas e na infraestrutura de TI são gerenciadas por meio de um processo formal de Gestão de Mudanças (GMUD). Esse processo garante que todas as alterações sejam planejadas, revisadas e aprovadas antes de sua implementação, minimizando os riscos de interrupções inesperadas nos serviços. As mudanças são comunicadas aos usuários afetados, e testes são realizados para assegurar que a implementação ocorra de forma segura e controlada.

Gestão de Ativos de TI

A gestão dos ativos de TI, que inclui hardware, software, licenças e outros recursos tecnológicos, é realizada por meio de um sistema de inventário. Esse sistema permite o controle e o monitoramento dos ativos ao longo de todo o seu ciclo de vida, desde a aquisição até o descarte. O inventário é atualizado regularmente para garantir que todas as informações estejam precisas e que os ativos estejam sendo utilizados de forma eficiente e conforme as necessidades operacionais.

Documentação de Sistemas e Processos

A documentação dos sistemas e processos de TI é regida pela governança de TI corporativa. Isso significa que a documentação segue padrões estabelecidos que garantem consistência, clareza e acessibilidade. A documentação é um elemento crucial para a continuidade operacional, servindo como referência para a equipe de TI e outros colaboradores envolvidos, facilitando a manutenção e a evolução dos sistemas e processos.

Rotinas de Segurança

Backup e Recuperação de Dados

A política de backup é um elemento essencial da governança de TI, garantindo a proteção e a disponibilidade contínua dos dados. Os backups são realizados localmente e sincronizados em nuvem, seguindo um cronograma rigoroso:

- **Backup Full Mensal:** Um backup completo de todos os dados é realizado mensalmente, com retenção de 90 dias. Este backup serve como uma base sólida para qualquer restauração necessária.
- **Backups Incrementais Diários:** Além do backup completo mensal, backups incrementais são realizados diariamente, garantindo que todas as mudanças e novos dados sejam protegidos continuamente.

Em caso de necessidade de recuperação de dados, o processo se inicia com a restauração a partir do backup local. Se o backup local estiver comprometido ou inacessível, a restauração será realizada utilizando os dados armazenados na nuvem, garantindo a continuidade das operações.

Monitoramento e Auditoria

Para assegurar o funcionamento contínuo e seguro da infraestrutura de TI, ferramentas especializadas como Zabbix ou Nagios são utilizadas para o monitoramento contínuo dos sistemas. Essas ferramentas permitem a detecção precoce de problemas e a resposta rápida a qualquer incidente que possa comprometer a operação.

Além do monitoramento contínuo, são realizadas auditorias de segurança trimestrais. O protocolo de auditoria inclui:

- **Revisão Trimestral:** Uma auditoria completa da infraestrutura de TI é conduzida a cada três meses.
- **Ações Corretivas:** Qualquer falha ou vulnerabilidade identificada é imediatamente abordada com ações corretivas.
- **Relatórios de Progresso:** Após a implementação das ações corretivas, relatórios de progresso são gerados e a situação é reavaliada em 30 dias para garantir a eficácia das medidas tomadas.

Gestão de Acessos e Permissões

O controle de acesso aos sistemas e dados é feito através de um servidor de domínio, onde são implementadas políticas de senha forte para todos os usuários. A revisão de acessos é uma prática essencial para manter a segurança, e ocorre mensalmente, baseada em relatórios de colaboradores ativos fornecidos pelo setor de Recursos Humanos (RH). Este processo assegura que apenas pessoal autorizado tenha acesso aos recursos e dados necessários para o desempenho de suas funções.

Proteção Contra Ameaças

Para proteger a infraestrutura de TI contra ameaças cibernéticas, são implementadas as seguintes medidas de segurança:

- **Firewall:** Controla e monitora o tráfego de rede, bloqueando acessos não autorizados.
- **Antivírus:** Protege os sistemas contra malware e outras ameaças, realizando verificações regulares e atualizações automáticas.
- **Proxy:** Controla o acesso à internet, filtrando conteúdo e prevenindo acessos a sites maliciosos.

Resposta a Incidentes de Segurança

A resposta a incidentes de segurança é um processo crítico para mitigar riscos e proteger os dados e sistemas da organização. Quando um incidente é identificado:

- **Base de Conhecimento e Documentação:** A equipe de TI consulta a base de conhecimento e a documentação do sistema de chamados de TI para guiar as ações iniciais.

- **Apoio de Especialistas N3:** Se necessário, a equipe conta com o apoio de uma empresa contratada que fornece especialistas N3, altamente qualificados para lidar com incidentes complexos.
- **Responsabilidade:** O Supervisor de TI é responsável por liderar a resposta aos incidentes, com o suporte do Gerente de TI, quando necessário.

Essas rotinas de segurança são fundamentais para garantir a resiliência e a proteção contínua da infraestrutura de TI, assegurando que a organização possa operar com confiança e segurança.

Treinamento e Desenvolvimento

Capacitação da Equipe de TI

A capacitação contínua da equipe de TI é essencial para manter a organização na vanguarda das tecnologias e práticas do setor. Os principais objetivos dos programas de capacitação incluem:

- **Atualização de Conhecimentos Técnicos:** Assegurar que a equipe esteja sempre atualizada com as mais recentes tecnologias e soluções de TI.
- **Eficiência no Uso de Novas Tecnologias:** Facilitar a rápida adaptação e o uso eficiente de novas tecnologias implementadas na organização.
- **Aprimoramento de Habilidades:** Desenvolver habilidades críticas para a resolução de problemas e o suporte eficaz aos usuários.

Embora não exista um cronograma fixo para os treinamentos, eles são programados para ocorrer duas vezes ao ano. Essa periodicidade garante que a equipe não apenas mantenha suas habilidades afiadas, mas também esteja preparada para responder às mudanças dinâmicas do ambiente de TI.

Programas de Conscientização em Segurança

A conscientização em segurança da informação é crucial para todos os colaboradores da organização. Os programas de conscientização buscam:

- **Educar sobre Práticas de Segurança:** Ensinar práticas seguras de manuseio de dados e uso de sistemas, reduzindo assim os riscos de incidentes de segurança.
- **Promover uma Cultura de Segurança:** Cultivar uma cultura organizacional onde a segurança é prioridade, incentivando todos a agir de forma proativa na proteção da informação.

Estes programas são inclusivos, estendendo-se a todos os colaboradores da organização, não se limitando apenas à equipe de TI. A frequência desses programas é ajustada conforme as necessidades identificadas pela gestão, garantindo que as informações sejam atuais e relevantes.

Avaliação de Desempenho e Feedback

O processo de avaliação de desempenho e feedback relativo aos treinamentos é gerido pelo departamento de Recursos Humanos (RH), não estando dentro do escopo direto do setor de TI. No entanto, o RH trabalha em conjunto com o setor de TI para assegurar que os feedbacks dos treinamentos sejam integrados às práticas de desenvolvimento profissional e alinhados com as necessidades tecnológicas e operacionais da organização.

1.3.4. Apresentação de manual de normas e rotinas jurídicas e de gestão de pessoas.

Em atendimento ao item 134, informamos que o **Instituto Social Mais Saúde (ISMS)**, apresenta o **manual de normas e rotinas jurídicas**.

Manual de normas e rotinas jurídicas

Apresenta:

- 1) Manual de normas e rotinas jurídicas
- 2) Instrução de Trabalho - Gestão de ofícios das unidades

Manual de normas e rotinas gestão de pessoas

Apresenta:

- 1) Política Institucional de Gestão de Pessoas
- 2) Regulamento Interno do Instituto Social Mais Saúde (ISMS)
- 3) Manual de Procedimento - Rotina de Gestão de Pessoas

1.3.4.1. Manual De Normas E Rotinas Jurídicas

1-OBJETIVO

Este procedimento visa estabelecer as normas que compõem o MANUAL DE NORMAS E ROTINAS JURÍDICAS do Instituto Social Mais Saúde.

2-APLICAÇÃO

O MANUAL DE NORMAS E ROTINAS JURÍDICAS se aplica ao Departamento Jurídico e a todos os departamentos e projetos do Instituto Social Mais Saúde.

3-REFERÊNCIA NORMATIVA INTERNA

- Estatuto Social;
- Contratos de Gestão dos Projetos

4-DOCUMENTOS VINCULADOS: Lei Geral de Proteção de Dados

DEFINIÇÕES:

- Departamento Jurídico: área de apoio à gestão, subordinado diretamente à Diretoria Executiva e também vinculado à Assessoria de diretoria externa realizada por escritório independente.
- Assessoria de diretoria: atividade do Departamento Jurídico cujo objetivo é buscar soluções para a defesa dos interesses da Organização Social, observando sempre as legislações aplicadas.
- Consultoria Jurídica: atividade privativa do Departamento Jurídico e tem como característica a orientação, ou seja, o objetivo de aconselhar e orientar na resolução de problemas do ponto de vista jurídico.

Parecer: esclarecimento prestado por escrito acerca da orientação ou aconselhamento jurídico.

Colaboradores: Colaborador: são todos os servidores cedidos à entidade, em decorrência do contrato de gestão, cujo vínculo empregatício é regido pelo Estatuto do parceiro público;

Funcionário (ou empregado): de acordo com o artigo 3º da CLT, é considerado funcionário ou empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário.

DIRETRIZES

- Integra o Departamento Jurídico do Instituto Social Mais Saúde;
- Advogados, estagiários e assistente jurídico contratados via CLT;
- Assessoria de diretoria externa, contratada mediante contrato de prestação de serviços jurídicos.

Compete ao Departamento Jurídico:

- Prestar consultoria e assessoramento às demais áreas do Instituto Social Mais Saúde;

- Representar o Instituto Social Mais Saúde judicial e extrajudicialmente;
- Acompanhar processos em que o Instituto Social Mais Saúde seja parte;
- Manifestar-se nos assuntos demandados por outras áreas, quando necessário;
- Revisar editais de Licitação, preparar documentos e acompanhar procedimentos;
- Elaborar e/ou analisar minutas de atos, expedientes e normas;
- Emitir pareceres escritos sobre questões e matérias de natureza jurídica;
- Analisar e verificar conformidade de contratos e outros instrumentos a serem firmados em nome do Instituto Social Mais Saúde;
- Prestar consultoria aos Projetos de Gestão de Unidades de Saúde na esfera jurídica;

Compete aos Advogados contratados:

- Estudar os normativos, políticas e procedimentos operacionais do Instituto Social Mais Saúde, acompanhando as operações da Entidade;
- Orientar quanto a aplicação da legislação vigente em relação às atividades do Instituto Social MaisSaúde;
- Acompanhar e realizar análises dos documentos e do cumprimento das obrigações estatutárias do Instituto Social Mais Saúde;
- Prestar consultoria jurídica aos Projetos — Contratos de Gestão sob responsabilidade do Instituto Social Mais Saúde;
- Prestar consultoria e assessoramento e emitir parecer às consultas;
- Reportar à Assessoria de diretoria terceirizada do Instituto Social Mais Saúde;
- Elaborar minutas de documentos, quando demandado;
- Analisar e verificar a conformidade de todos os contratos e outros instrumentos jurídicos firmados em nome do Instituto Social Mais Saúde, inclusive, no que diz respeito as orientações contidas na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD);
- Acompanhar reuniões quando demandado;
- Observar as orientações da Presidência, Diretoria Financeira, Conselho de Administração;

- Organizar os arquivos pertinentes à área jurídica.

Compete à Assessoria de diretoria terceirizada:

- Prestação de serviço de consultoria e assessoria de diretoria sobre demandas do Instituto Social Mais Saúde relativas às seguintes áreas: estatutária, trabalhista, cível, tributário, prestação de contas de recursos públicos, interposição de ações e defesas perante os Órgãos da Administração Pública, inclusive o judiciário, conforme especificado em contrato;

Elaborar minutas de documentos e emitir pareceres jurídicos;

Analisar normativos, políticas, procedimentos e projetos do Instituto Social Mais Saúde, quando demandado, conforme especificado em contrato;
- Acompanhar reuniões, quando demandado, conforme especificado em contrato.

As consultas jurídicas ao Departamento Jurídico devem ser feitas pelos gestores de cada departamentodo Instituto Social Mais Saúde, pelos líderes de cada projeto sob gestão, além da Presidência, Diretor Financeiro.

Com o objetivo de maior celeridade dos processos administrativos, o envio de material para análise e parecer jurídico deverá ser feito através dos e-mails:

juridico@ismsaude.org.br,

juridico1@ismsaude.org.br

e

juridico2@ismsaude.org.br

São passíveisde análise pelo Departamento Jurídico:

- minutas de editais de chamamento público;
 - minutas de contratos e de seus termos aditivos;
 - minutas de convênios, instrumentos congêneres e de seus termos aditivos;
 - minutas de termos de ajustamento de conduta, de termos de compromisso e instrumentos congêneres; e minutas de editais de concurso ou de processo seletivo, quando for o caso;
 - expedientes e normas da Entidade;
- Atas, contratos e relatórios.

Resposta de ofícios demandados pelos entes federativos e autoridades, vinculados aos projetos sob responsabilidade do Instituto Social Mais Saúde.

A gestão do Instituto Social Mais Saúde poderá solicitar a análise jurídica prévia de outros atos, documentos e procedimentos pelo Departamento Jurídico. Quando a matéria tratada requerer orientação administrativa para sua eficácia, além da manifestação jurídica, esta ficará condicionada à sua anuência pelo Conselho de Administração, Presidência, Diretoria Financeira, conforme competências de alçada para sua aprovação.

Encaminhamentos:

- As consultas jurídicas devem ser encaminhadas, preferencialmente, por escrito via e-mails.
- Os documentos internos que necessitam de parecer jurídico como minutas de contrato, contratos e editais de licitação e processos seletivos devem ser encaminhados pelos gestores de cada área e pelos líderes de cada projeto sob gestão;
- As demandas recebidas pelo Departamento Jurídico serão analisadas e respondidas conforme fluxo de trabalho e prioridades sinalizadas;

Todos os pareceres e respostas emitidas pelo Departamento Jurídico (Advogados e Assessoria de diretoria Terceirizada) deverão obrigatoriamente serem arquivadas na rede interna do **Instituto Social Mais Saúde**, na pasta JURÍDICO.

Nos pareceres jurídicos deverão constar a assinatura e o número da OAB do(s) advogado(s) responsável(eis) por sua elaboração, conforme artigo n. 31 da Lei 8.906/1994 (Estatuto da OAB), devendo o(s) mesmo(s) dar(rem) conhecimento aos demais advogados do setor.

As consultas jurídicas encaminhados ao Setor Jurídico devem estar instruídas, no mínimo, com: esclarecimentos da área técnica demandante e/ou descrição minuciosa da solicitação com detalhamento e caracterização da dúvida jurídica a ser dirimida, além de eventuais documentos que facilitem a compreensão e o exame da matéria.

As alterações em minutas padrão e de contratos de pessoa jurídica e pessoa física deverão ser previamente submetidas à apreciação do Departamento Jurídico, conforme competências, com destaque das disposições que se pretende modificar, e instruídas com as respectivas justificativas.

Os pedidos de urgência e prioridade serão atendidos pelo Departamento Jurídico sempre que não houver risco de comprometimento da segurança jurídica ou da higidez da manifestação jurídica.

A consulta jurídica será respondida pelo Departamento Jurídico, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas, salvo comprovada necessidade de maior prazo; outros prazos firmados no contrato da Assessoria de diretoria terceirizada.

O Departamento Jurídico e demais colaboradores devem prezar pela exatidão e confidencialidade (quando for o caso) das informações contidas nos sistemas internos, contratos, peças, pareceres, consultas ou qualquer outro documento. O Departamento Jurídico e demais colaboradores devem buscar soluções que atendam e satisfaçam os interesses do Instituto Social Mais Saúde, sempre respeitando a ética e a legalidade.

DO FLUXO DOS PEDIDOS

- Encaminhamento do pedido ao Departamento Jurídico do Instituto Social Mais Saúde;
- As respostas dadas às consultas devem ser encaminhadas ao solicitante, com cópia ao superior imediato, quando aplicável;
- As respostas dos ofícios e pareceres devem estar enumeradas cronologicamente;
- Os pareceres emitidos pela assessoria terceirizada devem ser encaminhadas ao Departamento Jurídico que fará o envio e arquivamento em pasta própria.

1.3.4.2. Instrução De Trabalho - Gestão De Ofícios Das Unidades

1. Objetivo:

Estabelecer o fluxo de envio e recebimento de ofícios e documentos, direcionados ou expedidos pelas unidades.

2. Executantes:

Assessoria de diretoria das unidades e demais setores que recebem ou encaminham ofícios e documentos.

3. Formulários Necessários:

Não se aplica.

4. Materiais e Equipamentos:

Não se aplica.

5. Descrição do Procedimento:

5.1. Recebimentos ou Envio de Ofícios e suas respostas:

5.1.1. Todos os ofícios, requerimentos, notificações e documentos endereçados a unidade, deverão ser protocolados junto a Assessoria de diretoria. Aos finais de semanas e feriados, de forma excepcional serão entregues na recepção da unidade, que poderá encaminhar imediatamente de forma digital e no dia útil seguinte protocolar fisicamente.

5.1.2. Após o recebimento, os documentos físicos serão scaneados e para os digitais (recebidos via e-mail ou processo eletrônico) será feito o download, os documentos serão salvos na pasta digital de acordo com o mês de referência e registrado na planilha de acompanhamento de ofícios e documentos.

5.1.3. Os ofícios/documentos serão avaliados pela assessoria de diretoria, de acordo com os temas e serão encaminhados aos setores responsáveis por subsidiar a resposta, no prazo de 24h do recebimento, com exceção dos ofícios e documentos recepcionados após o horário de trabalho da assessoria da unidade, e os recebidos em finais de semana e feriados.

5.1.4. Os setores responsáveis pela elaboração das respostas deverão encaminhá-las, no prazo estabelecido, preferencialmente por e-mail, juntamente com os anexos, se houver, para os endereços de e-mail das assessorias. Caso, no prazo estabelecido, não consigam subsídios para elaboração da resposta, devem encaminhar como resposta, para os endereços de e-mail das assessorias, o pedido de prorrogação de prazo, indicando qual o prazo necessário para resposta.

5.1.5. No e-mail encaminhado pelos setores deverão conter as informações sobre o ofício/documento, conforme abaixo:

Assunto do e-mail:

- PRIORIDADE (QUANDO FOR CASO) | DOCUMENTO | PROCESSO | DEMANDANTE | ASSUNTO OU PALAVRA-CHAVE (NOME DO PACIENTE OU COLABORADOR).

Exemplos:

- URGENTE - PRAZO DE 24h | OFÍCIO nº 111/2019 | PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO | MPPA | FULANO XXX;
- URGENTE | PARECER JURIDICO | IMAGEM | MPT | FULANO XXX;
- SOLICITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO | DP | COLABORADOR AFASTADO INSS | FULANO XXXX;
- URGENTE | SOLICITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO | POSSÍVEL FALHA | PACIENTE FULANO XXXX.

Nota 1: O assunto do e-mail já deve indicar a prioridade das tratativas, bem como facilite em possíveis buscas de históricos.

Nota 2: O assunto deve ser adaptado conforme a demanda.

Nota 3: Informar sempre que for urgente ou de atendimento imediato.

Corpo do e-mail:

Documento: (adaptar conforme o caso: Ofício | Mandado | Citação | Notificação | Carta, entre outros)

Recebido em: (data do recebimento)

Processo: (adaptar conforme o caso: Notícia de Fato, Procedimento Administrativo | SIMP | Carta Precatória, entre outros)

Processo nº: (quando mencionado no documento).

Prazo: (quando mencionado no documento).

Objeto: (adaptar conforme o caso: Ex.: Solicita prontuário de XXXXX | Esclarecimentos acerca do noticiado | Notifica que a audiência foi designada para xx/xx/xxxx às xxhxx, entre outros)

Considerações do setor: (adaptar conforme o caso: Ex.: Segue minuta para avaliação | Solicito orientação de como proceder | Segue para providências, entre outros)

Observações: (informação que o setor considere importante avisar)

Nota 4: Os campos em negrito devem ser informados no e-mail.

Nota 5: Os setores são integralmente responsáveis pelas informações que colocarem nas respostas aos ofícios/documentos afins.

5.1.6. No ato do recebimento dos subsídios, a assessoria de diretoria deve elaborar e encaminhar a minuta dos ofícios, com os documentos pertinentes, para avaliação da Diretoria Jurídica - Sede, nos termos da Circular 001/2025.

5.1.7. Depois de avaliados pela Diretoria Jurídica - Sede, os ofícios deverão ser imediatamente numerados, assinados pelo Diretor Geral da unidade e posteriormente enviados para protocolo.

Nota 6: Nenhuma resposta/ofício poderá sair da unidade sem assinatura do Diretor Geral.

5.1.8. Depois de protocolados, o protocolo será incluso na pasta digital e será dado baixa na planilha de acompanhamento de ofícios.

5.1.9 Ao solicitarem envio de ofícios a serem expedidos pela unidade, os setores devem solicitar a confecção via e-mail, juntamente com os anexos, se houver, pelos endereços de e-mails das assessorias. Caso o ofício tenha prazo para protocolo, o setor deverá encaminhar com 6 (seis) dias de antecedência do prazo para protocolo, pois o prazo da sede para avaliação é de 5 (cinco) dias. Em casos de **situações de urgência** (fatos excepcionais, fora da rotina do setor) em que não há como aguardar o prazo de 6 (seis) dias deverá ser indicado no corpo do e-mail esta situação de urgência, bem como deve ser ligado para o ramal da Assessoria de Diretoria para explicar a excepcionalidade, para que se possa solicitar urgência na avaliação junto à Sede.

6. Observações:

Não se aplica.

7. Notas de Revisão:

Não se aplica.

8. Referências:

Manual de Normas e Rotinas Jurídicas das Unidades.

Manual Institucional da Diretoria Jurídica;

Ofício Circular 001/2025;

Código de Integridade;

Estatuto do Instituto Social Mais Saúde;

Contrato de Gestão;

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
GP - Sede Administrativa	Gerência Corporativa Qualidade e Seg.Paciente	Diretoria Executiva	mês/2025	mês/2025

1.3.4.3. *Política Institucional – Gestão de Pessoas*

1– OBJETIVO

A Política Institucional de Gestão de Pessoas, tem como amparar as diretrizes institucionais do Instituto Social Mais Saúde, através das melhores práticas de gestão de recursos humanos, especialmente para assegurar o cumprimento normativo, a eficiência na contratação, o desenvolvimento contínuo de seus empregado

s e prestadores de serviços bem como as condições de trabalho e saúde de todos.

2– ABRANGÊNCIA

Esta política aplica-se a Sede Administrativa e todas as unidades administradas e geridas pelo Instituto Social Mais Saúde, abrangendo todos os seus empregados, estagiários, residentes, prestadores de serviços e aprendizes.

3– DESCRIÇÃO

A política de gestão Pessoas no instituto Social possui como diretrizes:

- Estabelecer critérios e assegurar o recrutamento e seleção de pessoas internas ou externas com as competências necessárias para os cargos disponíveis de forma ética e imparcial, observando legislações aplicáveis;
- Desenvolver e implementar o modelo de Integração de novos empregados, para promover o Instituto, missão, valores, visão, cultura, políticas, manuais, normas e condutas, conhecimentos relativos à Sede e filiais de interesse;
- Desenvolver e implementar ações para assegurar o desenvolvimento de planos de carreiras e de avaliação de desempenho dos empregados;
- Estabelecer critérios para organização e processos de cargos, funções, remuneração e benefícios, observando as normativas legais;
- Estabelecer critérios e processos para assegurar o cumprimento das melhores práticas relacionadas à administração e gestão de pessoal para efetivar a contratação, registro de ponto, salário, benefícios, férias, demissão, folha de pagamento etc., em conformidade com as legislações que norteiam as relações de trabalho;
- Desenvolver e implementar regras documentadas acerca das relações no ambiente de trabalho, medidas disciplinares, confidencialidade e normas de conduta dos colaboradores, de forma objetiva e impessoal;
- Estabelecer critérios e processos para assegurar a observância e o cumprimento de processos e práticas relacionadas ao Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, medicina do trabalho, saúde ambiental e mental do trabalhador;
- Desenvolver e implementar ações para assegurar o engajamento, desenvolvimento e motivação de equipes;
- Metodologias para pesquisa de clima organizacional e ainda, desenvolver ações para melhorias contínuas;
- Estabelecer e implementar medidas relacionadas à prevenção e ao combate de todas as formas de discriminação e assédio dentro do ambiente de trabalho;
- Implementar e estabelecer critérios para manutenção de cultura de comunicação e feedback constante dos empregados;
- Estabelecer critérios e implementar processos para identificação e desenvolvimento de novas lideranças.
- Estabelecer critérios e processos para definições e aplicabilidade de medidas

disciplinas.

- Organizar e monitorar as condições de trabalho e saúde dos empregados e prestadores de serviços.

4- DOCUMENTOS RELACIONADOS

Estatuto Social ISMS

IT – Avaliação de Desempenho

IT – Pesquisa de Clima

IT – Recrutamento e Seleção

Regulamento de
Contratação de
Pessoas Código
de conduta

Constituição Federal

Consolidação das
Leis Trabalhistas
Convenções
coletivas

Legislação Previdenciárias

Normas Regulamentadoras e Legislação Trabalhista da Receita Federal

5- HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão inicial.

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data elaboração:	Data revisão:
Gerência Administrativa RH Corporativo	Gerência da Qualidade e Segurança do Paciente Corporativo	Conselho de Administração	10/04/2023	10/04/2026

1.3.4.4. Regulamento Interno Do Instituto Social Mais Saúde (Isms)

Introdução

O presente Regulamento Interno é parte integrante do contrato individual de trabalho dos colaboradores do Instituto Social Mais Saúde (ISMS). Este documento tem como objetivo principal esclarecer as regras e condições indispensáveis para garantir a harmonia e a cooperação entre todos que integram o ISMS, promovendo um ambiente de trabalho produtivo, ético e respeitoso. Com base na missão, visão e nos valores institucionais da instituição, buscamos criar um entendimento claro das obrigações e direitos, contribuindo para o cumprimento das metas coletivas e do compromisso com a saúde pública de qualidade.

Desenvolvido em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e o Código de Integridade do ISMS, este regulamento estabelece diretrizes que orientam as relações entre o Instituto e seus colaboradores. As normas aqui dispostas abrangem desde aspectos relacionados à conduta no ambiente de trabalho. Além disso, reforçam o compromisso com a ética, a transparência e a legalidade, elementos essenciais para o sucesso das atividades desenvolvidas em parceria com a administração pública.

É fundamental destacar que o respeito mútuo, a colaboração e o alinhamento às políticas institucionais são pilares para a construção de um ambiente profissional saudável e eficiente. Este regulamento também visa prevenir conflitos, orientar a tomada de decisões e fomentar o sentimento de pertencimento entre os colaboradores. Assim, todos os integrantes do ISMS são convidados a conhecer, compreender e seguir as normas aqui dispostas, de modo a assegurar a harmonia necessária para o cumprimento da nossa missão, visão e valores.

Reiteramos que o Regulamento Interno é um instrumento indispensável para fortalecer a cultura organizacional do ISMS, alinhando expectativas e responsabilidades de forma clara e objetiva. Sua aplicação constante e rigorosa não apenas garante o cumprimento das disposições legais e institucionais, mas também promove a integração de valores éticos e profissionais no dia a dia da instituição.

O presente Regulamento Interno entra em vigor na assinatura do aditivo contratual para aqueles empregados já pertencentes aos quadros do ISMS e, para os demais, a partir da data da sua admissão, e permanece em vigor durante todo o contrato de trabalho, não podendo o empregado alegar o desconhecimento das regras aqui contidas.

CAPÍTULO I

Da Contratação

Art. 1 - A contratação e o desligamento dos colaboradores são atribuições exclusivas da gestão do Instituto Social Mais Saúde (ISMS).

Art. 2 - A contratação de colaboradores está sujeita à realização de avaliações técnicas e exames médicos, mediante a entrega dos documentos solicitados nas fases de recrutamento e seleção previstas no Regulamento de Contratação de Recursos Humanos, desenvolvido especificamente para esse propósito e em conformidade com as Diretrizes da Política Institucional de Gestão de Pessoas.

Art. 3 - A contratação definitiva do colaborador será confirmada após a conclusão do período de experiência, formalizado por meio de um Contrato de Experiência, que poderá ser renovado, respeitando o limite de 90 (noventa) dias, de acordo com a CLT. Ao término desse período, o contrato poderá ser convertido em Contrato por Prazo Indeterminado, exceto nos casos de contratos por prazo determinado, cuja duração será previamente acordada entre as partes.

CAPÍTULO II

Das Responsabilidades, Compromissos e Deveres do Colaborador

Art. 4 - Todo colaborador, além das disposições contratuais e legais, deve atender as seguintes disposições, com rigor:

- a. Honrar os compromissos assumidos no contrato de trabalho, desempenhando suas funções com cuidado, cooperação, dedicação e competência profissional;
- b. Cumprir prontamente e com respeito as ordens e instruções recebidas de superiores hierárquicos e chefias diretas;
- c. Apresentar sugestões para aprimorar a eficiência dos serviços e comunicar de imediato qualquer irregularidade de que tenha conhecimento;
- d. Manter a disciplina no ambiente de trabalho, zelando pela organização, limpeza e conservação do ambiente e demais áreas da instituição;
- e. Realizar as refeições exclusivamente no espaço designado para tal, respeitando o horário estabelecido para esse fim;
- f. Cuidar da preservação de instalações, equipamentos, ferramentas e outros materiais sob sua responsabilidade, relatando eventuais anomalias observadas, além de evitar o desperdício de recursos como materiais, energia e água;
- g. Conduzir-se, tanto na vida profissional quanto pessoal, de forma condizente com a dignidade do cargo e com a imagem da instituição;
- h. Cumprir todas as normas de segurança, utilizando adequadamente os equipamentos de proteção individual ou coletiva fornecidos (como máscaras, luvas e outros), evitando acidentes pessoais e com terceiros, bem como participar de treinamentos e reuniões sobre prevenção de acidentes e emergências; comparecer a aulas ou reuniões de instrução

sobre prevenção de acidentes, combate a incêndio, inundações, dentre outros;

- i. Utilizar o crachá fornecido pela instituição como identificação, cuidando de sua conservação e uso correto;
 - j. Evitar utilizar o endereço profissional para receber correspondências e objetos de uso pessoal;
 - k. Cooperar plenamente com a instituição e com os colegas de trabalho, cultivando um ambiente de respeito mútuo e compromisso coletivo na execução das tarefas alinhadas aos objetivos e valores do ISMS;
 - l. Para colaboradores de unidades hospitalares, guardar seus pertences pessoais nos armários fornecidos antes do registro de ponto, sendo proibido armazenar objetos de valor, como joias, dinheiro ou dispositivos eletrônicos pessoais;
 - m. Tratar com respeito a honra, a reputação e a integridade física de todas as pessoas com quem interagir no exercício de suas funções;
 - n. Trabalhar com atenção e cuidado para evitar danos e prejuízos materiais;
 - o. Reparar os prejuízos causados ao empregador em razão de má utilização, dolo ou culpa (como negligência, imprudência, imperícia ou omissão), assumindo a responsabilidade nas seguintes situações:
 - I. retenção indevida de valores e/ou objetos sob sua responsabilidade;
 - II. danos ou avarias em bens do empregador que estejam sob sua guarda, uso ou fiscalização;
 - III. prática de erro de cálculo intencional que prejudique o empregador; e
 - IV. multas de trânsito decorrentes de conduta imprópria ao dirigir, bem como os pontos registrados em sua Carteira Nacional de Habilitação – CNH.
- §1º** - A responsabilidade administrativa não exclui o empregado da responsabilidade civil ou penal que possa ser aplicada.
- § 2º** - Os valores referentes a indenizações ou ressarcimentos por prejuízos causados serão descontados dos salários, observando rigorosamente as disposições legais previstas na legislação trabalhista vigente.
- p. Tratar os demais colegas de trabalho com respeito e consideração, adotando condutas adequadas ao ambiente profissional, que sigam padrões de cortesia e civilidade, evitando comportamentos como brincadeiras inapropriadas, tumultos, gritos, boatos, desordens e o uso de linguagem ofensiva;

- q. Usar corretamente o uniforme fornecido pelo empregador e apresentar-se ao trabalho com vestimenta apropriada e em condições adequadas de higiene pessoal, respeitando as orientações previstas no regulamento interno.
- r. Promover e incentivar o cumprimento das normas estabelecidas neste regulamento, bem como a responsabilidade de todos em segui-las;
- s. Informar prontamente ao empregador qualquer suspeita ou conhecimento de conduta que esteja em desacordo com os princípios deste regulamento, Código de Integridade e demais documentos institucionais;
- t. Participar dos cursos de capacitação, treinamento e aperfeiçoamento nos quais for requerido pelo empregador;
- u. Submeter-se ao Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), incluindo vacinações, tratamentos e outras medidas preventivas, sempre que convocado ou designado;
- v. Atualizar junto ao Departamento de Recursos Humanos quaisquer informações cadastrais relevantes, como mudança de endereço, nascimento de filhos, alteração de dependentes, estado civil, nome (em casos de casamento, separação ou divórcio) e grau de escolaridade;
- w. Usar aparelhos de telefonia celular nas dependências do empregador de maneira responsável e com bom senso, desde que autorizado pelo gestor do setor, podendo o empregador restringir ou proibir o uso em determinadas áreas, conforme necessidade.
- x. Cumprir a Política de Gestão Ambiental adotada pelo empregador e seguir as diretrizes estabelecidas para a preservação do meio ambiente, incluindo a prevenção da poluição, o descarte adequado de materiais e o uso consciente de recursos, como papel e impressões;

CAPÍTULO III

Da jornada e da marcação de ponto

Art. 5 – O horário de trabalho será determinado conforme as necessidades específicas de cada setor do ISMS e de suas unidades, podendo ser ajustado sempre que necessário, desde que respeitadas as normas legais vigentes e/ou as disposições de acordos ou convenções coletivas.

Art. 6 - O empregado deve cumprir rigorosamente o horário estipulado em seu contrato de trabalho e realizar o registro de ponto, exceto para as funções previstas no artigo 62, inciso II, da CLT (como diretores, gerentes, coordenadores e similares), estagiários e ocupantes de cargos de confiança.

Art. 7 - A jornada de trabalho do ISMS será, como regra geral, de até 44 horas semanais, salvo para funções regidas por legislação específica ou normas coletivas. O trabalho diário será contínuo, respeitando os intervalos determinados pelo empregador e os horários indicados no contrato, independentemente do horário de entrada ou saída do colaborador.

Art. 8 - Os empregados deverão estar em seus postos no início da jornada. Pequenas variações de até 5 (cinco) minutos no registro de ponto, desde que não excedam 10 (dez) minutos diários, não serão descontadas.

Parágrafo único: A saída antecipada do local de trabalho antes do término da jornada só será permitida com autorização prévia.

Art. 9 - A prorrogação do horário de trabalho poderá ocorrer, sem necessidade de acordo prévio, em situações de necessidade imperiosa de serviço, força maior ou viagens. O empregado estará obrigado a cumprir as horas adicionais, observando as normas legais aplicáveis.

Art. 10 – O horário de trabalho deve ser rigorosamente respeitado, cabendo ao empregado registrar pessoalmente o ponto, seja eletrônico, manual ou em livro ponto, no início e no término da jornada.

§ 1º O intervalo intrajornada será previamente indicado no cartão de ponto, dispensando marcações adicionais, conforme disposto no artigo 71, §2º, da CLT.

§ 2º A dispensa de registro de ponto poderá ser concedida, em caráter excepcional e temporário, a critério do empregador, em casos como teletrabalho, sem eximir o empregado da obrigação de cumprir o horário estabelecido.

§ 3º Qualquer erro no registro de ponto deve ser comunicado imediatamente ao gestor direto, sendo vedadas rasuras, emendas ou alterações.

§ 4º A jornada de trabalho, conforme indicado no contrato, geralmente contempla regime de compensação de horas, em conformidade com o artigo 59, §2º, da CLT.

Art. 11 - Registrar o ponto para outro empregado ou adulterar registros de ponto constitui falta grave e má-fé, sujeitando infratores e solicitantes à demissão por justa causa.

Art. 12 - A ausência de registro de ponto poderá resultar na não contabilização do tempo de trabalho, incluindo eventuais horas extras.

§ 1º - A realização de horas extras somente será permitida com autorização expressa do gestor imediato.

Art. 13 - O tempo gasto pelo empregado entre sua residência e o local de trabalho, bem como no retorno, seja a pé ou por qualquer meio de transporte, não será contabilizado como jornada

de trabalho, conforme o artigo 58, §2º, da CLT, não gerando responsabilidade do empregador por acidentes de trajeto.

Art. 14 – Empregados em viagens a trabalho somente terão direito a horas extras pelo período que, fora de sua jornada regular, estiverem à disposição do empregador executando ou aguardando ordens.

- a) Durante viagens, o empregado deverá registrar manualmente os horários de trabalho, entregando as anotações ao gestor responsável para lançamento no sistema ou registrá-los em sistema de ponto através de aplicativo disponibilizado.
- b) O registro deverá incluir apenas os períodos efetivamente dedicados ao trabalho ou em trânsito a serviço do empregador.
- c) O tempo de descanso no hotel ou períodos de folga, mesmo fora do horário habitual, não será considerado jornada de trabalho, visto que o empregado dispõe de liberdade para atividades pessoais, independentemente da localização.

CAPÍTULO IV

Dos Atestados Médicos

Art. 15 – Todo atestado médico deverá ser entregue ao SESMT/RH, no prazo de até 48 horas corridas a partir da data de sua emissão, preferencialmente contendo o CID ou o laudo médico, desde que autorizado pelo colaborador:

§ 1º - Os atestados médicos devem especificar o período necessário de afastamento para a recuperação total do paciente, incluir o diagnóstico (quando autorizado pelo colaborador), e conter informações claras e legíveis, com identificação completa do profissional emissor, assinatura e carimbo ou número de registro no Conselho Regional de Medicina.

§ 2º - Para justificar a ausência do colaborador por motivo de doença, serão aceitos somente atestados emitidos por médicos ou odontólogos.

§ 3º - Na impossibilidade de entrega do atestado médico no prazo estipulado, será aceito o envio do atestado digitalizado por e-mail ou *WhatsApp*, com a condição de que o documento original seja entregue no primeiro dia útil em que o colaborador puder retornar ao trabalho.

§ 4º - Declarações de comparecimento para consultas ou exames médicos/odontológicos justificam apenas a ausência do empregado, não sendo aplicável o abono da falta.

§ 5º - A apresentação de atestado de "acompanhante" dará direito apenas ao número de dias de abono estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho vigente.

Art. 16 – Em afastamentos superiores a 15 dias, o colaborador deverá comparecer ao SESMT, munido do laudo do especialista, para avaliação pelo Médico do Trabalho. Caso seja considerado inapto para o retorno ao trabalho, deverá entregar o crachá de identificação e o uniforme.

Art. 17 – A apresentação de atestado médico adulterado e/ou a apresentação de atestado que não seja emitido por profissional devidamente credenciado e apto para tanto, será considerada falta grave cometida pelo empregado, passível de eventual rescisão do contrato de trabalho por justa causa.

CAPÍTULO V

Das Faltas, Ausências, Atrasos e Afastamentos

Art. 18 – O colaborador que tiver sido afastado do trabalho e liberado pelo INSS como apto para retornar, deverá, no primeiro dia de seu retorno, apresentar um laudo do especialista ao Médico do Trabalho para avaliação e emissão do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) de retorno.

Art. 19 – O empregado que se atrasar, sair antes do fim da jornada ou faltar por qualquer motivo deverá fornecer uma justificativa ao Departamento de Recursos Humanos.

§ 1º - O empregado que precisar se ausentar por motivo de doença ou tratamento dentário deverá solicitar autorização para saída e, ao retornar, apresentar o atestado médico ou odontológico que justifique sua ausência.

§ 2º - O empregado deve, preferencialmente, diligenciar para que as consultas médicas e os tratamentos dentários agendados antecipadamente sejam marcados para horários que não coincidam com a jornada de trabalho. Se necessário, poderá contar com o apoio do Departamento de Recursos Humanos.

§ 3º - O empregado que precisar acompanhar filho menor a consultas médicas ou odontológicas deverá solicitar autorização prévia e, ao retornar, apresentar o atestado médico de acompanhante.

§ 4º - O empregado deverá avisar, ou providenciar o aviso por qualquer meio, sobre os dias em que não poderá comparecer ao serviço por motivo de doença ou força maior, com antecedência no caso de previsão da falta, ou, se imprevisível, no início do dia em que ocorrer.

§ 5º - Considera-se força maior o evento alheio à vontade do empregado, que não pode ser previsto ou evitado, impossibilitando-o de cumprir suas obrigações.

§ 6º - O Empregador realizará o desconto salarial referente aos períodos de atraso, saída antecipada ou faltas não justificadas, sem prejuízo das penalidades previstas pela legislação, exceto nos casos de faltas amparadas por previsão legal.

§ 7º - O empregado que não cumprir integralmente a jornada de trabalho semanal, sem justificativa, não terá direito à remuneração correspondente ao descanso semanal remunerado.

Art. 20 – A compensação de faltas ou atrasos injustificados será permitida somente com autorização prévia do supervisor e conforme a conveniência da instituição, podendo ocorrer de uma das seguintes formas:

- a) Ao final do expediente;
- b) Em outro dia da semana;
- c) Na unidade que adote o sistema de banco de horas, utilizando o recurso do Banco de Horas, sendo que a hora negativa (devedora) deve ser compensada antes de qualquer desconto ou autorização de horas extras;

Art. 21 – O empregado terá direito a se ausentar do trabalho, sem prejuízo da remuneração, nas seguintes situações e prazos, ressalvados prazos maiores em instrumentos coletivos:

- a) Falecimento de cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que viva sob sua dependência econômica, conforme registrado na carteira de trabalho, com a devida comprovação por certidão de óbito: até 2 (dois) dias consecutivos;
- b) Casamento, com comprovação pela certidão de casamento: até 3 (três) dias consecutivos;
- c) Nascimento de filho, no caso do pai, durante a primeira semana após o nascimento, com comprovação pela certidão de nascimento: até 5 (cinco) dias úteis e consecutivos;
- d) Doação voluntária de sangue, com comprovação do ato: 1 (um) dia, a cada 12 (doze) meses de trabalho;
- e) Alistamento eleitoral, conforme a legislação específica: até 2 (dois) dias consecutivos ou não;
- f) Cumprimento de exigências do Serviço Militar, conforme a Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964: pelo tempo necessário;
- g) Exame vestibular para ingresso em instituição de ensino superior, com prévia notificação de, no mínimo, 72 horas de antecedência: pelos dias necessários;
- h) Comparecimento a juízo, com comprovação por declaração oficial: pelo tempo necessário;
- i) Participação em reuniões sindicais ou internacionais, como representante de entidade sindical: pelo tempo necessário;

- j) Consultas médicas e exames durante a gravidez de esposa ou companheira, com comprovação: até 2 (dois) dias;
- k) Consulta médica de filho menor de 6 anos, com comprovação: 1 (um) dia por ano;
- l) Licenciamento compulsório por motivo de maternidade ou aborto, com atestado médico e conforme a legislação do salário-maternidade: pelos dias exigidos;
- m) Acidente de trabalho ou enfermidade atestada pelo INSS: até 48 horas após o acidente;
- n) Suspensão preventiva para sindicância, inquérito administrativo ou prisão preventiva, quando absolvido ou impronunciado: pelo tempo necessário;
- o) Mesas receptoras ou juntas eleitorais, quando nomeado ou requisitado pela Justiça Eleitoral: dobro dos dias de convocação;
- p) Licença maternidade para funcionária gestante, conforme convenção coletiva ou legislação vigente: 120 (cento e vinte) dias;
- q) Faltas por motivos de saúde, com atestado médico (incluindo odontológicos), conforme Decreto 27.048/49 e portarias MPAS 3.291/84 e 3.370/84: até 48 horas após o afastamento;
- r) Exames preventivos de câncer, com comprovação: até 3 (três) dias a cada 12 (doze) meses de trabalho;

§ 1º - O Empregador reserva-se o direito de solicitar a validação dos atestados apresentados pelo médico do convênio e encaminhar o empregado ao Médico do Trabalho para avaliação do estado de saúde.

§ 2º - O empregado que se afastar por doença pelo INSS por 3 meses ou mais ou se ausentar para cumprir exigências do Serviço Militar, perde o direito ao benefício do Vale Alimentação durante o período de afastamento, que será restabelecido no mês subsequente ao retorno do empregado ao trabalho.

CAPÍTULO VII

Da Remuneração

Art. 22 – O ISMS efetuará o pagamento da remuneração dos empregados até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte, conforme estabelecido pela legislação, em moeda corrente ou por meio de depósito em conta bancária aberta especialmente para esse fim.

§ 1º - Caso haja quaisquer erros ou discrepâncias, o Departamento de Recursos Humanos deve ser informado no primeiro dia útil após o pagamento.

CAPÍTULO VII

Das Férias

Art. 23 – As férias serão concedidas, como regra geral, dentro de 12 (doze) meses após o empregado ter adquirido o direito, após o período aquisitivo, nos termos do art. 130 da CLT, sempre em uma época que seja mais conveniente para o empregador, podendo haver exceções de acordo com legislação específica e a critério do ISMS.

Art. 24 - Com a concordância do empregado, as férias poderão ser fracionadas em até 3 (três) períodos, sendo que um deles não poderá ser inferior a 14 (quatorze) dias corridos, e os outros não poderão ser menores que 5 dias corridos cada.

Art. 25 - A programação de férias do ano subsequente será entregue pelo gestor imediato ao Departamento de Recurso Humanos, até dia 30 de outubro do ano vigente, incluindo, quando aplicável, a informação sobre pedido de antecipação da primeira parcela do 13º salário, conforme os prazos legais a seguir:

§ 1º - Aviso de férias ao empregado: De acordo com o artigo 135 da CLT, o empregador deverá comunicar ao empregado com 30 dias de antecedência o início do período de férias, devendo o empregado assinar o recibo de recebimento da comunicação.

§ 2º - Pagamento de férias: Conforme artigo 145 da CLT serão efetuados até 2 (dois) dias úteis antes do início do respectivo período;

§ 3º - Alteração do período de férias: A alteração do período de férias só poderá ocorrer mediante solicitação com justificativa, no mínimo 31 (trinta e um) dias antes do início das férias, sendo necessário comunicar o Departamento de Recursos Humanos, desde que o empregado ainda não tenha recebido o aviso de férias.

§ 4º - Cancelamento de férias por motivo de dispensa e/ou por pedido demissão pelo empregado: As férias poderão ser canceladas a qualquer momento antes do início, desde que não haja restrição em norma coletiva. Caso o valor das férias tenha sido pago, este deverá ser devolvido pelo empregado, podendo ser descontado diretamente do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT).

Art. 26 - O início do período de férias não poderá ocorrer nos 2 (dois) dias anteriores a feriados ou ao dia de descanso semanal remunerado do empregado.

Art. 27 - É vedado descontar, do período de férias, as faltas do empregado ao serviço, sendo que o período das férias será computado, para todos os efeitos, como tempo de serviço.

CAPÍTULO VIII

Das Transferências

Art. 28 – Os empregados que ocupam cargos de confiança ou cujos contratos de trabalho incluam cláusulas de transferência, sejam estas explícitas ou implícitas, poderão ser transferidos para qualquer local do país, conforme o estipulado no contrato de trabalho.

Art. 29 – As despesas relativas à transferência do empregado serão arcadas pelo empregador durante os primeiros 15 (quinze) dias após a mudança de local, caso a transferência seja determinada pelo empregador; e correrão por conta do empregado quando a solicitação for feita por ele.

§1º - O adicional de transferência, conforme previsto na CLT, será pago somente no caso de transferências provisórias;

CAPÍTULO IX

Das Proibições

Art. 30 – É terminantemente proibido ao empregado:

- a) Promover ou se envolver em discussões, discursos políticos ou religiosos; fazer insultos, usar palavras ou gestos inadequados à moralidade e respeito; causar tumultos ou correria nas ocasiões de marcação de ponto;
- b) Fumar no interior das dependências do empregador;
- c) Receber visitas ou permitir a entrada de pessoas não autorizadas nas instalações do Empregador;
- d) Retirar, sem autorização prévia, qualquer equipamento, objeto ou documento pertencente ao empregador;
- e) Trabalhar, fazer parte ou colaborar com qualquer instituição concorrente do ISMS;
- f) Incitar ou propagar insubordinação no ambiente de trabalho;
- g) Realizar atividades comerciais internas ou negócios não relacionados ao serviço;
- h) Divulgar, por qualquer meio, informações sigilosas sobre o empregador;
- i) Marcar o ponto ou registrar o ponto de outro empregado;
- j) Portar qualquer tipo de arma, bebida alcoólica ou substâncias entorpecentes, bem como comparecer ao trabalho sob efeito de álcool ou drogas, mesmo que lícitas;
- k) Emitir ordens ou tomar atitudes de direção sem a devida autorização;
- l) Usar equipamentos eletrônicos para entretenimento ou conectar pendrives aos computadores da instituição; entrar no local de trabalho com aparelhos eletrônicos pessoais

(computadores, notebooks, câmeras e filmadoras), sem autorização;

- m) Realizar serviços pessoais ou para terceiros utilizando recursos, equipamentos, ferramentas ou materiais da instituição sem autorização;
- n) Recusar-se a utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e Coletiva (EPCs);
- o) Deixar de cumprir as obrigações descritas nos Manuais Institucionais e Instruções de Trabalho do empregador, além de outros documentos institucionais;
- p) Receber presentes de pessoas que mantenham relação de negócios com o empregador, em desacordo com o Código de Integridade;
- q) Registrar e/ou Publicar em redes sociais, imagens, vídeos ou qualquer tipo de conteúdo gerado dentro das dependências geridas pelo ISMS ou em viagens custeadas pelo empregador, sobre a rotina de trabalho e/ou informações sobre pacientes atendidos pelas unidades geridas pelo ISMS, sem prévia autorização;
- r) Falar em nome do ISMS sem autorização prévia da direção local e corporativa, em conformidade com o Código de Integridade e demais documentos institucionais;
- s) Postar imagens fora do ambiente de trabalho que revelem o crachá ou uniforme do ISMS ou que comprometam a imagem do Empregador;
- t) Compartilhar, em chats privados ou redes sociais, informações confidenciais ou que contrariem as disposições do Código de Integridade, Política de Comunicação e demais documentos institucionais;
- u) Usufruir das áreas comuns do Empregador fora dos horários estabelecidos, como refeitórios, copas e salas de descanso;
- v) Utilizar os lavatórios dos banheiros para fins diferentes da higiene pessoal;
- z) Os empregados que utilizam veículos disponibilizados ISMS serão responsáveis pelos danos aos veículos e por prejuízos a terceiros causados por imprudência, negligência ou imperícia na condução dos veículos disponibilizados pela instituição, bem como por infrações ao Código Brasileiro de Trânsito;

Art. 31 - Será considerado violação de segredo profissional e ato de improbidade se o empregado tomar notas ou cópias de informações técnicas e administrativas relacionadas às atividades institucionais do ISMS, com a intenção de usá-las para fins pessoais ou permitir sua retirada das dependências da instituição.

CAPÍTULO X

Das Vestimentas

Art. 32 – O empregador, quando necessário, poderá determinar, conforme seu critério, a exigência de uniformes para determinadas funções ou setores, conforme as diretrizes estabelecidas nesse regulamento.

Art. 33 – Considerando que o ISMS é uma instituição beneficente com atuação nacional, sugere-se que os empregados utilizem vestimentas apropriadas ao ambiente de trabalho ou à formalidade exigida por ocasiões específicas.

§1º Recomenda-se, portanto, nas atividades não assistenciais, o uso de:

- a) roupa básica e discreta;
- b) roupas sociais, dependendo da ocasião e do departamento em que o empregado trabalha;
- c) uniforme para aqueles que necessitam dessa vestimenta por questões de segurança ou padronização na área em que atuam;
- d) sapatos, sapatênis ou sandálias sociais;
- e) salto com altura inferior a 10 cm;
- f) uso discreto de bijuterias e joias;
- g) maquiagem de forma comedida;

§2º Não é recomendado o uso de:

- a) roupas com decotes ou fendas excessivas;
- b) roupas muito curtas;
- c) peças transparentes, muito justas, com estampas muito chamativas ou tecidos com brilho excessivo;
- d) vestidos ou blusas com modelo frente única;
- e) camisetas esportivas ou com símbolos de partidos políticos;
- f) roupas de esporte, como bermudas, moletoms ou agasalhos de tãtel;
- g) tops ou blusas que deixem a barriga à mostra;
- h) roupas apertadas, incluindo calças de cintura baixa que evidenciem partes íntimas ou blusas muito justas;
- i) chinelos e papetes;
- j) uso excessivo de bijuterias ou joias;
- k) maquiagem em excesso;

§3º As atividades assistenciais devem seguir os normativos internos de cada unidade, bem como os regulamentos específicos que regem a matéria.

CAPÍTULO XI

Do acesso de terceiros nas dependências do ISMS

Art. 34 – O acesso de terceiros às instalações do ISMS é proibido, assim como o de empregados afastados de suas funções, em período de férias ou que atuem em outras Unidades administradas, exceto se houver autorização expressa do responsável pela gestão.

Art. 35 – Cabe ao agente de portaria garantir que apenas terceiros e empregados com a devida autorização tenham acesso às dependências do ISMS. Também é responsabilidade dos gestores de departamentos fornecer à recepção a autorização necessária para o acesso de pessoas que não fazem parte do quadro de empregados da instituição, mas que necessitem acessar suas instalações.

CAPÍTULO XII

Das Solicitações de Viagens a Trabalho e da Política de Reembolso para Despesas

Art. 36 – O empregado que necessitar viajar a trabalho deverá solicitar, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias e com a devida aprovação de seu gestor imediato, a reserva de passagens e hospedagem por meio da Gestão de Viagens, conforme o Manual Institucional de Viagens e Reembolsos e Política de Viagem.

§1º - A solicitação de viagem deverá ser encaminhada diretamente à Gestão de Viagens, contendo o nome do passageiro, destino, datas de ida e volta, informações sobre hospedagem, transporte, bagagem e justificativa da viagem. Caso haja necessidade de adiantamento de valores, os pedidos deverão seguir as orientações do Manual Institucional de Viagens e Reembolsos e Política de Viagem.

§2º - A solicitação de viagem é um documento essencial para a autorização da viagem, pois fornece as informações necessárias para o gestor avaliar e permitir que o setor competente atenda às necessidades do solicitante.

§3º - Todas as solicitações devem ser devidamente justificadas, pois é com base nessa justificativa que a autorização da viagem será concedida ou negada.

§4º - As despesas com alimentação e hospedagem serão reembolsadas conforme a política e os valores estabelecidos no Manual Institucional de Viagens e Reembolsos.

CAPÍTULO XIV

Da Segurança da Informação e do Acesso aos Sistemas Informatizados

Art. 37 - Todos os empregados que utilizam a internet, intranet, e-mail ou qualquer outro meio de comunicação interna do ISMS são responsáveis pelo uso correto desses recursos, os quais têm como objetivo contribuir para o desempenho de suas atividades profissionais.

§ 1º - Para acessar dados na rede (pastas, sistemas e arquivos) do ISMS, o empregado receberá um login e uma senha, previamente cadastrados pelo departamento de TI.

§ 2º - Cada empregado terá uma senha pessoal e intransferível para acessar a rede.

§ 3º - O empregado é responsável pela confidencialidade de sua senha de acesso, bem como pelas ações realizadas com ela. Medidas disciplinares podem ser aplicadas em caso de uso inadequado.

§ 4º - O uso indevido dos recursos tecnológicos, o acesso a sites impróprios e o envio de e-mails ou mensagens não relacionados ao trabalho poderão resultar em sanções previstas pela legislação.

Art. 38 – É proibido ao empregado realizar cópias de qualquer sistema informatizado sem a devida autorização da diretoria do ISMS ou do titular dos direitos autorais.

§ 1º - Os sistemas informatizados do ISMS não poderão ser instalados em computadores pessoais dos empregados, sem prévia autorização.

§ 2º - Se necessário utilizar um sistema em casa para realizar tarefas de teletrabalho, o empregado deve solicitar o empréstimo de um equipamento conforme as diretrizes do departamento de TI.

§ 3º - O empregado não deve armazenar arquivos pessoais nos computadores fornecidos pelo empregador, devendo seguir as orientações da Política de Segurança da Informação.

§ 4º - É proibido divulgar informações classificadas como "Internas", "Confidenciais" ou "Restritas" do ISMS. Os registros de conexão devem ser armazenados conforme o Marco Civil da Internet (Lei nº 12.965/2014).

Art. 39 – O acesso à rede wireless do ISMS é restrito a usuários com credenciais autorizadas.

Art. 40 - O e-mail corporativo disponibilizado pelo ISMS é uma ferramenta de comunicação interna e externa para as atividades profissionais. O empregador pode, a qualquer momento, restringir ou acessar o conteúdo das contas de e-mail corporativas.

Art. 41 – É proibido o uso do e-mail corporativo para:

- a) enviar mensagens publicitárias (SPAM);
- b) enviar arquivos ou mensagens que não sejam relevantes para o ISMS;

- c) divulgar conteúdos inapropriados, como pornografia, preconceito ou materiais que prejudiquem a imagem do ISMS;

Art. 42 – Todos os documentos de trabalho produzidos pelos empregados devem ser armazenados nas pastas de rede, conforme o Manual de Segurança da Informação, para garantir que sejam incluídos nos backups realizados regularmente pelo Departamento de TI.

Art. 43 – O empregador poderá implementar sistemas e equipamentos para controlar o acesso a áreas restritas do ISMS, com o objetivo de proteger pessoas, bens e informações contra acessos não autorizados.

Art. 44 – Em caso de rescisão do contrato de trabalho, o empregado deverá devolver os equipamentos eletrônicos fornecidos pelo empregador, em perfeito estado de funcionamento, sob pena de desconto no salário.

§ 1º - Os equipamentos fornecidos devem ser usados exclusivamente para fins laborais, sendo permitido retirá-los da instituição apenas com autorização expressa.

§ 2º – Caso o empregado retire o equipamento sem autorização e o mesmo seja roubado ou furtado fora das dependências da instituição, ele será responsável pelos custos do equipamento, com o valor sendo descontado de seu salário.

CAPÍTULO XV

Das Disposições Exclusivas aos Gestores

Art. 45 - Compete aos Diretores, Gerentes, Coordenadores e Supervisores de Departamento e aos outros ocupantes de cargos de chefia:

- a) zelar pela harmonia no serviço, bem como pelo espírito de cordialidade e colaboração com relação a seus subordinados e superiores;
- b) manter a boa ordem e segurança no serviço de sua responsabilidade;
- c) delegar e distribuir serviços, obedecendo à capacidade e habilidade de cada empregado;
- d) não abusar ou se exceder em sua autoridade, sempre observando as disposições contidas no Código de Integridade do ISMS e demais documentos institucionais;
- e) cumprir fielmente e sob todos os aspectos do presente Regulamento.

CAPÍTULO XVI

Das Relações Humanas

Art. 46 - É direito de todos os empregados desempenharem suas funções em um ambiente isento de constrangimentos, promovendo um espaço de trabalho agradável e incentivando a construção de boas relações e a integração entre os colaboradores.

Art. 47 – Todos os colaboradores, sem distinção, devem contribuir e trabalhar de forma colaborativa, priorizando o espírito de equipe como a maneira mais eficaz de alcançar os objetivos e metas do empregador.

Art. 48 – As interações no ambiente de trabalho devem ser pautadas pela harmonia, cordialidade, respeito e compreensão mútua, independentemente de níveis hierárquicos. O empregador não aceitará práticas discriminatórias de qualquer natureza, seja por motivos como, gênero, cor, religião, idade, características físicas, origem, orientação sexual ou qualquer outra conduta ilegal ou inadequada.

Art. 49 – Qualquer forma de assédio moral, caracterizada por maus-tratos derivados de relações no ambiente de trabalho, será repudiada. O assédio moral é identificado por ações repetitivas e intencionais que comprometem o bem-estar do trabalhador, incluindo humilhações, insultos e perseguições, resultando em danos à autoestima. Em caso de comprovação, serão aplicadas as sanções previstas na legislação trabalhista, incluindo a possibilidade de rescisão por justa causa, conforme Política de Prevenção e Combate ao Assédio e outras violências, Política Compliance, Código de Integridade e demais documentos institucionais.

CAPÍTULO XVII

Do investimento do ISMS na qualificação de seus empregados

Art. 50 – O ISMS poderá promover ações e destinar recursos para o aperfeiçoamento técnico e profissional de seus colaboradores, com o objetivo de que os conhecimentos adquiridos sejam aplicados nas atividades desempenhadas pela instituição.

Art. 51 - Na hipótese de o ISMS optar por financiar, parcial ou integralmente, cursos ou treinamentos de interesse de seus empregados, como pós-graduações e MBAs, o colaborador deverá:

- a) Demonstrar frequência e desempenho acadêmico satisfatório, com notas iguais ou superiores à média mínima exigida pelo curso/treinamento;
- b) Manter vínculo ativo com o ISMS por no mínimo 12 (doze) meses após a conclusão do curso/treinamento;
- c) Reembolsar integralmente os valores investidos, caso solicite demissão antes do período mínimo de 12 meses ou em situações de desempenho insatisfatório, baixa frequência, interrupção ou cancelamento do curso sem anuência do ISMS, exceto se houver previsão contratual específica.

- d) Estar isento de qualquer reembolso em caso de desligamento sem justa causa, por iniciativa do empregador.
- e) Reconhecer que os valores custeados pelo ISMS para cursos ou treinamentos não possuem natureza salarial, não gerando direito à integração a outros benefícios trabalhistas ou financeiros.
- f) Aceitar que o empregador, por liberalidade, pode rescindir o termo de reembolso do curso/treinamento mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, cabendo ao empregado decidir pela continuidade com recursos próprios, sem que haja obrigação de compensação financeira ou indenização por parte do ISMS.

CAPÍTULO XVIII

Das Sanções e Medidas Disciplinares

Art. 52 – Aos empregados transgressores das normas deste Regulamento, bem como daquelas prevista em legislação específica (CLT, convenção coletiva, etc.), aplicam-se as seguintes penalidades:

- a) Advertência verbal;
- b) Advertência escrita;
- c) Suspensão; e
- d) Demissão por justa causa (após a avaliação do Departamento Jurídico do ISMS).

§ 1º - A aplicação de advertência, verbal ou escrita, é o ato que cientifica o infrator sobre a conduta não adequada ou ilícito praticado, informando-lhe das consequências que poderão advir, em caso de reincidência.

§ 2º - A aplicação da suspensão ocorrerá após a aplicação de uma advertência, nada impedindo que possa ser aplicada, de imediato, diante de uma falta mais grave.

Art. 53 – As penalidades serão aplicadas segundo a gravidade da infração, pelo Departamento de Recursos Humanos, preferencialmente, após análise pelo Departamento Jurídico do ISMS, conforme Instrução de trabalho de Medidas Disciplinares.

CAPÍTULO XIX

Das Disposições Gerais

Art. 54 – Ao empregado é garantido o direito de formular sugestões ou reclamações acerca de qualquer assunto pertinente ao serviço e à atividade do ISMS.

Parágrafo único: as sugestões e/ou reclamações poderão ser encaminhadas via Fale com a Gente.

Art. 55 – O acobertamento de falta praticada por qualquer empregado implica em falta idêntica, com suas consequências dela decorrentes.

Art. 56 – Objetos e dinheiro que porventura forem encontrados dentro do recinto do empregador deverão ser entregues ao Departamento de Recursos Humanos e, se não forem procurados pelo legítimo dono dentro do prazo de 30 (trinta) dias, serão objeto de doação ao ISMS parceira da Entidade.

Art. 57 – Os empregados devem observar o presente Regulamento, Manuais Institucionais, Instruções de Trabalho, Avisos, Comunicados e demais documentos institucionais expedidos pelo empregador.

Art. 58 - O presente Regulamento faz parte integrante do Contrato de Trabalho, podendo ser substituído por outro, sempre que o empregador julgar conveniente ou em decorrência de eventuais alterações da legislação trabalhista.

Art. 59 – Os casos omissos ou não previstos serão resolvidos pelo empregador à luz da CLT e da legislação complementar pertinente.

INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE**TERMO DE CIÊNCIA**

Eu, _____
portador da CTPS nº _____, série nº, _____ admitido em _____ nos
quadros do Instituto Social Mais Saúde, unidade _____ sob o
CNPJ nº _____ declaro para os devidos
fins ter recebido [ou acessado] o Regimento Interno da Entidade nesta data.

São Paulo, XX de novembro de 2025.

(Nome e CPF do empregado)

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:	Data	Data revisão:
Gerência de RH	NQSP	Conselho de Administração	elaboração: 01/2025	01/2027

1.3.4.5. Rotina de Gestão de Pessoas**Processo de Gestão de Pessoas****Subseção 01 – Recrutamento e Seleção****Definição**

É um conjunto de procedimentos que visa atrair candidatos potencialmente qualificados e capazes de ocupar cargos dentro da organização.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** O recrutamento de pessoal é realizado através da plataforma ATS Gupy. Nesta plataforma é realizada a triagem dos currículos para o processo de avaliação técnica e comportamental.
- 1.2.** Preferencialmente será realizada a seleção interna, esgotadas as possibilidades, será aberta seleção externa e/ou mistas.
- 1.3.** Os candidatos interessados poderão realizar o cadastro de seu currículo através da plataforma Gupy pelo link <https://institutomaissaude.gupy.io/>.

- 1.4. A seleção constará de entrevistas técnicas e específicas, observadas às competências de cada cargo ou função, visando obter para o Instituto Social Mais Saúde candidatos que preencham os requisitos mínimos desejados na descrição de cargos.
- 1.5. Para cada cargo ou função a ser preenchido deverá ser observado os pré-requisitos estabelecidos no perfil estruturado de competência.
- 1.6. As exigências previstas no processo de recrutamento e seleção não se aplicam à contratação de serviços técnicos especializados, aos cargos de confiança e aos cargos especiais.

Procedimentos

1.7. Departamento Solicitante

- 1.7.1. O gestor deve solicitar na plataforma ATS Gupy a requisição de pessoal de substituição, aumento de quadro ou vaga temporária para aprovação conforme o fluxo da área cadastrado no sistema. Após aprovação o RH irá realizar a divulgação da vaga para abertura do processo seletivo
- 1.7.2. O RH confere os dados no sistema Gupy e consulta a situação atual do colaborador a ser substituído.
- 1.7.3. Após triagem de currículos, o RH realiza consulta em planilha de controle de seleção para contato por telefone com os candidatos pré-selecionados, informando a data e horário para realização de entrevistas e testes. Em caso de candidatos que são ex-colaboradores, é solicitado via e-mail parecer ao Departamento Pessoal sobre o histórico profissional no Instituto Mais Saúde, se necessário a Sede Corporativa deverá ser consultada.
- 1.7.4. Em data e horário agendado, o candidato deve comparecer ao RH para participar do processo seletivo, preenchendo a Ficha Cadastral e realizando os testes específicos de acordo com a vaga disponível. Participará de dinâmicas de grupo e testes práticos/ psicológicos quando necessário, de acordo com as competências do cargo.
- 1.7.5. O RH realiza entrevista aos candidatos baseado em competências, realiza avaliação comportamental e aplicação de testes psicológicos aos cargos quando necessários, de acordo com o perfil da vaga emitindo parecer no formulário.

- 1.7.6. O RH encaminha os candidatos aprovados ao gestor para a realização de entrevista técnica. O gestor requisitante entrevistará os candidatos e emitirá parecer informando os aprovados, banco de talentos e reprovados no processo de avaliação técnica.
- 1.7.7. O RH prepara os formulários necessários para entregar ao candidato selecionado para que o mesmo inicie seu processo de contratação. Preenche as requisições de exames que devem ser realizados junto ao setor de laboratório.
- 1.7.8. O RH agenda a consulta admissional junto ao SESMT, e envia os resultados de exames protocolados para a Médica do Trabalho juntamente com parecer psicológico e documentos pessoais do candidato.
- 1.7.9. O RH preenche o Check List de conferência de documentos, encaminha ao DP o processo admissional, que encaminhará à SEDE respeitando o prazo de 48 horas úteis da data de início da admissão para gerar o contrato de trabalho do novo colaborador que receberá em seu e-mail o link para subir a documentação. O DP envia e-mail ao RH informando a data de início do colaborador conforme interação de processos.
- 1.7.10. O RH envia e-mail aos Gestores, diretores e setores envolvidos com data de integração e de contratação dos novos colaboradores, informando que os mesmos serão direcionados aos setores após procedimentos iniciais da admissão.
- 1.7.11. No primeiro dia de trabalho o novo colaborador comparece ao RH, recebe a ficha de acompanhamento do período inicial na função e preenche formulários internos necessários. É acompanhado ao DP para informações e orientações contratuais e ao SESMT para orientações de segurança e recebimento da Ordem de Serviço (O.S), contendo a descrição das atividades de seu cargo.
- 1.7.12. Recepcionar o candidato admitido, realizando o processo de integração e posteriormente encaminhá-lo ao Gestor Solicitante.

Subseção 02 – Admissão de Pessoal

Definição

É a contratação de profissional para compor o Quadro de Pessoal do Instituto Social Mais Saúde, observados os critérios e requisitos estabelecidos no processo de recrutamento e seleção.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** Todo funcionário deverá ser admitido, preferencialmente, com salário no início da faixa salarial estabelecida para o seu cargo, de acordo com o Plano de Cargos e Salários. Excepcionalmente, o salário de admissão poderá ser estabelecido acima desse limite, em função do grau de qualificação e experiência exigidos do candidato ou por contingência de mercado.
- 1.2.** A criação de novo cargo deverá ser feita com base em avaliação do Departamento de Gestão de Pessoas e classificação de acordo com os critérios e metodologia estabelecidos no Plano de Cargos e Salários.
- 1.3.** A alteração salarial do funcionário recém-admitido, poderá ocorrer no fim do período de experiência, em casos específicos em que tenha sido contratado com essa condição.
- 1.4.** O prazo legal para registro de funcionário é de 48 horas, para subir as informações ao E-social para validação das informações de admissão.
- 1.5.** O prazo máximo do contrato de experiência é de noventa dias (45 + 45 dias), podendo ser prorrogado mais uma vez.
- 1.6.** Os documentos necessários para o processo de admissão são:
 - a.** CTPS - Carteira de Trabalho e Previdência Social Digital;
 - b.** Ficha de Admissão;
 - c.** Atestado de Exame Médico Admissional;
 - d.** Foto 3x4 (Uma);
 - e.** Cédula de Identidade (Cópia);
 - f.** Cadastro de Pessoa Física– CPF (Cópia);
 - g.** Título de Eleitor (Cópia);
 - h.** Carteira Nacional de Habilitação - Para motoristas (Cópia);
 - i.** Certificado de Alistamento Militar ou Reservista para homens de 18 a 45 anos (Cópia);
 - j.** Certidão de Casamento / Nascimento (Cópia);
 - k.** Certidões de Nascimento dos Filhos e Dependentes (Cópia);

- l.** Cartão de Criança dos Filhos Menores de 14 anos (Cópia);
- m.** Relação de dependentes identificados pelo nome, grau de parentesco e idade;
- n.** Carteira de Vacinação dos filhos e Atestado de frequência às aulas.

Procedimentos

1.7. Departamento de Gestão de Pessoas

- 1.7.1.** Apresentar ao candidato aprovado a relação de documentos necessários à sua contratação para providências e encaminhá-lo para a realização de exame médico admissional.
- 1.7.2.** Receber do candidato o resultado do exame médico, mediante apresentação de Atestado Médico como apto ao trabalho.
- 1.7.3.** Verificar a apresentação dos demais documentos solicitados e colher sua assinatura no Contrato de Trabalho em duas vias, entregando-lhe a 1ª. via e mantendo a 2ª. via no seu prontuário.
- 1.7.4.** Providenciar a confecção do crachá de identificação funcional e entregá-lo ao recém-admitido.
- 1.7.5.** Será avaliado antes do final do período de experiência.
- 1.7.6.** Proceder à inclusão do funcionário no Sistema de Folha de Pagamento.
- 1.7.7.** Abrir o prontuário funcional e manter a documentação que for gerada durante a vigência do contrato de trabalho.
- 1.7.8.** Recepcionar o funcionário encaminhado pelo Departamento de gestão de pessoas, e informá-lo sobre as regras gerais e procedimentos do Instituto Social Mais Saúde.
- 1.7.9.** Orientar o funcionário quanto ao uso de equipamento de proteção individual, quando o cargo exigir.

Subseção 03 – Controle de Frequência e Folha de Pagamento

Definição

Implementar um sistema de relógio de ponto e escalas de trabalho eficiente e preciso para gerenciar a frequência e jornada de trabalho dos colaboradores da unidade hospitalar, garantindo a conformidade com as leis trabalhistas e a otimização da gestão de recursos humanos.

Critérios e Requisitos

Registro e Controle – Ponto Eletrônico

O Hospital utilizará o ponto eletrônico conforme a Portaria 1.510 do MTE. Esta consiste basicamente em utilizar um aparelho e sistema de ponto eletrônico inviolável e homologado por este órgão, em que permite a emissão de comprovantes de registro de marcação do colaborador a cada registro realizado por ele. Caberá o colaborador registrar rigorosamente os seus horários – entrada, intervalos/intrajornada – saída - realizando o seu horário de trabalho de acordo com a escala mensal. A tolerância permitida será para a antecipação de horários, atrasos e saídas em até 10 minutos diários conforme previsto no artigo 58 da CLT.

O colaborador que cumprirá sobreaviso, conforme definição em escala, sempre que acionado para comparecer ao hospital deverá registrar os seus horários de entrada e saída, bem como em casos de colaboradores que cumprirão horas extras, as quais ocorrerão somente com a autorização prévia do responsável pelo setor/área mediante justificativa.



Escala De Trabalho

As escalas de trabalho mensais serão elaboradas pela chefia imediata, respeitando o limite e regras estabelecidos por lei. Elas serão entregues ao setor de Departamento de Gestão de Pessoas até o dia 15 de antecedência do mês de competência. Desta forma, o colaborador estará ciente e apondo a sua assinatura na escala de trabalho conhecendo os seus horário e folgas com pelo menos 15 dias de antecedência.

Somente em situações de extrema necessidade será permitida a troca de plantão (horário de trabalho ou dia de serviço) com outro colega. Para tanto, a troca de plantão deverá respeitar algumas regras. A primeira refere-se à troca de dias de serviço, a qual deverá ocorrer entre o dia 1º e o dia 30 do mês da troca, visando o melhor acompanhamento do colaborador e da chefia imediata e a realização de carga horária mensal. A segunda regra refere-se à solicitação de troca, a qual deverá ser realizada com a antecedência mínima

de 72 horas e mediante formulário próprio para trocas de plantão, a qual deverá ser preenchida em todos os campos, justificada e assinada pelos dois colaboradores envolvidos. A terceira regra refere-se à validade da solicitação de troca que ocorrerá somente se autorizada pelo responsável do setor/área, o qual fará o encaminhamento ao setor de gestão de pessoas.

Em caso de falta, o colaborador que se comprometeu a fazer o plantão do colega será responsabilizado e sofrerá o desconto em seu salário.

Jornadas De Trabalho, Intervalo E Descanso Semanal

De acordo com a Constituição Federal de 1988, Art. 7º, a jornada de trabalho terá a duração máxima de oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, salvo quando houver a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo (contrato de trabalho) ou convenção coletiva.

No entanto, para qualquer trabalho contínuo, em que a duração exceda seis horas diárias, será obrigatório a realização do intervalo para o repouso ou alimentação. Os intervalos não serão computados na duração do trabalho (Art. 71), embora devam ser realizados dentro do horário contratual e registrados em relógio ponto, salvo orientação diferente constante em Convenção Coletiva. Desta forma, é obrigatório a realização de intervalos, conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO	MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA DURAÇÃO DO INTERVALO
150 horas	6 horas	15 minutos
180 horas	6 horas	15 minutos
180 horas	12 horas	1 hora
220 horas	8 ou 9 horas	De 01 até 2 horas*

O colaborador poderá utilizar o refeitório, conforme o horário definido em escala de trabalho e horários de refeição.

Lanche da manhã de __:00 as __:00

Almoço de __:00 as __:00

Lanche da tarde de __:00 as __:00

Jantar de __:00 as __:00

Para as Jornadas de trabalho realizadas no _____, o descanso semanal (folga), compreendido como o período que se inicia quando o colaborador efetivamente cessa o seu trabalho será concedido após seis dias consecutivos de trabalho e conforme descrição abaixo:

JORNADA DE TRABALHO	MENSAL	JORNADA DE TRABALHO DIÁRIA DESCANSO SEMANAL
150 horas	6 horas	48 horas (ex. sáb. e dom.)
180 horas	6 horas	24 horas (conforme escala)
180 horas	12 horas	36 horas *
220 horas	8 horas (se a sex) e 4 horas (Sab)	36 horas (sab. parcial e dom)
220 horas	9 horas (seg. a quí.) e 8 horas (sex)	48 horas (sab. e dom)

Para a jornada 12x36, fica definido que a mesma deverá ocorrer das ____ às ____ ou das ____ às ____, sendo 12 horas trabalhadas para 36 horas de descanso.

MODELO DE ESCALA:

ESCALA MENSAL DE TRABALHO																																					
SETOR: CENTRO CIRÚRGICO					PERÍODO VÁLIDO: 21 OUTUBRO A 20 DE NOVEMBRO DE 2025																																
MAT.	NOME	FUNÇÃO	Nº DE REGISTRO	HORÁRIO	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	ASSINATURA	
					T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q		
TÉCNICOS																																					
3720		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	699668	07h-AS 17h	FÉRIAS											M1	M1	M2	F	F	M1	M1	M1	M1	M1	M1	M1	M1	M2	FR	F	M1	M1	M1	FR		
4311		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2.205.589	07h-AS 17h	M1	M1	M1	M2	F	F	M1	M1	M1	M1	M2	F	F	M1	M1	M1	M1	M2	F	F	M1	M1	M1	M1	M2	FR	F	M1	M1	M1	FR		
MANHÃ-6H																																					
3062		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	163616	07h-AS 13h	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	
3029		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	807065	07h-AS 13h	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	M	M	M	M	F	F	M	M	
TARDE-6H																																					
3290		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	800303	13h-AS 19h	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T		
3116		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	810423	13h-AS 19h	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T		
NOTURNO 1 - 12H																																					
3650		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1548464	19-AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN		
3727		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1036240	19-AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
NOTURNO 2 - 12H																																					
3264		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	211973	19-AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
4319		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	001786267	19-AS 07h	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	SN	
3686		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1789176	07h-AS 13h	LICENÇA MATERNIDADE																																
3726		TÉCNICO DE ENFERMAGEM	805506	19-AS 07h	BENEFÍCIO INSS																																
LEGENDA					FÉRIAS																																
L = LENDO DE PONTO					02119 - Férias																																
D = DESCANSO					19111 - Férias de 19111																																
F = FOLGA OBRIGATORIA					20111 - Férias de 20111																																
FR = FÉRIAS					20111 - Férias de 20111																																
FE = FÉRIAS - MEIOCLAR LINHA					20111 - Férias de 20111																																
M1 (07:00 A 13:00)					20111 - Férias de 20111																																
M2 (13:00 A 19:00)					20111 - Férias de 20111																																
M3 (19:00 A 15:00)					20111 - Férias de 20111																																
M4 (15:00 A 17:00)					20111 - Férias de 20111																																
M5 (17:00 A 19:00)					20111 - Férias de 20111																																
					</																																

Setor: DEPARTAMENTO PESSOAL		ESCALA MENSAL DE TRABALHO		Mês: 21/10/2025 A 20/11/2025																														
MATRICULA	NOME	FUNÇÃO	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	A.E. COLABORADOR
		GER. ADM. PESSOAL	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	
		SUPERVISOR. ADM.	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	
		ANALIST. ADM. PESSOAL JR.	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	
		ASS. ADM. PESSOAL	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	MTOS	
		ASS. ADM. PESSOAL	FÉRIAS																															

MTOS - 08:00 às 18:00 (ESCALA 3X21-44 HRS)
 MTOS - 08:00 às 17:00 (ESCALA 3X21-40 HRS)
 LP - BÊNTO DE PONTO
 D - DESCANSO
 F - FOLGA OBRIGATORIA
 PE - PERIADO
 FÉRIAS A FAFATAMENTO - MESCLAR LINHAS

Assinatura Responsável: _____ Assinatura Diretoria: _____ Assinatura DP: _____

Página 1

Procedimentos

- 1.1. O período de apuração do ponto é de 21 a 20 de cada mês;
- 1.2. O responsável pelo departamento pessoal, deverá importar diariamente os registros de ponto mecanizados pelos colaboradores por meio de relógio de ponto;
- 1.3. Os comprovantes de ausências (atestados médicos e/ou comprovantes de abonos legais) deverão ser lançados pelo departamento pessoal.
- 1.4. O responsável pelo departamento pessoal deverá auxiliar os gestores com possíveis dúvidas relacionadas ao sistema de ponto e prazos de encerramento do período de tratamento do ponto (de 21 a 20 de cada mês);
- 1.5. O gestor da área deverá realizar o tratamento do ponto dos seus colaboradores semanalmente (erros de marcações/ausências/ Saídas antecipadas e horas extras);
- 1.6. O gestor deverá enviar o relatório final até o dia 22 de cada mês;
- 1.7. O responsável pelo departamento pessoal deverá importar os arquivos de encerramento do ponto para a folha de pagamento respeitando o cronograma de fechamento mensal da FOPAG, conforme dados apurados do controle de frequência e demais orientações da diretoria, geração das guias de recolhimento do INSS, IRRF, contribuição sindical e outras que sejam aplicáveis, envio das informações obrigatórias mensalmente tais como GFIP, emissão dos holerites de pagamento de salário, etc.
- 1.8. O lançamento de horas extras em folha de pagamento só deverá ocorrer após aprovação por e-mail do gestor da unidade;

- 1.9. O relatório de banco de horas de todos os profissionais deverá ser gerado mensalmente e encaminhado para a diretoria da unidade para a devida aprovação.
- 1.10. O horário básico do Instituto Social Mais Saúde é das 8h às 18h, com intervalo de 60 (sessenta) minutos de almoço, exceto nos casos de jornada inferior a 8 (oito) horas, cujo intervalo deve ser fixado conforme legislação em vigor.
- 1.11. Somente serão aceitas alterações esporádicas da jornada de trabalho, as quais deverão ser comunicadas, formalmente, ao Departamento de gestão de pessoas, com antecedência.
- 1.12. Toda alteração definitiva de jornada de trabalho deverá ser previamente analisada pelo Departamento de gestão de pessoas, quanto às disposições legais e aos procedimentos a serem adotados para sua efetivação.
- 1.13. De acordo com as características específicas de trabalho, em uma mesma área poderão ser definidos horários diferenciados, inclusive para intervalo de almoço, mediante aprovação prévia do Diretor da Área em conjunto com o Diretor Administrativo-Financeiro.
- 1.14. Para os funcionários alocados em áreas administrativas, deve ser dada preferência para horários fixos de trabalho.
- 1.15. Para os funcionários que executam atividades com escala de trabalho 6x1, os horários serão fixados mediante escala de revezamento.
- 1.16. O registro de frequência será diário, por meio eletrônico, com autenticação biométrica digital, e obrigatório a todos os funcionários nos horários determinados pelo Instituto Social Mais Saúde, inclusive naqueles destinados à refeição.
- 1.17. No caso de realização de serviços externos durante a jornada de trabalho, os horários de saída e retorno deverão ser registrados pelo funcionário.
- 1.18. A liberação do registro de frequência, quando houver justificativa, deverá ser autorizada pelo Diretor Administrativo-Financeiro.
- 1.19. Será tolerado um atraso máximo diário de dez minutos na entrada para o trabalho e no registro da frequência. Ultrapassado o limite de tolerância diária, os minutos/horas serão descontados automaticamente, salvo nos casos de ausência justificada.

- 1.20.** É proibido o registro da frequência com antecedência superior a 14 minutos do início da jornada de trabalho e após 14 minutos do término da jornada, salvo nos casos de horas extraordinárias, devidamente autorizadas.
- 1.21.** A critério da Diretoria do Instituto Social Mais Saúde, o expediente de trabalho poderá ser suspenso em dias ponte de feriado, exceto nas Áreas cujo funcionamento não possa sofrer interrupção, mediante compensação das horas de trabalho correspondentes, no limite de 02 (duas) horas diárias, em período previamente definido.
- 1.22.** Não é permitido ao funcionário permanecer no local de trabalho, antes ou após seu horário normal de trabalho, sem a devida autorização.
- 1.23.** A frequência será apurada mensalmente e os salários e demais vencimentos pagos com base no registro e cumprimento da jornada de trabalho.
- 1.24.** As ocorrências na frequência dos funcionários estarão sujeitas à deliberação do respectivo Gestor de Departamento, implicando no apontamento ou no desconto da remuneração.
- 1.25.** São consideradas faltas justificadas as ausências amparadas na CLT e em Convenção Coletiva de Trabalho.
- 1.26.** São consideradas faltas injustificadas, aquelas que Gestor de Departamento, analisando os motivos apresentados pelo funcionário, considera as razões apresentadas insuficientes para justificar o seu não comparecimento ao trabalho, aplicando-se os descontos e/ou sanções disciplinares cabíveis, quando for o caso.
- 1.27.** Quando o funcionário se ausentar do trabalho, por qualquer motivo, deverá informar ao seu Gestor de Departamento, se possível com antecedência, e apresentar, logo após o retorno, o respectivo documento comprobatório.
- 1.28.** Todas as ocorrências de frequência que não forem autorizadas ou justificadas, além dos respectivos descontos, estão sujeitas a aplicação das sanções cabíveis.
- 1.29.** O trabalho em regime de horas extras somente deverá ser realizado em casos de extrema necessidade, excepcionalmente e com autorização formal e antecipada do Diretor da Área, a qual não poderá ser delegada, mediante emissão do formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras”.

- 1.30.** O trabalho na folga e feriado é considerado Hora Extra, devendo tal prática ser restrita a situações de extrema excepcionalidade e devida aprovada pelo Diretor, devendo, nesses casos, ser emitido também o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras”.
- 1.31.** O pagamento das horas extras será efetuado conforme estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho.
- 1.32.** A jornada diária de trabalho, incluídas as horas extras, não poderá ultrapassar a dez horas, salvo nos casos em situações de necessidade imperiosa, força maior e conclusão de serviços inadiáveis, devidamente autorizados pelo Diretor da Área.
- 1.33.** É proibido o trabalho em regime de horas extras nos casos previstos na legislação vigente.
- 1.34.** Os casos omissos serão decididos pelo Diretor da Área em conjunto com a Diretoria Administrativa e Financeira, prevalecendo, sempre, o estabelecido na legislação vigente.
- 1.35. Funcionário**
- 1.36.** Registrar a frequência, diariamente, conforme mecanismos definidos pelo Instituto Social Mais Saúde, observando os critérios e requisitos estabelecidos neste Manual.
- 1.37.** Comunicar, de imediato, ao Gestor de Departamento, toda ocorrência de frequência, se possível com antecedência. Caso não seja possível comunicar a ausência ou falta, solicitar a um parente ou pessoa de sua confiança que o faça.
- 1.38.** Apresentar no retorno ao trabalho, quando de ausências ou faltas, o respectivo comprovante, quando houver.
- 1.39.** Providenciar para que os funcionários registrem a frequência corretamente.
- 1.40.** Receber dos funcionários e analisar os comprovantes de ausência ou falta no trabalho, dando o encaminhamento conforme “Tabela das Ocorrências no Registro da Frequência”.
- 1.41.** Receber, semanalmente, do Departamento de Gestão de Pessoas relatório contendo as ocorrências de frequências de seus funcionários, dar parecer, anexar os comprovantes, assinar e devolver, no máximo, no primeiro dia útil seguinte.

- 1.42. Colher assinatura do funcionário, no caso de ausências injustificadas, registrando sua ciência do fato.
- 1.43. Emitir, antecipadamente, o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras, em uma via, colher a assinatura do funcionário, obter a aprovação do Diretor da Área.
- 1.44. Encaminhar o formulário “Autorização/Acordo para Realização de Horas Extras” ao Departamento de gestão de pessoas, até o primeiro dia útil subsequente ao da realização.
- 1.45. Receber, mensalmente, do Departamento de gestão de pessoas, relatório com as quantidades de horas extras trabalhadas, para acompanhamento e controle.
- 1.46. Efetuar a apuração da frequência diária dos funcionários, por meio do sistema de controle eletrônico.
- 1.47. Encaminhar, semanalmente, aos Gestores, relatório apontando as ocorrências de frequência de seus funcionários, para análise e justificativas.
- 1.48. Receber dos Gestores os relatórios de frequência, com as devidas justificativas e comprovantes de ausência ou falta no trabalho, e proceder aos acertos apontados.
- 1.49. Receber dos Gestores as “Autorizações/Acordo para Realização de Horas Extras” devidamente aprovadas pelo Diretor e apurar as horas trabalhadas.
- 1.50. Efetuar o fechamento dos dados de frequência no final de cada mês e encaminhar para processamento da folha de pagamento.
- 1.51. Encaminhar, mensalmente, aos Gestores, relatórios com a quantidade de horas extras trabalhadas para acompanhamento e controle.
- 1.52. Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização pelo Ministério do Trabalho.

PORTARIA

Adotar ações no sentido de garantir que todas as pessoas acessem as unidades do Instituto Social Mais Saúde o façam, obrigatoriamente por meio da utilização de crachá, bem como prestar esclarecimentos e orientações necessárias aos visitantes.

Anexo

- Tabela de Ocorrências de Frequência

Ocorrências	Documentos Exigidos	Critérios
Nascimento de Filho	Certidão de Nascimento (1)	O funcionário poderá ausentar-se por até 05 (cinco) dias corridos, contados a partir da data do parto
Doação de Sangue	Comprovante do órgão	Falta de até 01 (um) dia, a cada 12 meses de trabalho, sendo esse controle de responsabilidade do respectivo Gestor. A ausência deverá coincidir com a data da doação.
Alistamento Eleitoral	Título de Eleitor ou Protocolo expedido pelo órgão competente	Falta de até 02 (dois) dias, consecutivos ou não, para alistamento, renovação ou transferência do Título de Eleitor.
Exercício Militar	Comprovante do órgão competente	O empregado alistado poderá ausentar-se do trabalho por força de exercício, manobra ou apresentação anual, em local e data definidos para esse fim.
Serviço de Júri	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se ou faltar ao trabalho, em razão do comparecimento ou prestação de serviço junto ao Tribunal do Júri.
Comparecimento em Juízo	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se, em decorrência de comparecimento em Juízo, como réu ou arrolado como testemunha.
Previdência Social	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá ausentar-se, devido ao comparecimento, quando convocado, perante órgão da Previdência Social, para prestar depoimento.
Justiça Eleitoral	Comprovante do órgão competente	O empregado poderá faltar, em decorrência da prestação de serviço à Justiça Eleitoral, quando convocado.

Ocorrências	Documentos Exigidos	Crítérios
Dirigentes Sindicais	-	Abono de faltas dos diretores efetivos e suplentes de um dia útil por mês, sendo o respectivo controle de responsabilidade do Gestor.
Licença para Prestação de Serviço Militar	Comprovante do órgão competente no qual o empregado prestará serviço, mencionando, no caso de Tiro de Guerra, o período e horário.(1)	Licença sem vencimentos, concedida ao empregado convocado para prestação de serviço militar, nos termos da legislação vigente.
Licença Maternidade	Atestado Médico (1)	Será concedido à empregada descanso de 120 dias, iniciando-se 4 semanas antes do parto. A empregada deve, mediante atestado médico, notificar o Instituto da data do início do afastamento do emprego, que poderá ocorrer entre o 28º (vigésimo oitavo) dia antes do parto e ocorrência desse.
Licença para Mulheres Adotantes	Documentação do órgão competente. (1)	Será concedida licença maternidade a empregada que adotar judicialmente crianças licença remunerada, nos períodos definidos na legislação. A licença só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.
Licença Maternidade Especial	Atestado Médico (1)	Os períodos de repouso antes e depois do parto, poderão ser aumentados em mais duas semanas, cada um, mediante apresentação de atestado médico.
Parto Antecipado	Atestado Médico, relatando o motivo, e	A empregada terá direito aos 120 dias de licença, a partir da data do parto.

Ocorrências	Documentos Exigidos	Critérios
	Certidão de Nascimento (1)	
Aborto não Criminoso	Atestado Médico (1)	A empregada terá direito a 2 (duas) semanas de Licença, mediante atestado médico.
Licença Amamentação	Solicitação da Empregada ao Instituto (1)	Para amamentar o próprio filho, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a empregada terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, podendo optar pela realização de uma hora no início ou no término da jornada. Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente.
Exames laboratoriais ou tratamento médico odontológico	Atestado médico ou comprovante do laboratório	O empregado poderá ausentar-se pelo período do dia correspondente, desde que, comprovadamente, os procedimentos médicos não possam ser realizados fora da jornada de trabalho.
CIPAA	Convocação	O empregado terá remunerado o período de ausência correspondente, de acordo com o Estatuto da CIPAA.
Renovação da Carteira Nacional de Habilitação - CNH	Comprovante do DETRAN	Será justificado o período em que o empregado se ausentar, por motivo de renovação da CNH, desde que o seu cargo exija direção de veículo com frequência e habitualidade.

Ocorrências	Documentos Exigidos	Critérios
Falecimento de Familiar	Certidão de Óbito	O funcionário poderá deixar de comparecer, sem prejuízo do salário, até 2 (dois) dias, nos casos de falecimento de cônjuge, ascendente, descendente, sogro ou sogra, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira profissional, viva sob sua dependência econômica.

Subseção 04 – Afastamentos

Definição

É o período em que o funcionário está contraindicado para exercer suas atividades laborativas.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** O funcionário deverá informar ao Diretor ou Gestor sobre ausências por motivos médicos ou odontológicos com antecedência ou no primeiro dia de afastamento, conforme o caso.

Nota: Na impossibilidade do funcionário, a comunicação poderá ser feita por familiares ou testemunhas.

- 1.2.** Nos afastamentos superiores a 15 dias consecutivos, ou intercalados dentro de um período de 60 dias, quando o motivo for decorrente da mesma patologia, o funcionário deve adotar as providências para requerer o Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença, junto ao INSS.
- 1.3.** Nos afastamentos superiores a 15 dias intercalados, dentro do período de 60 dias, o SESMT/medicina do trabalho estabelecerá contato telefônico com o funcionário para verificar se esse período de ausências decorrem da mesma patologia. Após confirmado a informação de mesma patologia, informar o Departamento pessoal para proceder com o afastamento.

- 1.4. O funcionário que obtiver alta do Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença e que apresentar novo atestado num período de 60 dias após a data da alta, que decorra da patologia que gerou o afastamento, deve ser orientado a nova avaliação do médico assistente para emissão de parecer médico sobre a saúde do funcionário. O funcionário de posse deste documento deve encaminhar para a medicina do trabalho que procederá com agendamento para avaliação do funcionário pela médica do trabalho.
- 1.5. O funcionário que não retomar ao trabalho após a alta do Auxílio-Doença e protocolar recurso junto ao INSS terá sua frequência apontada como falta até a decisão favorável do INSS.
- 1.6. No caso de indeferimento do recurso, o funcionário terá o desconto dos dias em que esteve ausente e deverá retornar às suas atividades, após avaliação do médico do trabalho.
- 1.7. Somente será concedida a complementação salarial sobre o Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença, nos termos do estabelecido na Convenção Coletiva de Trabalho, após a apresentação pelo funcionário da Carta Concessória emitida pelo INSS.
- 1.8. O funcionário afastado por motivos médicos ou odontológicos terá suas férias suspensas e reprogramadas após a alta médica.
- 1.9. O Gestor ciente e pós validar o atestado médico do funcionário de até 15 dias ou mais de afastamento corridos ou intercalados, em um período de 60 dias deve orientar o funcionário para entregar o documento no SESMT, conforme protocolo de entrega de atestado médico.

Procedimentos

- 3.1.1. **Atestado de até 15 dias de afastamento corridos ou intercalados, em um período de 60 dias**
 - a. Providenciar atestado médico ou odontológico, contendo:
 - nome completo do funcionário;
 - data da consulta;
 - período de afastamento;
 - data da alta médica, em caso de afastamento superior a 5 dias;

- assinatura e carimbo do médico ou dentista, com número de registro no Conselho Regional de Medicina – CRM ou Conselho Regional de Odontologia – CRO;
- b. Apresentar ao Gestor o atestado médico ou odontológico, que comprove a incapacidade temporária para o exercício de suas atividades laborativas, assim que retornar ao trabalho.

Atestado com mais de 15 dias consecutivos ou intercalados, em um período de 60 dias

- c. providenciar atestado médico ou odontológico, conforme item a, e relatório médico de encaminhamento ao INSS, quando necessário;
- d. informar ao Departamento de gestão de pessoas, até o 10º. dia de afastamento, o período em que ficará afastado, para receber as orientações quanto ao requerimento do Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença junto ao INSS;
- e. requerer o Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença junto ao INSS e apresentar o respectivo protocolo ao Departamento de gestão de pessoas, para que seja atestado o último dia trabalhado;
- f. providenciar os documentos requeridos pelo INSS para apresentação no dia agendado para perícia;
- g. comparecer a perícia médica do INSS, no dia e horário agendados, e receber a Comunicação do Resultado da Avaliação da Incapacidade – CRAI;
- h. apresentar ao Departamento de Gestão de Pessoas a CRAI, juntamente com uma cópia do relatório médico e submeter-se a avaliação do médico do trabalho;
- i. apresentar ao Departamento de Gestão de Pessoas uma cópia da carta Concessionária do Benefício, assim que recebê-la do INSS, e a CTPS para os devidos registros;
- j. comparecer às perícias médicas agendadas pelo INSS, no decorrer do período de afastamento, apresentando ao Departamento de Gestão de Pessoas às respectivas CRAI's, com o resultado da avaliação.

3.1.2. Alta do Auxílio-Doença

- a. comunicar, de imediato o Departamento de Gestão de Pessoas sobre a alta do Auxílio- Doença;
- b. submeter-se a avaliação do médico do trabalho, no primeiro dia da volta ao trabalho, para realização de exame de retorno, munido da CRAI de alta e do relatório médico;
- c. receber o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO de retorno ao trabalho, emitida pelo médico do trabalho, em duas vias, quando o afastamento for igual ou superior a 30 dias ou relatório médico no caso de períodos inferiores;
- d. entregar ao Departamento de Gestão de Pessoas a primeira via da ASO, e mantendo a segunda via em arquivo próprio, e a CTPS para os devidos registros;
- e. manter o Departamento de Gestão de Pessoas informado, no caso de protocolo de Recursos, e informar todas as decisões do INSS.

Atestados de até 15 dias de afastamento corridos ou intercalados, em um período de 60 dias

- f. receber o atestado médico do funcionário e verificar se as informações estão de acordo com o item 3.1.1 – “a”;
- g. solicitar ao funcionário que substitua o atestado, no prazo de 2 dias, quando identificar incorreções;
- h. Vista o verso do atestado, identificando a matrícula do funcionário e a Diretoria/Área de lotação;
- i. Providenciar o lançamento no sistema de registro de ponto do funcionário, e encaminhar o atestado médico anexado ao relatório semanal de controle de atestados médicos ao Departamento pessoal para arquivar no prontuário funcional;
- j. controlar as ausências médicas ou odontológicas do funcionário e, nos casos em que houver soma de mais de 15 dias de atestado num período de 60 dias, encaminhá-lo para o Departamento de gestão de pessoas.

Atestados com mais de 15 dias consecutivos ou intercalados em um período de 60 dias

Orientar o funcionário a procurar o Departamento de Gestão de Pessoas no 10º. dia de afastamento consecutivo ou no 16º. dia de afastamento

intercalado, para receber orientações quanto ao Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença.

Alta do Funcionário do Auxílio-Doença

- k.** receber do Departamento de Gestão de Pessoas informação sobre a alta do funcionário e autorizar o retorno às suas funções;
- l.** tratar a frequência do funcionário após a data da alta.

3.1.3. Atestados de até 15 dias de afastamento corridos ou intercalados, em um período de 60 dias

- a.** receber do Diretor ou Gestor o atestado médico, devidamente vistado, com identificação da matrícula do funcionário e a Diretoria/Área de lotação;
- b.** providenciar os abonos na frequência do funcionário.
- c.** manter os atestados no prontuário do funcionário.

Atestados com mais de 15 dias consecutivos ou intercalados em um período de 60 dias

- d.** orientar o funcionário para requerer o Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença junto ao INSS;
- e.** preencher e entregar ao funcionário a Relação de Salário Contribuição;
- f.** receber do funcionário o protocolo de requerimento do Benefício Previdenciário de Auxílio-Doença junto ao INSS e atestar o último dia trabalhado, para que o funcionário apresente no dia de sua perícia junto com os demais documentos;
- g.** receber do funcionário a CRAI, juntamente com uma cópia do relatório médico e encaminhá-lo e para avaliação médico do trabalho;
- h.** receber do funcionário uma cópia da Carta Concessionária do Benefício e a CTPS;
- i.** encaminhar a CTPS para os devidos registros;
- j.** proceder aos acertos de frequência e efetuar o pagamento da complementação salarial do benefício previdenciário, quando devida;

- i. receber do funcionário as CRAI's relativas às perícias médicas realizadas junto ao INSS, no decorrer do período de afastamento, acompanhando o resultado das avaliações;
- k. Organizar a documentação recebida e manter em pastas apropriadas, para futura fiscalização pelo Ministério do Trabalho.

3.2.4. Alta do Auxílio-Doença

- a. receber comunicação do funcionário quanto à alta do Auxílio-Doença e agendar avaliação do médico do trabalho no primeiro dia de retorno do funcionário;
- b. receber a primeira via da ASO de retorno ao trabalho, emitida pelo médico do trabalho, quando o afastamento for superior a 30 dias, ou relatório médico, no caso de período inferior;
- c. apresentar ao Gestor o ASO ou relatório médico, conforme o caso, informando sobre o retorno do funcionário às suas atividades;
- d. manter o ASO ou relatório médico no prontuário do funcionário;
- e. acompanhar as decisões do INSS, quando o funcionário apresentar Recursos;
- f. tratar a frequência e o acerto dos pagamentos do funcionário após a data da alta.
- g. O funcionário que estiver apto a retornar ao trabalho antes da perícia médica inicial e que estiver de posse do laudo do médico assistente, deve comparecer ao Departamento Pessoal para agendamento da avaliação pelo médico do trabalho do possível retorno ao trabalho.

Subseção 05 – Férias

Definição

É o período anual de descanso remunerado com duração máxima de 30 dias, proporcional ao número de faltas ao serviço.

Critérios e Requisitos

- 1.8.** Para o primeiro período aquisitivo serão exigidos doze meses de exercício efetivo.

- 1.9.** As férias não poderão ser concedidas em dois períodos, exceto nos casos previstos na CLT, sendo que um dos quais não poderá ser inferior a dez dias corridos.
- 1.10.** O gozo de férias deverá obedecer à programação previamente elaborada em cada setor.
- 1.11.** As férias já programadas nos Avisos de Férias, somente poderão ser alteradas desde que aceita a justificativa pela supervisão imediata, e com antecedência de 30 dias da data prevista para gozo, devendo ser emitido novo Aviso.
- 1.12.** As férias deverão ser gozadas durante o período aquisitivo, não podendo ser acumuladas mais do que dois períodos.
- 1.13.** Não terão direito a férias, o funcionário que, no decorrer do período aquisitivo:
- 1.13.1.** Faltar injustificadamente por mais de 32 dias consecutivos ou alternados.
- 1.13.2.** Ausentar-se por auxílio-doença ou acidente do trabalho por mais de 180 dias, dentro do período aquisitivo.
- 1.14.** Terá seus dias de férias reduzidos, o funcionário que faltar injustificadamente nas seguintes proporções:

Faltas	Férias
De 6 a 14 dias	24 dias
De 15 a 23 dias	18 dias
De 24 a 32 dias	12 dias
Acima de 32 dias	Não terá direito a férias

Procedimentos

1.15. Funcionário

- 1.15.1.** Informar ao Gestor de sua preferência quanto ao período de férias, para fins de avaliação e elaboração da escala de férias.

- 1.15.2.** Receber informação do Gestor sobre a escalação de férias de sua Área.
- 1.15.3.** Receber, preencher e assinar as duas vias do Aviso de Escalação de Férias e entregar ao Gestor.
- 1.15.4.** Receber uma via do Aviso de Escalação de Férias aprovado pelo Gestor.
- 1.15.5.** Receber, assinar e devolver, no ato, uma via do Recibo de Férias ao Gestor.
- 1.15.6.** Elaborar, anualmente, a escala de férias de seus subordinados e encaminhar ao Departamento de Gestão de Pessoas até o dia 20 do mês de novembro.
- 1.15.7.** Receber os Avisos de Escalação de Férias, colher a assinatura do funcionário, aprovar e devolver uma via ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.15.8.** Entregar e colher, no ato, a assinatura do funcionário no Recibo de Férias, encaminhando uma via ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.15.9.** Lançar no Sistema de Administração de Pessoal os dados referentes aos períodos de férias, conforme escala anual.
- 1.15.10.** Manter em arquivo as escalas.
- 1.15.11.** Imprimir até o 5º. dia útil do mês os Avisos de Escalação de Férias do mês subsequentes e encaminhá-los aos respectivos Gestores.
- 1.15.12.** Receber uma via dos Avisos de Escalação de Férias assinado, efetivar no Sistema para pagamento e gerar o Recibo de Férias, até 05 dias da data de início das férias.
- 1.15.13.** Encaminhar os Recibos de Férias para os Gestores e receber uma via assinada pelo funcionário.

Subseção 06 – Movimentação de Pessoal

Definição

É a alteração da área de lotação do funcionário, que implica na mudança do centro de custo, podendo ocorrer no mesmo ou em outro cargo.

Requisitos/Critérios

- 1.1.** Caso a transferência resulte em mudança de cargo e salário deverá ser aplicado os mesmos critérios estabelecidos para promoção e progressão horizontal.
- 1.2.** A transferência de pessoal entre áreas estará condicionada à disponibilidade do funcionário pela Área Cedente e a existência de vaga na Área de Destino.
- 1.3.** A transferência somente poderá ser efetivada após análise e emissão de parecer técnico pelo Departamento de Gestão de Pessoas, quanto à compatibilidade do conteúdo do cargo do funcionário a ser transferido com as funções a serem desenvolvidas no Departamento de Destino e jornada de trabalho.

Procedimentos

- 3.1.1.** Obter anuência prévia do Gestor do Departamento de Destino sobre o interesse em receber o funcionário e preencher o formulário de “Movimentação de Pessoal - MP”, em uma via, e encaminhar ao Departamento de Gestão de Pessoas para avaliação da viabilidade da transferência.
- 3.1.2.** Receber do Departamento Cedente a “MP” e avaliar a viabilidade da transferência. Em caso de parecer favorável, encaminhar a “MP” ao Gestor do Departamento Cedente, informando a data de apresentação do funcionário no Departamento de Destino.
- 3.1.3.** Registrar o motivo em campo específico da “MP”, caso a transferência não seja possível e devolvê-lo ao Gestor do Departamento Cedente.
- 3.1.4.** Receber do Departamento de Destino a “MP” assinada e atualizar o Quadro de Pessoal, mantendo-a em arquivo.

3.1.5. O funcionário deve comparecer no Departamento de Destino na data prevista, apresentando a “MP” ao Gestor.

3.1.6. O departamento de destino deve Recepcionar o funcionário, preencher e assinar a “MP” e devolvê-la ao Departamento de Gestão de Pessoas.

Movimentação Vertical (Promoção)

Definição

É a passagem para cargo de faixa superior, dentro da respectiva carreira, com consequente alteração de salário.

Requisitos/Critérios

- 1.1.** A movimentação vertical do funcionário estará condicionada ao atendimento dos seguintes fatores:
 - a.** existência de vaga;
 - b.** disponibilidade de recursos financeiros;
 - c.** necessidade de serviço;
 - d.** o funcionário deverá:
 - preencher os requisitos de habilidade, escolaridade e experiência exigidos pelo novo cargo;
 - estar no cargo atual, no mínimo, a um ano.
- 1.2.** No processo deverá ser considerado o resultado obtido pelo funcionário em sua Avaliação de Desempenho. Preferencialmente, a promoção deverá ocorrer na primeira faixa estabelecida para o seu novo cargo.
- 1.3.** Quando o aumento salarial decorrente da promoção for superior a 25% (vinte e cinco por cento), o aumento será escalonado em parcelas de, no máximo, 25% a cada noventa dias.
- 1.4.** As exceções às regras estabelecidas acima serão resolvidas pelo Diretor Executivo, com parecer do Gestor do Departamento de Gestão de Pessoas e do Diretor Administrativo-Financeiro.

Procedimentos

2.1. Gestor

- 2.1.1.** Emitir o formulário “Movimentação de Pessoal – MP”, mediante consulta prévia ao Diretor da Área, indicar no campo apropriado o tipo de alteração e enviar ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 2.1.2.** Receber a “MP” e avaliar a alteração solicitada, nos aspectos relacionados ao atendimento dos pré-requisitos estabelecidos no Plano de Cargos e Salários e neste Manual e quanto aos recursos financeiros disponíveis.
- 2.1.3.** Emitir parecer na “MP” e encaminhar à Diretoria Executiva para aprovação.
- 2.1.4.** Após deliberação da Diretoria Executiva, o Departamento de Gestão Recursos Humanos receberá a “MP”, em caso de aprovação proceder às alterações no Sistema de Folha de Pagamento e atualizar o Quadro de Pessoal. Caso contrário, informar à Diretoria do funcionário o motivo, via memorando e manter a “MP” em arquivo.

Progressão Horizontal

2. Definição

É a passagem para o nível imediatamente superior, dentro do mesmo cargo, com alteração salarial.

Requisitos/Critérios

- 2.1.** A Progressão ocorrerá em períodos determinados pela Diretoria Corporativa, subsidiado pelo Sistema de Avaliação de Desempenho, a partir do nível “2” ou “3” de cada faixa, desde que atingidas as metas de desenvolvimento estabelecidas em consenso com o funcionário.
- 2.2.** No ano de vigência do processo, concorrerão à progressão horizontal os funcionários que atingirem o percentual 90% da pontuação máxima na sua Avaliação de Desempenho.
- 2.3.** Preferencialmente, a progressão horizontal deverá ocorrer no nível imediatamente superior ao posicionamento atual do cargo do funcionário.
- 2.4.** Excepcionalmente, o desempenho destacado (acima da média) poderá indicar progressões de um ou dois níveis, dentro do padrão em que o cargo estiver classificado, desde que o funcionário esteja no seu efetivo desempenho há, pelo menos, um ano.

2.5. Para participar do processo de Progressão os funcionários deverão atender às seguintes condições:

- a.** não ter sofrido sanções disciplinares nos últimos doze meses;
- b.** estar ocupando o cargo atual há no mínimo doze meses;
- c.** os funcionários que não atingirem o tempo completo de exercício no cargo e os recém- admitidos, quando da aplicação da progressão, somente terão direito no próximo ciclo;

Procedimentos

Adotar os mesmos procedimentos descritos no Sistema de Avaliação de Desempenho.

Subseção 07 – Sistema de Avaliação de Desempenho

Definição

É a sistemática de análise do desempenho do funcionário, em relação às suas competências, habilidades, atitudes, desenvolvimento e resultados obtidos, de acordo com as especificações de seu cargo.

Requisitos e Critérios

- 1.1.** A Avaliação de Desempenho compreende as seguintes etapas:
 - a.** Autoavaliação – feita por todos os funcionários, inclusive diretores e Gestores;
 - b.** Consenso – realizada em conjunto com o avaliado e seu superior imediato;
 - c.** Feedback e Negociação do Desempenho – é a troca de informações para obter acordo e comprometimento na formulação de ações e no cumprimento de objetivos que satisfaçam as pessoas e a Instituição.
- 1.2.** São considerados como padrões de desempenho as expectativas que podem ou não ser alcançadas em função do comportamento real obtido pela análise dos desempenhos individuais.
- 1.3.** É considerado como Defasagem ou Gap a diferença entre o que é esperado e o que é realizado.
- 1.4.** São consideradas como competências o conjunto de Conhecimentos, Habilidades e Atitudes (CHA), exigido pelo cargo, dimensionando a capacidade profissional que o funcionário deverá apresentar.

- 1.5. A Avaliação de Desempenho será realizada, anualmente, nos meses pré-determinados pela Diretoria Administrativo-Financeira a todos os funcionários que estejam ativos.
- 1.6. No período de experiência o funcionário será submetido a uma avaliação com dez dias de antecedência da data de fim do contrato de experiência, ou oitenta dias do início de suas atividades, para definição se será efetivado ou não.
- 1.7. O funcionário recém-contratado deverá ser informado sobre a descrição de cargo e competências e comportamentos sob o qual será avaliado.
- 1.8. Os funcionários que tenham retornado de afastamento só podem participar do Processo de Avaliação de Desempenho se tiverem exercido suas atividades em 80% dos dias úteis contados da data da última Avaliação, excluem-se férias e licença maternidade.
- 1.9. O Sistema de Avaliação de Desempenho deverá ser utilizado como ferramenta de orientação nos processos de progressão (movimentação horizontal) e de promoção (movimentação vertical) dos funcionários.
- 1.10. A avaliação de desempenho dos funcionários será realizada por seu respectivo gestor:

Descrição das competências dos cargos

- 1.11. A avaliação de desempenho será realizada com base no conjunto de competências descritas no manual institucional de competências através do Sistema de Avaliação de Desempenho, sendo avaliados em todos os cargos, as competências organizacionais que são:

1. Humanização
2. Comprometimento
3. Ética

Ocupantes de Cargos de Gestão e Liderança – nível estratégico e tático

4. Comunicação
5. Equilíbrio Emocional
6. Planejamento com foco em resultados
7. Visão Sistêmica

Ocupantes de Cargos Administrativos e Operacionais – avaliados conforme a competência do cargo:

8. Agilidade
9. Atenção concentrada
10. Comunicação operacional
11. Equilíbrio emocional
12. Flexibilidade
13. Foco no cliente
14. Iniciativa
15. Responsabilidade
16. Organização
17. Trabalho em equipe

São considerados **cargos estratégicos**:

- Diretores e gerentes

São considerados **cargos táticos**:

- Coordenadores, Enfermeiros, médicos, Supervisores e Assessores

São considerados **cargos operacionais**:

- Analistas, assistentes, auxiliares, dentistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, maqueiros, psicólogo e técnicos.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO

Etapas de Avaliação de Desempenho

Na metodologia GCPEC (Gestão por Competências) baseada no Perfil de cada cargo, anualmente, a área de Recursos Humanos define um período de avaliação dos líderes e dos colaboradores.

Para poder participar da avaliação de desempenho é tecnicamente recomendado que um gestor ou um colaborador tenha, no mínimo, 05 (cinco) meses de atuação no mesmo cargo, para que haja conhecimento e acompanhamento adequados a uma avaliação justa do seu desempenho.

Após a divulgação dos prazos de avaliação pelo R.H., as próximas etapas do processo são:

1. **Autoavaliação:** O avaliado terá disponível no sistema GCPEC o agendamento da sua avaliação para que possa acessar o formulário e preenchê-lo, utilizando como referência seu desempenho dentro das competências do cargo que ocupa, no mínimo dos últimos 06 meses e no máximo dos últimos 12 meses de trabalho.
2. **Avaliação do Superior:** Em paralelo o “Avaliador” (superior) também terá acesso e preencherá o formulário de avaliação do seu subordinado, com o desempenho observado em cada competência do cargo do seu colaborador, durante o último ano, respeitando o período mínimo de 6 meses e máximo de 12 meses.
3. **Reunião de Consenso:** O Avaliador convidará o “Avaliado” para dialogar sobre as duas avaliações preenchidas anteriormente. É no momento do consenso que o “avaliado” poderá apresentar o seu trabalho e seus resultados, por meio de exemplos e fatos do dia a dia do seu setor, a fim de sustentar as notas dadas no seu formulário de autoavaliação. É também no Consenso que líder e liderado estabelecem uma conversa aberta e transparente sobre o desempenho do “avaliado” e constroem juntos “planos de ação” de melhorias para que o profissional possa se desenvolver e alcançar melhor desempenho em competências que tiveram algum ponto frágil (GAP de desempenho).

Escala de Cores e Notas

Para facilitar a orientação de Avaliadores e Avaliados, no preenchimento do formulário (online) de avaliação de desempenho por competências do sistema (software GCPEC), há uma metodologia de avaliação que trabalha em primeiro lugar com “CORES”. (As notas de 0 a 10 são apenas consequências das escolhas destas cores).

DICA IMPORTANTE: Ao fazer a avaliação é fundamental que tanto Avaliados quanto Avaliadores pensem primeiro no conceito das cores utilizadas, conforme segue:

AZUL = Significa que o “Avaliado” faz mais do que está escrito no indicador que está sendo avaliado, ou seja, ele faz tudo o que está sendo solicitado no indicador de desempenho e ainda supera as expectativas, vai além do que está escrito (faz **110%**).

Para toda nota de cor azul é obrigatório o preenchimento do campo “**Justificativa**” para que fique registrado exatamente o que foi realizado além, isto é, o que foi feito a mais pelo avaliado e que superou o que estava escrito no indicador.

VERDE = Significa que o “Avaliado” cumpre integralmente (100%) o indicador de desempenho, ou seja, o profissional que está sendo avaliado está entregando de forma adequada os resultados esperados pela Organização dentro das competências do seu cargo.

AMARELO = Significa que o “Avaliado” cumpre apenas parcialmente o que está proposto no indicador de determinada competência, ou seja, aqui é possível construir um “Plano de Ação” para melhoria do desempenho do próprio “avaliado”.

VERMELHO = Significa que o “Avaliado” não faz o que está descrito no indicador de desempenho. Nesse caso é imprescindível estabelecer um ou mais “Planos de Ação” para que o profissional passe a executar e cumprir o que está definido no indicador daquela competência.

CINZA = Essa cor somente é utilizada quando algum indicador “**Não se Aplicar**” ao cargo que está sendo avaliado. Para toda nota cinza também é obrigatório o preenchimento do campo “**Justificativa**” para que fique registrado porque tal indicador não será avaliado.



Fonte: Tela de Avaliação de desempenho do sistema de Gestão por Competências – GCPEC (FATOR RH)

Protocolo de “Avaliação de Desempenho” e Feedback

- ★ **Feedback** é um processo de ajuda (Diálogo) entre Líder e Liderado para manter ou melhorar o desempenho profissional. Pode ser utilizado em qualquer situação ou momento do dia a dia de trabalho que mereça um “**elogio**” ou uma “**orientação de melhoria**”.
- ★ **Avaliação de desempenho** é um processo que ocorre entre líder e liderado com objetivo de avaliar e registrar o desempenho de cada profissional no seu trabalho, além de elaborar, em conjunto com a liderança, **Planos de Ação** para desenvolvimento das competências necessárias ao seu cargo. A “avaliação de desempenho” é um processo que ocorre geralmente uma vez por ano, diferentemente do “feedback” que pode ocorrer a qualquer tempo.

ORIENTAÇÃO AOS AVALIADORES

Passo 01: Certifique-se que você terá, pelo menos, 20-30 minutos sem interrupção para planejar-se de forma adequada para o processo. Em seguida, leia o PEC (Perfil Estruturado por Competências) do cargo que o seu subordinado ocupa. E veja com mais atenção quais são as **Competências Essenciais** do cargo, pois, nestas competências e indicadores você terá que se concentrar mais.

Passo 02: Faça uma análise imparcial do desempenho e das metas que o profissional atingiu no período. Relacione quais os fatos / situações que aconteceram ao longo do último ano com esse subordinado, tanto coisas positivas quanto erros ou atitudes inadequadas ao trabalho. Releia os Registros de Feedback que você fez ao longo dos últimos 12 meses para esse colaborador.

Passo 03: No formulário de Avaliação de Desempenho, no sistema informatizado de gestão por competências Escolha a cor adequada ao desempenho do colaborador (Azul, Verde, Amarela, Vermelha ou Cinza) ... lembre-se que a nota (0 a 10) é mera consequência da escolha da COR, portanto, ao preencher a avaliação pense sempre 1º. na Cor Correta. Anote também todos os exemplos ou fatos que você considera importante lembrar sobre as notas que está dando na avaliação (Se desejar, use o campo “justificativa” para fazer essas anotações).

Passo 04: Antes de convidar seu subordinado para a “reunião de consenso”, prepare-se para esse encontro:

Consulte no sistema a tela de Consenso para ver as notas dadas pelo “avaliado” e leia as justificativas (caso existam) do motivo daquelas notas. Portanto, para cada nota acima ou abaixo do desejável (PEC) é muito importante que você, como gestor e avaliador, tenha **exemplos** (situações) para relatar ao seu subordinado, a fim de manter o diálogo centrado apenas nos **Fatos** e não em julgamentos ou opiniões.

Passo 05: Somente após realizar os 4 primeiros passos, combine data e hora com seu subordinado para conduzir a reunião de “Consenso” com ele. Também não se esqueça de montar uma estratégia (desligar os celulares, avisar a secretaria, etc) para que ninguém os interrompa durante o diálogo do “Consenso”.

COMO DAR FEEDBACKS

DICA 01: Faça o “Feedback” sempre em local apropriado (reservado e sem exposição do profissional a outras pessoas). Mantenha uma postura profissional (evite, ao máximo, momentos emocionais ou julgamento de valor) elogie o bom desempenho ou mostre interesse em ajudar o colaborador em caso de falha. Lembre-se: “Feedback é um processo de Ajuda para obtenção de um Desempenho Superior”. Além disso, os **“Feedbacks” importantes devem ser sempre registrados** por escrito em sistema informatizado ou formulário próprio para manter-se o histórico do profissional, segundo as melhores práticas de gestão de pessoas.

DICA 02: Quando for dar um “Feedback” durante a Avaliação de Desempenho, mostre primeiro os pontos em que o subordinado **atingiu ou até superou as expectativas**. Inicie sempre mostrando os pontos fortes do avaliado, oferecendo elogio (baseados em fatos) e reconhecimento que o profissional merece. Reforce sempre os seus elogios com exemplos do dia a dia do subordinado, mostrando exatamente em quais competências e situações de trabalho ele está indo muito bem.

DICA 03: Quando for uma avaliação de desempenho é importante lembrar que para cada nota **abaixo do desejado** no Perfil do Cargo (PEC), é preciso discutir com o profissional como ele vê o seu próprio desempenho – pergunte isso a ele (a).

Dê tempo para que o colaborador possa colocar seus argumentos com relação ao fato, ouvindo atentamente sem interrompê-lo e fazendo anotações, se necessário. Se o profissional lhe convencer com fatos e exemplos, você como avaliador poderá mudar a sua nota na coluna de “Consenso”, finalizando com uma avaliação realmente justa e baseada em dados, fatos e exemplos concretos. Mudar uma nota quando for realmente coerente não é sinônimo de “fraqueza”, mas sim um sinal de um líder que sabe agir com justiça.

DICA 04: Sempre que for argumentar uma nota abaixo do PEC, procure se valer de vários exemplos, fatos e situações que você previamente anotou, para poder dialogar sobre estas deficiências ou pontos que precisam ser melhorados no desempenho do seu subordinado.

DICA 05: Quando estiver oferecendo um “**Feedback**” de **Orientação** no dia a dia de trabalho do setor, sempre conclua com um compromisso assumido, ou seja, escreva aquilo que o profissional irá fazer para melhorar sua atividade ou comportamento. Entretanto, quando for um “**Feedback de Elogio**” escreva no formulário de registro apenas o fato ocorrido e os pontos positivos desse fato, nos quais o subordinado se destacou. Registre sempre os “Feedbacks” no sistema de gestão por competências ou formulário e faça isso, obrigatoriamente, na frente do profissional para que ele perceba a importância do processo e não seja pego de surpresa, lendo no sistema (software) um “feedback orientativo” lançado por você e que ele nem sabia da existência.

DICA 06: Quando identificada uma deficiência de desempenho na avaliação anual por competências, é obrigatória a elaboração de um ou mais **PLANOS DE AÇÃO**, visando promover melhorias (Estes planos podem abranger apenas uma orientação e uma tarefa a ser executada ou a realização de um curso para aprimoramento da competência em questão) Ao traçar um plano de ação é necessário colocar um prazo de reavaliação dele. Nossa recomendação técnica é que essa data de revisão do plano seja entre **3 e 6 meses** (Para que não fique muito próxima da avaliação de desempenho do ano seguinte).

DICA 07: Procure agrupar as datas de reavaliação de vários planos de ação de um mesmo subordinado, num único dia (encontro) ou, no máximo, em duas datas para evitar que você tenha que se reunir com ele em vários momentos diferentes (uma para cada plano de ação). Assim você otimiza sua agenda para acompanhar se o plano foi cumprido ou não pelo colaborador.

ORIENTAÇÃO AOS AVALIADOS

Passo 01: Certifique-se que você terá, pelo menos, 20-30 minutos sem interrupção para planejar-se de forma adequada para o processo. Em seguida, leia o PEC (Perfil Estruturado por Competências) do cargo que você ocupa atualmente. Você precisa conhecer com segurança as competências do seu PEC. Uma dica importante: olhe com mais atenção quais são as **Competências Essenciais e seus Indicadores**, pois, estas requerem do ocupante do cargo um desempenho ainda melhor.

Passo 02: Faça uma análise imparcial, portanto, do seu desempenho e das suas atitudes (comportamento) durante os últimos 12 meses (tanto coisas positivas quanto erros ou atitudes inadequadas ao trabalho).

Passo 03: No formulário do sistema de gestão por competências, escolha a cor adequada ao seu desempenho em cada indicador (Azul, Verde, Amarela, Vermelha ou Cinza)... Lembre-se que a nota (0 a 10) é mera consequência da escolha da COR, portanto, ao preencher a avaliação pense sempre 1º na Cor Correta.

Também anote os exemplos ou fatos que você considera importante lembrar depois, quando estiver realizando a reunião Consenso com seu Superior para poder justificar de forma profissional a sua nota na. (Se desejar, use o campo “justificativa” para fazer essas anotações).

Passo 04: Se você deu uma nota baixa para alguma competência, procure já elaborar uma sugestão do que você pode fazer para melhorar, pois, durante a conversa com o seu líder é muito importante que você já tenha uma proposta de como fazer diferente ou como melhorar a sua atitude, o seu desempenho profissional e os seus resultados.

Passo 05: Procure ser pontual na data e hora marcada com seu superior para o diálogo de “Consenso” sobre a sua avaliação de desempenho.

COMO RECEBER FEEDBACK

DICA 01: Mantenha sempre o equilíbrio emocional (tranquilidade) para receber o “Feedback” do seu superior. Lembre-se que tanto a avaliação anual quanto os “Feedbacks” do dia a dia são ferramentas para lhe ajudar a se desenvolver, portanto, adote uma postura mais receptiva e mais interessada em compreender os fatos que estão sendo ditos. Concentre-se na oportunidade de se aprimorar como profissional e como pessoa (Mente Aberta). Para isso, faça uma “escuta

ativa”, ou seja, ouça atentamente toda a comunicação, sem interromper seu líder, analisando como você pode melhorar seu desempenho.

DICA 02: Caso você não concorde com algum comentário (“Feedback”) ou nota (“avaliação de desempenho”), a melhor estratégia é usar exemplos, fatos e situações que comprovem que o seu desempenho foi diferente. Faça isso de forma correta, ou seja, com um tom de voz amistoso e com postura realmente profissional (sem emoções ou falas agressivas).

DICA 03: Faça perguntas também para esclarecer suas dúvidas ou compreender melhor a expectativa do seu superior, além de manifestar suas dificuldades e solicitar ajuda, quando necessário. Lembre-se: **“Feedback é um processo de Ajuda”**.

DICA 04: Evite ficar se justificando o tempo todo, pois, isso não melhora o seu desempenho. **Se houve um erro ou uma falha**, ouça o “Feedback” com atenção e tenha humildade para aceitar a avaliação feita pelo seu superior e aprender com o que ocorreu.

DICA 05: Quando identificada uma deficiência de desempenho (na sua avaliação anual), sugira algum plano de ação para melhorar o seu trabalho ou a sua atitude. Lembre-se que não adianta apenas aceitar a crítica, **você precisa montar um plano de ação** com o seu superior para poder melhorar o seu desempenho.

➤ **Subseção 08 – Saúde e Segurança do Trabalho**

Definição

É um programa de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde, de natureza subclínica, visando constatar existência de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde do funcionário, especialmente no âmbito coletivo.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** O planejamento do PCMSO deverá ser elaborado por médico do trabalho, com base nos riscos existentes à saúde dos funcionários de acordo com as atividades exercidas, considerando as avaliações previstas nas NR – Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.
- 1.2.** Os exames complementares deverão ser realizados em entidades (laboratórios, clínicas, hospitais) indicados pelo Instituto Social Mais Saúde.
- 1.3.** Todo funcionário deverá ser submetido a exame médico periódico, no mínimo, uma vez ao ano.
- 1.4.** A periodicidade da realização dos exames deverá ser definida com base no cargo e nas condições do local do trabalho do funcionário.

- 1.5.** O Gestor deve liberar seus funcionários para realizar exame médico periódico e revisão psicológica, quando convocados, bem como os exames complementares solicitados pelo médico do trabalho.
- 1.6.** O funcionário somente poderá atuar em suas atividades próprias do cargo e posto de trabalho se estiver com o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO de apto vigente.
- 1.7.** O funcionário afastado por motivo de doença por período superior a 30 (trinta) dias, por ocasião da alta médica deverá ser submetido a exame médico de retorno ao trabalho, obrigatoriamente, antes do início do trabalho.
- 1.8.** Todo candidato, antes de ser admitido no Instituto Social Mais Saúde, deverá ser submetido a exame médico admissional, de caráter eliminatório, caso não atenda ao perfil de saúde e biótipo específico do cargo pretendido.
- 1.9.** Todo funcionário, antes de ser desligado do Instituto Social Mais Saúde, deverá ser submetido a exame médico demissional, caso o último exame periódico tenha ocorrido a mais de 90 (noventa) dias.
- 1.10.** O funcionário reenquadrado em um novo cargo deverá ser submetido a exame médico para mudança de função, antes de iniciar as novas atividades.
- 1.11.** Os exames médicos periódicos, admissionais, demissionais e de mudança de cargo deverão ser programados e agendados junto ao médico do trabalho pelo Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.12.** Os funcionários serão convocados considerando a data do último exame ocupacional realizado (12 meses).
- 1.13.** O funcionário deverá se apresentar ao médico do trabalho no local, data e horário estabelecidos. O não comparecimento poderá acarretar a aplicação de medidas disciplinares.
- 1.14.** O Gestor, em caso de justificada necessidade e excepcionalmente, poderá solicitar alterações na programação de exames médicos periódicos proposta pelo Departamento de Gestão de Pessoas, até o dia 15 de cada mês que antecede ao da realização do exame. Após essa data não serão processadas alterações.

- 1.15.** Os funcionários que se encontrarem de férias no mês de sua convocação terão seus exames remarcados, automaticamente, para data posterior, sendo, no máximo, 2 meses depois da data prevista no caso de exame médico e 3 meses no caso de revisão psicológica.
- 1.16.** Os dados referentes a doenças ocupacionais ou sinais/sintomas detectados na avaliação médica, bem como informações sobre possíveis agentes agressivos à saúde, decorrentes da avaliação médica e/ou inspeção no local de trabalho, deverão ser utilizados para no planejamento do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA

Procedimentos

1.17. Departamento de Gestão de Pessoas

- 1.17.1.** Receber do médico do trabalho a “Programação de Exames Médicos e Revisão Psicológica”.
- 1.17.2.** Emitir relação dos funcionários para realização dos exames médicos periódicos e revisão psicológica, considerando a data do último exame (12 meses), contendo o nome, número do registro de identificação funcional, cargo, Diretoria/Gestoria, datas programada e da efetiva realização.
- 1.17.3.** Encaminhar a relação aos Gestores, por e-mail, até o dia 10 de cada mês, a relação dos funcionários que farão exames no mês seguinte.
- 1.17.4.** Receber dos Gestores, por e-mail, até o dia 15 de cada mês, eventuais solicitações de alterações de data da realização dos exames médicos e alterar no relatório a data programada.
- 1.17.5.** Agendar a realização dos exames médicos e revisão psicológica.
- 1.17.6.** Emitir, em duas vias, e enviar aos Gestores a “Convocação para Realização de Exames Médicos e Revisão Psicológica” até o dia 25 de cada mês que antecede ao da realização do exame.
- 1.17.7.** Receber dos Gestores as primeiras vias da “Convocação para Realização de Exames Médicos e Revisão Psicológica” e manter em arquivo na pasta do funcionário.
- 1.17.8.** Receber do médico do trabalho a 1ª. via do Atestado de Saúde Ocupacional – ASO, cientificar os Gestores e manter arquivada na pasta do funcionário, para fiscalização pelo Ministério do Trabalho.

- 1.17.9.** Registrar na Relação de Funcionários para Realização de Exames Médicos Periódicos e Revisão Psicológica a data de sua efetiva realização.
- 1.17.10.** Receber dos Gestores os atestados médicos e providenciar os acertos de frequência dos funcionários.
- 1.17.11.** Agendar e controlar a realização dos exames admissionais, demissionais e de alteração de cargo, conforme a necessidade.
- 1.17.12.** Reprogramar os exames médicos e revisão psicológica dos funcionários que não fizeram nas datas previstas e informar os Gestores para apuração e adoção das medidas disciplinares cabíveis, quando for o caso.
- 1.17.13.** Receber do Departamento de Gestão de Pessoas e analisar a “Convocação para Realização de Exames Médicos e Revisão Psicológica”.
- 1.17.14.** Solicitar ao Departamento de Gestão de Pessoas, no caso de necessidade justificada, por e-mail, alteração na programação, até o dia 15 do mês.
- 1.17.15.** Entregar aos funcionários a “Convocação para Realização de Exames Médicos e Revisão Psicológica”, colher as assinaturas e devolver as primeiras vias ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.17.16.** Receber os comprovantes de realização de exames médicos e efetuar as devidas às justificativas na frequência dos funcionários.
- 1.17.17.** Tomar ciência do resultado dos exames de seus funcionários, constantes dos Atestados de Saúde Ocupacional – ASO.
- 1.17.18.** Receber do Gestor a “Convocação para Realização de Exames Médicos e Revisão Psicológica”, devolvendo a primeira via assinada.
- 1.17.19.** Comparecer no local, data e horário estabelecidos para realização do exame médico e/ou avaliação psicológica e seguir, rigorosamente, as orientações do médico do trabalho.
- 1.17.20.** Entregar ao Gestor os comprovantes de realização de exames médicos, periódico e complementares.

Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PGR

Definição

O PGR é parte integrante das iniciativas do Instituto Social Mais Saúde com intuito de preservar a saúde e a integridade física dos funcionários, por meio da antecipação, reconhecimento e controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham existir no ambiente de trabalho.

Critérios e Requisitos

- 1.18.** O PGR será planejado, implantado e coordenado por profissionais qualificados, de acordo com as diretrizes estabelecidas nas NR – Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho.
- 1.19.** O PGR deverá estar articulado com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO e com as demais Normas Regulamentadoras.
- 1.20.** As medidas de ação propostas no PGR serão discutidas com os respectivos Gestores e membros da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio – CIPAA, que definirão o planejamento da implementação das ações.
- 1.21.** A priorização da implementação das ações planejadas deverá levar em conta a classificação dos resultados de análise quantitativa dos riscos ambientais. Deverão ser adotadas prioritariamente medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho.
- 1.22.** Os Gestores são responsáveis pelas condições ambientais adequadas em suas respectivas áreas de trabalho e deverão adotar medidas necessárias para implementação das ações e medidas de controle previstas no planejamento do PGR.
- 1.23.** Os Gestores poderão solicitar a reavaliações ambientais em suas áreas de trabalho, sempre que considerarem necessário em decorrência de alterações de métodos, local ou processos de trabalho.
- 1.24.** Novos projetos de instalações, sistemas ou equipamentos devem prever dispositivos de proteção coletiva, para a preservação da saúde e segurança dos funcionários nos respectivos ambientes ocupacionais.

- 1.25.** Os Equipamentos de Proteção Individual - EPI deverão ser utilizados, considerando as Normas Legais e Administrativas em vigor, como complemento de segurança dos funcionários, e até que as medidas no âmbito coletivo estejam implantadas.
- 1.26.** Os funcionários deverão colaborar com os processos de implantação e execução do PGR.

Procedimentos

1.27. Gestores

- 1.27.1.** Proporcionar as condições necessárias para elaboração, acompanhamento, avaliação e implementação das proposições técnicas do PGR.
- 1.27.2.** Analisar e priorizar em conjunto com os demais envolvidos, as medidas de controle propostas que venham a eliminar, minimizar ou controlar a exposição dos funcionários aos agentes ambientais.
- 1.27.3.** Receber do Departamento de Gestão de Pessoas o Planejamento Anual do PGR aprovado, e implantar as ações e medidas de controle, específicas da área de sua responsabilidade, de acordo com o cronograma.
- 1.27.4.** Exigir o uso de equipamentos de proteção individual e coletivo pelos funcionários, sob sua responsabilidade.
- 1.27.5.** Receber, anualmente, a proposta de medidas do PGR, analisar e priorizar, em conjunto com os Gestores e representantes da CIPAA, as ações a serem implementadas, considerando a disponibilidade orçamentária do Instituto Social Mais Saúde e o grau de prioridade das intervenções previstas.
- 1.27.6.** Consolidar e apresentar à Diretoria Executiva, para aprovação, o Planejamento Anual do PGR, contemplando o cronograma das ações a serem implementadas.
- 1.27.7.** Encaminhar aos Gestores o Planejamento Anual do PGR aprovado, para acompanhamento da implementação das ações em sua área de responsabilidade.

- 1.27.8.** Viabilizar treinamento adequado de seus funcionários, quanto à prevenção para situações e condições de riscos levantadas.
- 1.27.9.** Controlar o fornecimento dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI aos funcionários, mantendo os respectivos registros.
- 1.27.10.** Acompanhar a implementação do PGR, conforme cronograma.
- 1.27.11.** Seguir as orientações recebidas do Gestor do PGR.
- 1.27.12.** Posicionar a Diretoria Executiva e o Gestor do programa quanto às realizações e eventuais desvios do Planejamento Anual do PGR aprovado.
- 1.27.13.** Avaliar o desenvolvimento do PGR, por meio da análise da implementação das ações estabelecidas no cronograma, no mínimo uma vez por ano, em conjunto com o Gestor do programa, Gestores e representantes da CIPAA.
- 1.27.14.** Receber o Planejamento Anual do PGR aprovado e prever os recursos orçamentários para implementação das ações do PGR e aquisição de equipamentos.
- 1.27.15.** Providenciar a aquisição dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI, previstos no PGR.
- 1.27.16.** Colaborar e participar na implantação e execução do PGR.
- 1.27.17.** Seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PGR.
- 1.27.18.** Informar a seu superior ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar riscos à saúde dos funcionários.
- 1.27.19.** Utilizar os Equipamentos de Proteção Individuais – EPI e os que forem fornecidos pelo Instituto Social Mais Saúde.

Subseção 09 – Programa de Desenvolvimento Humano, Técnico e Gerencial

Definição

Visa proporcionar o atendimento das necessidades de formação, aperfeiçoamento e desenvolvimento dos Recursos Humanos do Instituto Social Mais Saúde, capacitando-os para o desempenho das competências e a prática dos comportamentos necessários à melhoria da qualidade dos serviços.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** Serão consideradas as seguintes Categorias de Desenvolvimento de Pessoal.
 - 1.1.1.** Técnica, direcionada à formação, aprimoramento e reciclagem dos funcionários, diretamente relacionadas com sua área de atuação.
 - 1.1.2.** Comportamental, de alcance geral e/ou específico, voltado à assimilação e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas com o trabalho, bem como a aprendizagem de novos conceitos, diretrizes e políticas adotadas pela Instituição.
- 1.2.** Serão consideradas as seguintes Modalidades de Treinamento e Desenvolvimento.
 - 1.2.1.** Programas Internos, constituídos de cursos palestras, seminários, estágios em outras áreas, rodízio de funções, reuniões de trabalho e workshops, realizados com recursos humanos, materiais e tecnológicos do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
 - 1.2.2.** Programas Externos, constituídos de cursos técnicos de curta duração, cursos de pós-graduação e MBA, palestras, seminários, convenções, viagens e visitas programadas, participação em grupos ou associações de profissionais de RH e de outras áreas.
- 1.3.** Deverão ser mantidos pelo Instituto Social Mais Saúde, em caráter prioritário, os Programas “In Company” e Mistos “In Company e Out Company” previstos no Programa de Desenvolvimento de Pessoal aprovado.
- 1.4.** Na escolha da Modalidade de Treinamento e Desenvolvimento a ser adotada deverão ser considerada as necessidades de qualificação dos funcionários, devendo ser dada preferência, sempre que possível, aos Programas Internos.
- 1.5.** O levantamento das necessidades de treinamento e desenvolvimento deverá ser realizado anualmente, no mês de novembro.
- 1.6.** O Planejamento dos Programas de Treinamento e Desenvolvimento será feito pelo Departamento de Gestão de Pessoas, considerando as necessidades de desenvolvimento comportamental e treinamento técnico e os programas prioritários do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.

- 1.7. Para todo treinamento realizado deverá ser feita a “Avaliação de Reação” pelo funcionário, imediatamente após o término do programa, considerando o conteúdo, carga horária, desempenho dos instrutores e possibilidade de aplicação dos conhecimentos e técnicas recebidos nas suas atividades.
- 1.8. A avaliação da eficácia do programa de treinamento será feita por meio do Sistema de Avaliação de Desempenho.
- 1.9. Para as despesas relativas à realização dos Programas de Treinamento e Desenvolvimento, deverá ser previsto no orçamento anual do Instituto Social Mais Saúde.
- 1.10. O recurso destinado aos Programas de Treinamento e Desenvolvimento poderá ser alterado em função da revisão da previsão orçamentária.
- 1.11. Os casos excepcionais que excedam o orçamento deverão ser analisados pela Diretoria Administrativa – Financeira e aprovados pela Diretoria Executiva.
- 1.12. A participação nos cursos internos promovidos pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE deverá ser computada positivamente na Avaliação de Desempenho dos funcionários.
- 1.13. Caberá ao Departamento de Gestão de Pessoas a responsabilidade pela identificação de parceiros internos e entidades externas para promoção das atividades de treinamento.
- 1.14. Os eventos internacionais deverão, obrigatoriamente, ser aprovados pela Diretoria Executiva.

Procedimentos

1.15. Gestor

- 1.15.1. Levantar, anualmente, as necessidades de treinamento de seus funcionários, considerando:
 - a) a necessidades individuais, identificadas pelas competências exigidas para o cargo, conforme consta do documento Especificação de Cargo;
 - b) as necessidades indicadas pelos próprios funcionários, constantes do Histórico Profissional e do Planejamento de Carreira;

- 1.15.2.** Emitir o formulário “Levantamento das Necessidades de Treinamento – LNT” e encaminhar ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.15.3.** Receber dos Gestores os formulários “Plano de Desenvolvimento Individual – PDI” e “Levantamento de Necessidades de Treinamento – LTN”.
- 1.15.4.** Analisar e uniformizar as informações enviadas pelos Gestores, quanto às necessidades de treinamento de pessoal, para estruturação do Programa Anual de Treinamento e Desenvolvimento - PAT.
- 1.15.5.** Submeter o “PAT” à aprovação da Diretoria Executiva e, posteriormente, efetuar sua implantação.
- 1.15.6.** Receber e tabular os dados constantes da “Avaliação de Reação”, nos casos de treinamentos internos promovidos pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.15.7.** Registrar em banco de dados específico os cursos realizados, mediante cópia do certificado ou documento equivalente.
- 1.15.8.** Manter as cópias dos certificados na pasta do funcionário.
- 1.15.9.** Participar efetivamente dos programas, no horário, data e local estabelecidos, preencher e encaminhar a “Avaliação de Reação” e a cópia do certificado ao Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.15.10.** Aplicar os conhecimentos adquiridos no desempenho de suas funções.
- 1.15.11.** Atuar como agente multiplicador na divulgação dos conhecimentos e tecnologias adquiridos.

Subseção 10 – Cargos e Salários

Definição

O objetivo estruturar o plano de cargos, salários e benefícios do Instituto Social Mais Saúde (ISMS), garantindo a adoção de boas práticas na gestão de talentos para promover uma administração eficiente dos recursos humanos.

Siglas

- **ISMS** - Instituto Social Mais Saúde: Organização responsável pela gestão de unidades de saúde e pela implementação de políticas de recursos humanos descritas neste manual.

- **RH - Recursos Humanos:** Departamento responsável pela gestão de pessoas, incluindo a elaboração de organogramas, descrição de cargos, recrutamento, e administração de salários e benefícios.
- **Diretoria Corporativa:** Órgão executivo central do ISMS responsável pela validação de políticas e organogramas, bem como pela aprovação das regras do plano de cargos e salários.
- **Diretoria Local:** Diretoria responsável pela gestão operacional das unidades específicas do ISMS, atuando em conjunto com a Diretoria Corporativa para validar políticas e organogramas locais.
- **Plano de Cargos e Salários:** Conjunto de diretrizes e normas que regem a estrutura de cargos, suas descrições, a tabela salarial e a política de remuneração dentro do ISMS.
- **Tabela Salarial:** Documento que organiza as faixas salariais dos cargos dentro do ISMS, sendo revisada anualmente para manter coerência com o mercado e com as diretrizes do instituto.
- **Organograma:** Estrutura hierárquica que define a disposição dos cargos e funções dentro do ISMS e de suas unidades, aprovado pelo Conselho de Administração.
- **Formulário de Exceção:** Documento utilizado para solicitar a aprovação de ações que não estejam contempladas nas regras gerais estabelecidas pelo plano de cargos e salários, necessitando de aprovação da Diretoria Corporativa.
- **Gestão de Pessoas:** Conjunto de práticas e processos conduzidos pelo departamento de Recursos Humanos para assegurar a correta administração de talentos, remuneração e desenvolvimento profissional no ISMS.
- **Recrutamento Interno:** Processo de preenchimento de vagas dentro do ISMS, priorizando a promoção e o desenvolvimento dos colaboradores já contratados antes de recorrer ao recrutamento externo.

Procedimento

O plano de cargos e salários do ISMS é composto pelas seguintes etapas: Estrutura Organizacional, Descrição dos Cargos, Composição da Tabela Salarial e Política de Remuneração.

Responsabilidades do RH:

- Elaborar o organograma do ISMS de acordo com os Cargos aprovados na estrutura da organização, para aprovação da Diretoria Corporativa;

- Elaborar com o Diretor da unidade o organograma da unidade, de acordo com os cargos definidos pela diretoria local.
- Apoiar os Gestores das áreas/unidades no processo de descrição de cargo;
- Solicitar aos Gestores das áreas/unidades que elaborem ou revisem a descrição de cargo, inclusive durante os processos seletivos ou movimentações;
- Buscar aprovação de pesquisa salarial realizada pela área de Gestão de pessoas, com o Diretoria Corporativa;
- Realizar contratações e movimentações de acordo com a tabela salarial, exceto se for aprovado pela Diretoria Corporativa através do formulário de exceção;

Responsabilidades da Diretoria Corporativa:

- Validar o organograma do ISMS;
- Validar o organograma das unidades com a Diretoria local;
- Validar a política de remuneração do ISMS, referente à sede e as unidades, juntamente com a Diretoria local;
- Aprovar regras do plano de cargos e salários do ISMS.

Responsabilidade do Diretor da unidade local:

- Validar a política de remuneração e organograma da unidade com o Diretoria Corporativa;
- Definir os cargos que farão parte da proposta para a unidade.
- Cumprir as normas estabelecidas nesse documento;
- Solicitar ao RH promoção ou aumento salarial para a sua equipe;
- Realizar /revisar a descrição de todos os cargos sob sua gestão, com o direcionamento do RH;
- Cumprir a política de cargos e salários do ISMS, alinhando com a Gerência de RH que busca manter as orientações do procedimento;
- Elaborar com o RH o organograma do contrato (unidade), baseado nos cargos aprovados na proposta encaminhada pela Diretoria/ Coordenação de Contratos,

Responsabilidades de Gestão de Pessoas:

- Garantir que as contratações e promoções serão efetuadas pela sua área seguindo as normas e regras desde procedimento e seguindo as documentações necessárias;

- Realizar a contratação ou promoção com formulário de descrição de cargo em anexo, exceto para contratos que estão em período de implantação;
- Realizar as pesquisas salariais analisando a legislação, convenções coletivas por categoria, seguindo benefícios e gratificações normativas.

MODELO ORGANIZACIONAL

O **organograma** do ISMS estabelece os órgãos da administração do ISMS e os seus respectivos desdobramentos em conformidade com o Estatuto Social. A aprovação do organograma é de competência do Conselho de Administração.

Estabelecidos os órgãos da administração do ISMS e desdobramentos, é definido as competências, com os respectivos **descritivos de cargos**, os quais minimamente devem conter a hierarquia, função, descrição sumária e atividades.

Em paralelo, em conformidade com as práticas utilizadas no mercado, observados o segmento, região e legislações, ocorrerá a definição de uma **faixa salarial** por cargo, a qual determinará o plano de cargos.

A faixa salarial será revista e atualizada anualmente, objetivando manter a coerência do praticado no mercado regional, convenções coletivas e demais legislações pertinentes, sempre observando o plano de trabalho e orçamentos das unidades gerenciadas e operacionalizadas pelo ISMS.

A tabela salarial das unidades gerenciadas e operacionalizadas, não possuirá valores mínimos e máximos por cargo, considerando a devida observância ao plano de trabalho e orçamento vinculado ao Contrato de Gestão, caso haja a necessidade de reconhecimento de forma horizontal ou a criação de novos cargos, será necessário o reequilíbrio do respectivo contrato.

De acordo com os descritivos de cargos a tabela salarial será utilizada pelo RH e gestores para reconhecimentos de forma horizontal, considerando a faixa e concessão das promoções, sempre observando o plano de trabalho e orçamentos das unidades gerenciadas e operacionalizadas pelo ISMS.

As faixas salariais serão fixadas na tabela salarial do ISMS, a qual será submetida para avaliação do Colegiado da Diretoria Corporativa e posterior aprovação do Conselho de Administração, no momento da aprovação do orçamento.

Para o preenchimento de vagas, ocorrerá inicialmente o recrutamento interno para os colaboradores daquela dependência, assegurando a promoção e desenvolvimento profissional. Frustrado o recrutamento interno, ocorrerá a disponibilização e recrutamento externo para o preenchimento da vaga.

A política de remuneração da organização é composta pelas seguintes regras:

- Promoções e aumento de salário só acontecerão 2 (duas) vezes ao ano, após avaliação de desempenho, exceto se o empregado participou de um processo seletivo interno;
- Promoções e aumento de salário só acontecerá se o empregado possuir avaliação de desempenho de no mínimo 90%;
- Para as promoções com mudança de nível deverá ser respeitado a descrição de cargo;
- Promoções que gerem aumento de quadro só acontecerá com a aprovação da Diretoria Corporativa;
- O percentual de reajuste salarial deverá variar até 30% com a aprovação da Diretoria Corporativa.
- Após avaliação de desempenho a Diretoria Corporativa, o RH fará a análise do desempenho de cada empregado e a necessidade de promoção ou aumento salarial na mesma função;
- A aplicação de exceção de qualquer regra acima, deverá ser aprovada único e exclusivamente pela Diretoria Corporativa, através do formulário de exceção.

Caso nas unidades ocorra necessidade de aumento de salário na horizontal, ocorrerá após o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE buscar reequilíbrio da verba aprovada no processo de licitação.

Subseção 11 – Programa de Benefícios

Vale Transporte: É assegurado o vale transporte para o deslocamento residência/atividades teóricas e práticas (art. 27 do Decreto nº 5.598/05).

Cesta Básica: Conforme Convenção Coletiva, observar se na CCT faz alguma menção sobre a Cesta Básica ou Vale Alimentação.

Vale Refeição: Conforme Convenção Coletiva. Respeitando evidentemente a proporcionalidade da jornada de trabalho. O vale refeição é disponibilizado somente em locais que não possuam restaurante in loco.

Seguro de Vida: Conforme Convenção Coletiva, observar se na CCT faz alguma menção sobre a Cesta Básica ou Vale Alimentação.

Procedimentos

1.1. Departamento de Gestão de Pessoas

- 1.1.1.** Providenciar a solicitação dos créditos dos vales correspondentes às movimentações ocorridas no mês, admissões, afastamentos e demissões.

NOTA: O fornecimento ocorrerá conforme CCT/ acordo coletivo, exceto quando fornecido in loco.

Sistema de Pagamento por Performance

1.2. Gratificação por responsabilidade técnica

A gratificação por responsabilidade técnica é um adicional concedido a profissionais que assumem a responsabilidade técnica por atividades ou operações que exigem qualificação específica e alto grau de responsabilidade. Essa gratificação é destinada a reconhecer e compensar o profissional por assumir riscos, tomar decisões críticas e garantir que as operações sob sua supervisão atendam aos padrões técnicos, legais e de segurança exigidos. Para estes é concedido uma gratificação conforme CCT ou determinação da diretoria corporativa.

1.3. Gratificação por tempo de serviço

A gratificação é calculada um determinado percentual de acordo com a decisão feita pela convenção coletiva de trabalho do sindicato da categoria profissional. Assim, é o próprio sindicato que estabelece a porcentagem do benefício que precisa ser pago.

1.4. Gratificação por Titulação

A gratificação por titulação é um benefício financeiro adicional concedido a profissionais que possuem títulos acadêmicos ou qualificações específicas, além dos requisitos mínimos exigidos para o cargo. Essa gratificação é destinada a determinadas categorias profissionais visando reconhecer e incentivar a busca por maior qualificação e especialização, refletindo o impacto positivo que esses conhecimentos adicionais podem ter no desempenho profissional e na qualidade dos serviços prestados.

Os valores e critérios para a concessão da gratificação por titulação variam de acordo com as CCT's, podendo estar vinculados a diplomas de graduação, pós-graduação, mestrado, doutorado ou outras certificações relevantes.

1.5. Gratificação por Preceptoría

A gratificação por preceptação é um adicional concedido a profissionais que atuam como preceptores, ou seja, que supervisionam, orientam e acompanham o aprendizado prático de estudantes ou profissionais em formação, como residentes, estagiários ou trainees, em ambientes como hospitais, escolas ou outras instituições.

Os valores e critérios para a concessão da gratificação por preceptação variam de acordo com as CCT's.

Subseção 12 – Programa de Estágio

Definição

É o período que o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE oferece ao funcionário estudante para vivenciar aspectos práticos da carreira, objeto de seu estudo, de forma estruturada e compatível com o currículo acadêmico.

Critérios e Requisitos

- 1.1.** Poderão participar do Programa de Estágio os funcionários matriculados em cursos de nível superior ou técnico, vinculados à rede pública ou particular.
- 1.2.** Todo estágio deverá ser supervisionado por um profissional da área onde esse será realizado, responsável por acompanhar e orientar o funcionário estagiário.
- 1.3.** A duração do estágio será de acordo com a carga horária solicitada pela Instituição de ensino.
- 1.4.** O horário de estágio será de no máximo duas horas diárias, quando coincidir com o horário de trabalho do funcionário, e desde que não coincida com o horário escolar.
- 1.5.** A realização de estágio pelo funcionário não implica em compromisso de aproveitamento do funcionário na área de estágio.
- 1.6.** O estágio de funcionário não será remunerado.
- 1.7.** Não será concedido estágio no INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE a funcionário em cumprimento de matérias isoladas em instituições de ensino.

Procedimentos

1.8. Funcionário Estagiário

- 1.8.1** Solicitar ao Gestor, por meio de carta, a possibilidade de realização de estágio dentro ou fora de sua jornada de trabalho, indicando sua área de interesse.

- 1.8.2** Anexar o documento de solicitação de estágio constando carga horária e programa a ser desenvolvido, emitidos pela Instituição de Ensino.
- 1.8.3** Cumprir o programa de desenvolvimento de estágio estabelecido e guardar sigilo de documentos e informações confidenciais que venha a ter conhecimento quando da realização do estágio.
- 1.8.4** Receber e avaliar a solicitação do funcionário, encaminhando-a ao Departamento de Gestão de Pessoas, com o seu parecer, indicando o horário definido.
- 1.8.5** Receber a informação do Departamento de Gestão de Pessoas, sobre a data de início do estágio para a área solicitada.
- 1.8.6** Liberar o funcionário para iniciar o estágio.
- 1.8.7** Adequar, em conjunto com o Departamento de Gestão de Pessoas a realização de estágio, o programa de desenvolvimento solicitado pela instituição de ensino, definir a frequência, horário e duração do estágio e designar o respectivo supervisor.
- 1.8.8** Fazer cumprir o programa de desenvolvimento de estágio.
- 1.8.9** O supervisor de Estágio deve receber o funcionário para iniciar o estágio.
- 1.8.10** Acompanhar e orientar o funcionário estagiário para o cumprimento do programa estabelecido.
- 1.8.11** Controlar o cumprimento da carga horária do estágio, para fins de frequência.
- 1.8.12** Receber do Departamento de Gestão de Pessoas a folha de frequência e colher a assinatura do estagiário.
- 1.8.13** Encaminhar ao Departamento de Gestão de Pessoas, no primeiro dia útil de cada mês ou no seguinte ao término do estágio, a folha de frequência para apuração das respectivas horas.
- 1.8.14** Enviar ao Departamento de Gestão de Pessoas os documentos de conclusão do estágio (relatórios, trabalhos, etc.).

- 1.8.15** Receber o pedido de estágio do funcionário, com a autorização de sua Gestoria, horário para estágio, área de interesse e documentos da instituição de ensino.
- 1.8.16** Contatar a área de interesse do funcionário para verificar a possibilidade da realização do estágio e o cumprimento do programa.
- 1.8.17** Adequar, em conjunto com a área de realização de estágio, o programa de desenvolvimento solicitado pela instituição de ensino, definir a frequência, horário e duração do estágio e designar o respectivo supervisor.
- 1.8.18** Informar a área de origem do funcionário a data de início do estágio, o período de duração e o respectivo horário.
- 1.8.19** Emitir a folha de frequência do funcionário estagiário e encaminhá-la ao respectivo Supervisor.
- 1.8.20** Receber, no primeiro dia útil de cada mês ou no seguinte ao término do estágio, a folha de frequência e efetuar a apuração das respectivas horas.
- 1.8.21** Manter em arquivo na pasta do funcionário a documentação de estágio.
- 1.8.22** Emitir o Atestado de Estágio e entregar ao funcionário, quando solicitado

Subseção 13 – Demissão de Pessoal

Definição

É a rescisão do Contrato de Trabalho entre o funcionário e o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, podendo ocorrer por:

Iniciativa do ISMS:

- a.** por justa causa;
- b.** sem justa causa;
- c.** término do contrato de experiência; ou
- d.** rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

Iniciativa do Funcionário:

- a.** a pedido;
- b.** aposentadoria por tempo de serviço e idade;
- c.** término do contrato de experiência; ou
- d.** rescisão antecipada do contrato de experiência e prazo determinado.

Outras Formas:

- a.** invalidez temporária;
- b.** falecimento; ou
- c.** decisão judicial.

Critérios e Requisitos**1.1. Desligamento por Iniciativa do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE com Justa Causa**

- 1.1.1.** Será considerada Justa Causa somente o ato cometido que se enquadrar no disposto na CLT e neste Manual.
- 1.1.2.** Deverão ser observados os seguintes aspectos:
 - a.** a data do desligamento será aquela na qual o funcionário praticou o ato;
 - b.** a reação do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, por meio da Gestoria do funcionário deverá ser imediata;
 - c.** a gravidade do ato cometido deverá ser tal que impossibilite a normal continuidade do vínculo entre o funcionário e o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE;
 - d.** o ato cometido deverá ser efetivamente o determinante do desligamento;
 - e.** o funcionário punido com desligamento por Justa Causa não poderá, no mesmo instante, sofrer outro tipo de punição pela mesma falta;
 - f.** a falta alegada para o desligamento não poderá ser substituída por outra, nem ser reforçada;

- g.** quando a responsabilidade do ato não estiver plenamente caracterizada, o funcionário deverá ser afastado por período não superior a 30 dias, com notificação por escrito e ciência dele, visando à instauração de sindicância para apuração dos fatos.
- 1.1.3.** Todos os atos que caracterizem a Justa Causa deverão ser documentados.
- 1.1.4.** O INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, por meio das respectivas Gestoria, poderá desligar o funcionário Sem Justa Causa, expondo ao mesmo os motivos da demissão.
- 1.1.5.** O funcionário poderá ser dispensado do Aviso Prévio, o qual será indenizado, devendo ser comunicado por escrito, obtendo-se sua ciência.
- 1.1.6.** Não sendo dispensado do cumprimento do Aviso Prévio, o funcionário deverá ser imediatamente comunicado por escrito, obtendo-se sua ciência e sua opção, também por escrito, entre duas condições:
- a.** ausentar-se do trabalho nos últimos 7 (sete) dias corridos do Aviso Prévio;
- b.** reduzir em 2 (duas) horas diárias sua jornada de trabalho, durante todo o período do Aviso Prévio, no início ou término do expediente normal de trabalho.
- 1.1.7.** Não deverá ser determinado o cumprimento do Aviso Prévio em casa.
- 1.1.8.** Antes de ser desligado do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE o funcionário deverá ser submetido a exame demissional.
- 1.1.9.** A pessoa em estado de gestação, desde que devidamente comprovado, não poderá ser desligada.
- 1.1.10.** Antes de realizar o desligamento, deverá ser verificado se o funcionário possui estabilidade garantida pela CLT
- 1.1.11.** As demissões de funcionários do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE deverão ser aprovadas pelo Diretor Executivo.

Procedimentos

Gestor

- 1.1.12.** Emitir a “Movimentação de Pessoal – MP”, em via única, e enviar ao Departamento de Gestão de Pessoas, informando se haverá cumprimento do Aviso Prévio.
- 1.1.13.** Receber informação do Departamento de Gestão de Pessoas sobre a efetivação do processo de desligamento.
- 1.1.14.** Receber a “MP”, verificar se o funcionário não possui restrição legal para demissão.
- 1.1.15.** Emitir a “Comunicação de Desligamento – CD”, em duas vias, e colher a assinatura do funcionário, entregando-lhe a 1ª. via.
- 1.1.16.** Quando da demissão sem o cumprimento do Aviso Prévio, emitir a “CD” somente após a realização do Exame Médico Demissional, e de posse do “Atestado de Saúde Ocupacional - ASO”, com a condição de “APTO”.
- 1.1.17.** Solicitar ao funcionário a entrega do crachá de identificação funcional e encaminhá-lo para realização do exame médico demissional, antes de efetivar o desligamento.
- 1.1.18.** Efetuar o cálculo do pagamento das verbas rescisórias ao funcionário.
- 1.1.19.** Realizar a baixa na CTPS digital antes da homologação.
- 1.1.20.** Realizar a homologação do desligamento em órgão competente, quando necessária em função do tempo de serviço.

Desligamento por iniciativa do Funcionário

- 4.1.1.** O funcionário deverá apresentar ao respectivo Gestor, carta escrita sem conter o logotipo do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE solicitando a demissão e dispensa ou não do cumprimento do “Aviso Prévio”.
- 4.1.2.** A data do desligamento será a data constante na carta de demissão, quando da dispensa do “Aviso Prévio”.

- 4.1.3.** O Gestor poderá dispensar, a pedido do funcionário, o cumprimento do “Aviso Prévio”, devendo indicar essa autorização na “Movimentação de Pessoal – MP”.
- 4.1.4.** A data do desligamento será a do último dia do “Aviso Prévio”, após a qual deverão ser emitidos os documentos necessários.
- 4.1.5.** Emitir a “Movimentação de Pessoal – MP”, em via única, e enviar ao Departamento de Gestão de Pessoas, informando se haverá cumprimento do Aviso Prévio. No caso de desligamento a pedido do funcionário, anexar sua carta de demissão.
- 4.1.6.** Receber informação do Departamento de Gestão de Pessoas sobre a efetivação do processo de desligamento.
- 4.1.7.** Receber a “MP”, e se demissão a pedido, a carta de demissão, verificar se o funcionário não possui restrição legal para demissão.
- 4.1.8.** Emitir a “Comunicação de Desligamento – CD”, em duas vias, e colher a assinatura do funcionário, entregando-lhe a 1ª. via.
- 4.1.9.** Quando da demissão sem o cumprimento do Aviso Prévio, após o comunicado de desligamento haverá o agendamento do “Atestado de Saúde Ocupacional - ASO” e de posse do com a condição de “APTO”, será realizado o cálculo das verbas rescisórias.
- 4.1.10.** Solicitar ao funcionário a entrega do crachá de identificação funcional.
- 4.1.11.** Receber o atestado demissional, providenciar a atualização e baixa antes da homologação.
- 4.1.12.** Efetuar o cálculo do pagamento das verbas rescisórias ao funcionário.
- 4.1.13.** Realizar a homologação do desligamento em órgão competente, quando necessária em função do tempo de serviço.

Subseção 14 – Acesso e Uso de Recursos Tecnológicos e Informações

Uso de Computadores

- 1.1.** Caberá ao funcionário preservar e zelar pelos equipamentos, redes e softwares disponibilizados pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, assegurando o uso correto e adequado para fins exclusivamente relacionados ao trabalho.

- 1.2. A instalação de software deverá ser feita somente por pessoal autorizado pelo Departamento de Tecnologia.

Uso de Correio Eletrônico

- 1.3. Os e-mails corporativos serão de uso exclusivo do colaborador e a senha não poderá ser compartilhada.

2. Acesso à Internet

- 2.1. A Internet e toda a rede disponibilizada pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, devem ser utilizadas exclusivamente para fins de trabalho

Subseção 15 – Uso da Imagem do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE e Relacionamento Interno e Externo

Uso da Imagem

- 1.1. As declarações à imprensa devem ser realizadas apenas por pessoas autorizadas, sendo previamente submetidas à aprovação da Diretoria Executiva.
- 1.2. É vedado o registro por meio de imagem, áudio e outros tipos de mídia nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAÚDE, sem prévia autorização do departamento de Comunicação.
- 1.3. Sempre que um funcionário estiver representando o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE ou quando as suas ações puderem impactar na sua imagem, devem ser observadas as políticas, diretrizes e normas e procedimentos vigentes e funcionários os melhores princípios éticos e morais em sua conduta.

Relacionamento Interno e Externo

- 1.4. Em todos os relacionamentos do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, sejam entre seus funcionários, com usuários/pacientes, fornecedores, parceiros, órgãos governamentais e outros, devem ser pautados pelos princípios da legalidade, ética, integridade e transparência. Esses princípios estão presentes nesta Código de Integridade.

- 1.5. Todos os funcionários devem agir com clareza e lealdade na defesa dos interesses do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, abstendo-se de fazer uso do cargo ou de influências internas ou externas para a obtenção de vantagens pessoais e profissionais, bem como de atos e atitudes que impeçam, dificultem ou tumultuem o bom funcionamento do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.6. As relações no ambiente de trabalho devem se pautar pela atitude positiva, urbanidade, cortesia e respeito mútuo, com todos se empenhando para que predomine a transparência, foco no resultado, espírito de equipe, o profissionalismo, a lealdade e a confiança, sempre voltados para os valores do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.7. Os usuários/pacientes devem ser atendidos em um ambiente de atendimento seguro, respeitoso, acolhedor e de qualidade, onde possam receber os cuidados necessários para sua saúde e bem-estar.
- 1.8. O relacionamento com os fornecedores, prestadores de serviços e terceiros será estritamente profissional, baseado na transparência e na ética, priorizando a competência técnica e a qualificação, buscando obter o melhor custo-benefício e segurança assistencial possível.

Recebimento de Presentes e Cortesias

- 1.9. É vedada aos funcionários, em função de negociações e/ou contratualizações, a aceitação de qualquer tipo de presentes, ofertas de entretenimento, privilégios ou outras cortesias.
- 1.10. O Instituto Social Mais Saúde não incentiva, mas compreende que a oferta de brindes ou gratificações são práticas comuns em muitas organizações como forma de reconhecimento, motivação e agradecimento aos colaboradores, fornecedores e prestadores de serviços e outras partes interessadas (com exceção dos pacientes, usuários SUS (Sistema Único de Saúde), acompanhantes e visitantes). No entanto, é importante estabelecer diretrizes claras e éticas para o uso dessas práticas, a fim de evitar conflitos de interesse, contrapartida, influência indevida ou comprometimento da imparcialidade. O recebimento não pode gerar qualquer tipo de contrapartida, vantagens indevidas ou benefícios para quem nos concedeu ou para aqueles que estão vinculados a eles, evitando assim situações de conflitos, motivo pelo qual, o aceite dependerá do parecer do Compliance. Além disso, em caso de

recebimento, não poderá exceder o valor de R\$ 100,00 (cem reais). É vedado o recebimento de valores em espécie.

- 1.11.** O presenteado deverá entregar ao Departamento Pessoal/ Recursos Humanos que, com o de acordo do Compliance do Instituto Social Mais Saúde sorteará entre os colaboradores da unidade gerenciada ou matriz. Também é vedada a oferta ou fornecimento de viagens e hospitalidade, bem como convites para eventos, exceto em casos que estejam diretamente relacionados aos objetivos do Instituto Social Mais Saúde. Nestes casos, deverá ser submetido à análise do Compliance para posteriormente ser submetido ao Comitê de Ética.
- 1.12.** É vedado, ainda, o recebimento de dinheiro, em qualquer quantia, brindes, e lembranças ofertados por pacientes/usuários ou acompanhantes a título de agradecimento ou outros motivos.

Apresentação Pessoal e Imagem Profissional

- 1.13.** Todos os funcionários devem prezar por uma aparência pessoal digna e compatível com a atividade que executa e com o público com o qual se relaciona, atentando para a higiene e asseio pessoal, utilizando roupas limpas e alinhadas, evitando vestimentas extravagantes ou casual demais, predominando a sobriedade, a elegância discreta e sem exibição.
- 1.14.** Deve-se fazer uso da expressão correta do idioma português, evitando-se o uso de gírias.
- 1.15.** Devem ser evitadas discussões e comportamentos inadequados, mantendo-se sempre a ética profissional, respeitando o espaço e a privacidade dos colegas de trabalho.

Subseção 16 – Regime Disciplinar

Deveres e Responsabilidades do Funcionário

- 1.1.** Efetuar com zelo, presteza e adequadamente as funções previstas pelo cargo que ocupa no INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.2.** Proceder, diariamente, a marcação do registro da frequência, conforme procedimentos estabelecidos.
- 1.3.** Ser assíduo e pontual.

- 1.4. Proceder com urbanidade e respeito com seus colegas de trabalho, independente do grau hierárquico, bem como, com terceiros ao INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.5. Conhecer e cumprir as normas da empresa, compreender, respeitar e cumprir.
- 1.6. Levar ao conhecimento da chefia imediata qualquer irregularidade que tiver ciência.
- 1.7. Zelar pela conservação e limpeza dos bens patrimoniais do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, utilizando- os sem desperdício em seu trabalho e comunicando qualquer irregularidade a sua chefia imediata.
- 1.8. Exercer suas funções e autoridade com espírito empreendedor, visando a superar desafios, em prol dos interesses da empresa;
- 1.9. Não usar cargo, atividade, função, posição e influência a fim de obter qualquer espécie de favorecimento para si ou para outrem;
- 1.10. Não engendrar dificuldades artificiais no desempenho de seu trabalho, com o sentido de supervalorizá-lo.
- 1.11. Respeitar a propriedade intelectual, não alterando ou deturpando o conteúdo de dados e documentos.
- 1.12. Usar equipamentos de proteção individual estabelecidos nas normas pertinentes.
- 1.13. Submeter-se a exames médicos quando solicitado.
- 1.14. Participar de cursos ou treinamentos programados, quando indicado ou convocado.
- 1.15. Atender as orientações e instruções de seus superiores hierárquicos.
- 1.16. Cumprir a jornada de trabalho legalmente instituída ou aquela estabelecida em acordo coletivo da categoria.
- 1.17. Atender as mudanças de horário e local de trabalho, conforme previsto em Contrato de Trabalho e necessidades do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.18. Verificar, diariamente os quadros de aviso, inteirando-se das comunicações de caráter oficial feitas aos funcionários.
- 1.19. Respeitar todas as medidas de segurança, concorrendo para sua perfeita aplicação.

Proibições

- 1.20. Transgredir os regulamentos, normas e procedimentos, circulares e outros instrumentos do sistema normativo do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, bem como as obrigações estabelecidas pelo contrato individual de trabalho e legislação vigente.
- 1.21. Introduzir ou portar, nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, armas e outros materiais ou instrumentos perigosos, exceto os decorrentes de dever de ofício, respeitadas as normas existentes ou quando autorizado.
- 1.22. Facilitar, transportar ou fazer uso de álcool ou outras substâncias psicoativas indutoras de toxidade e dependência química no ambiente de trabalho, durante o horário funcional.
- 1.23. Utilizar-se irregularmente de dinheiro ou valores do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE que tiver sob sua responsabilidade.
- 1.24. Promover, subscrever ou fazer circular nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, lista de donativos, rifas, loteria ou sorteio de qualquer espécie, ou exercer qualquer tipo de comércio nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.25. Praticar ou participar de jogos proibidos ou de azar nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.26. Tratar de interesses particulares no local de trabalho.
- 1.27. Fornecer a funcionário, para qualquer finalidade, atestado ou declaração referente à execução de tarefas, sem prévia e expressa autorização do Departamento de Gestão de Pessoas.
- 1.28. Fazer mau uso dos recursos tecnológicos, Correio Eletrônico, Internet e Intranet.
- 1.29. Realizar hora extra sem autorização.
- 1.30. Dirigir-se ou referir-se a qualquer pessoa de modo desrespeitoso ou ofensivo, nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, em razão de serviço ou não.
- 1.31. Tratar clientes, fornecedores, parceiros, representantes de órgãos governamentais e outros inadequadamente.
- 1.32. Abandonar ou ausentar-se do local de trabalho sem autorização.

- 1.33. Faltar, chegar atrasado ou sair antes do término do expediente sem justificativa.
- 1.34. Extraviar, desperdiçar, danificar ou contribuir para isso ocorrer, quaisquer materiais e equipamentos ou outros bens pertencentes ao INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, que estejam ou não sob sua responsabilidade direta.
- 1.35. Fraudar os registros de ocorrência ou contribuir, de qualquer forma, para que isso ocorra.
- 1.36. Adquirir materiais, celebrar contratos ou firmar termos aditivos em nome do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, sem estar devidamente autorizado e em desacordo com as normas do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.37. Deixar de fazer cumprir por parte de empresa contratada, na qualidade de gestor ou fiscal, as cláusulas estabelecidas em instrumentos contratuais.
- 1.38. Deixar de punir subordinado que cometer infração ou não propor punição.
- 1.39. Empregar argumento de má fé ou falso contra superior hierárquico, colegas de trabalho ou terceiros, nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE ou em serviço.
- 1.40. Deixar de comunicar ao superior irregularidades de que tiver ciência.
- 1.41. Praticar agressões físicas ou brigas corporais, exceto em caso de legítima defesa.
- 1.42. Conturbar o ambiente de trabalho.
- 1.43. Desrespeitar as medidas de segurança operacional e as normas de segurança e medicina do trabalho, entre as quais:
 - a. deixar de utilizar equipamentos de proteção individual (EPI) estabelecidos nas normas e procedimentos pertinentes, quando atuar em área ou atividade de risco;
 - b. faltar nos exames médicos/psicológicos quando convocado;
 - c. faltar nos exames médicos/psicológicos quando convocado;
 - d. permitir que o funcionário atue em área de risco sem que ele esteja qualificado profissionalmente, com os devidos treinamentos, e capacitado fisicamente, por meio dos exames médicos/psicológicos previstos no PCMSO;
 - e. permanecer que o funcionário ingresse, permaneça ou atue em área de risco sem portar os EPI's devidos.

- 1.44. Retirar e/ou utilizar objetos e documentos oficiais do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, seja por meio de cópia ou de outra forma, em proveito próprio ou de terceiros.
- 1.45. Deixar de comunicar ao Departamento de Gestão de Pessoas o recebimento de parcela indevida de remuneração.
- 1.46. Ofender a moral e os bons costumes por atos, gestos ou palavras, e portar-se de forma inconveniente no local de trabalho, nas dependências do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, ou em local público, quando representando o INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- 1.47. Empregar material do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE em serviço particular.
- 1.48. Valer-se de seu cargo para desempenhar atividade estranha às funções ou para lograr, direta ou indiretamente, qualquer proveito.
- 1.49. Deixar de participar de cursos e treinamentos programados pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE ou de comparecer a qualquer ato ou atividade, quando indicado ou convocado.
- 1.50. Permutar, sem prévia autorização da chefia imediata, serviços, horários ou escala de trabalho.
- 1.51. Deixar de atender às mudanças de horário e local de trabalho.
- 1.52. Servir-se de outro para execução de seus serviços, sem prévia autorização da chefia imediata.
- 1.53. Descumprir ordens de serviço expressas por superior hierárquico ou de fazer cumprir, quando isso lhe competir.
- 1.54. Retardar o cumprimento de ordem de serviço ou colaborar para o seu não cumprimento.
- 1.55. Deixar de comunicar ao superior o não cumprimento de ordem de serviço recebida.
- 1.56. Desempenhar suas funções com negligência ou displicência, falta de atenção ou cautela.
- 1.57. Servir-se de outrem para execução de seus serviços, sem prévia autorização da chefia imediata.
- 1.58. Propiciar a prática de atos prejudiciais aos interesses do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.

- 1.59. Revelar fatos que constituam objeto das atividades do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, que possam trazer prejuízo a ele, direta ou indiretamente.
- 1.60. O funcionário é responsável pela prática de qualquer ato que, comprovadamente, venha a causar prejuízos ao INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.

Medidas Disciplinares

1.61. Definição

É o ato administrativo praticado pelo INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE, emanado do seu poder diretivo, quando constatada transgressão de obrigações legais, contratuais e de normas e procedimentos por parte do funcionário, podendo ser:

- **Advertência Verbal:** medida disciplinar de caráter orientativo, aplicada com objetivo de orientar, prevenir e alertar o funcionário quanto à infração disciplinar praticada e ao cumprimento das normas e procedimentos do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- **Advertência Escrita:** medida disciplinar de caráter orientativo e punitivo, aplicado devido à reincidência ou não da infração disciplinar, visando advertir e reiterar a obrigatoriedade do cumprimento dos regulamentos, normas e procedimentos, circulares e orientações do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE.
- **Suspensão:** medida disciplinar de caráter orientativo e punitivo pelo não cumprimento das obrigações contratuais e/ou normas e procedimentos do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE. Deve ser aplicada de acordo com a reincidências (infração disciplinar com punição anterior) ou como primeira medida, conforme a gravidade do ato faltoso, com a interrupção do exercício da função a partir do primeiro dia útil subsequentes à aplicação da punição, com a perda proporcional de vencimentos, limitada a 15 dias.

Critérios e Requisitos

- 1.61.1.** A administração de medida disciplinar é um instrumento de gestão de pessoas, de finalidade educativa e de atendimento às obrigações contratuais, visando alertar o funcionário a respeito do erro cometido, conscientizá-lo dos danos causados e o que deve ser feito para sua não repetição.
- 1.61.2.** A aplicação de medidas disciplinares não pressupõe, necessariamente, a observação de graduação delas, ficando a critério do Diretor e/ou Gestor a administração a aplicação da medida adequada em face da infração praticada pelo funcionário, podendo iniciar-se pela mais gravosa.
- 1.61.3.** É dispensável a aplicação de medida disciplinar em casos de falta grave que ensejem demissão por justa causa, nas hipóteses previstas em lei e conforme critérios definidos neste Manual.
- 1.61.4.** Concluída a apuração dos fatos e conhecida a autoria da infração, a medida disciplinar deve ser aplicada de imediato.
- 1.61.5.** Havendo conveniência no afastamento do(s) envolvido(s), esse(s) deverá (ão) ser cientificado(s), de imediato, por escrito.
- 1.61.6.** A aplicação da penalidade deverá ser, além de imediata, adequada e dentro do espírito de justiça, equidade e igualdade.
- 1.61.7.** Considera-se como atenuante para efeito de aplicação de medida disciplinar o período de 24 meses de comportamento adequado e regular por parte do funcionário.
- 1.61.8.** O ressarcimento de danos causados pelo funcionário não exime a aplicação de medida disciplinar.
- 1.61.9.** A aplicação de medida disciplinar deve ser feita, sempre, em particular.
- 1.61.10.** A advertência verbal poderá ser aplicada pelo Gestor e as demais medidas disciplinares deverão ser aprovadas pelo Diretor.
- 1.61.11.** Cabe aos Diretores e Gestores a gestão da administração de medidas disciplinares aplicadas em sua Área respeitando os critérios estabelecidos.

Procedimentos

1.61.12. Funcionário

- a.** cumprir os regulamentos, normas procedimentos circulares, comunicados e instrumento técnicos do INSTITUTO SOCIAL MAIS SAUDE bem como suas obrigações legais e contratuais;
- b.** tomar ciência da aplicação da medida disciplinar e assinar as duas vias do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”;
- c.** receber a primeira via do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”, para arquivo próprio.

Gestor

- d.** avaliar as circunstâncias da ocorrência da falta disciplinar, identificando com clareza a autoria e a responsabilidade pela mesma, de forma sistemática, coerente e imparcial, juntando provas, sempre que possível, considerando para tanto:
 - a gravidade da infração;
 - o contexto da situação;
 - as condições de trabalho;
 - os danos causados e seus reflexos;
 - o histórico funcional do funcionário;
 - a reincidência da infração disciplinar quando for da mesma natureza;
 - o tempo transcorrido desde a última infração disciplinar;
 - na prática simultânea de duas ou mais infrações;
 - outros fatores atenuantes ou agravantes, que podem acarretar acréscimo ou decréscimo de peso na aplicação da medida disciplinar, em função do contexto histórico do fato e/ou funcionário.
- e.** emitir o formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”, concluída a apuração, em duas vias, indicando a medida disciplinar cabível à espécie, juntando as provas levantadas, quando houver;

Nota: o formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” não deve ser emitido no caso de advertência verbal, devendo o registro da ocorrência ser restrito à Gestoria.

- f.** solicitar ao Departamento de Gestão de Pessoas a numeração sequencial do formulário, assinar e encaminhar as duas vias para aprovação do Diretor;
- g.** convocar o funcionário, orientá-lo e cientificá-lo da medida disciplinar, colhendo sua assinatura nas duas vias do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”;
- h.** convocar dois funcionários para assinar como testemunhas, no caso de recusa do funcionário;
- i.** entregar a 1ª. via do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar” ao funcionário e encaminhar, de imediato, a 2ª. via ao Departamento de Gestão de Pessoas, para guarda no registro funcional.
- j.** controlar e fornecer, sempre que solicitado, a numeração, sequencial, por ano, do formulário “Aplicação de Medida Disciplinar”;
- k.** receber dos Gestores a segunda via do formulário “Aplicação de Medida e manter no arquivo funcional do funcionário;
- l.** manter o histórico funcional de registro de medidas disciplinares do funcionário organizado e atualizado.

São Paulo, 13 de outubro de 2025

1.3.5. Apresentação dos seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

Em atendimento ao item 1.3.5, informamos que o **Instituto Social Mais Saúde**, apresenta os seguintes Procedimentos Operacionais Padrão (POP), seguindo modelo proposto -Apêndice A, da Matriz de Avaliação:

- 1) Atendimento de urgências clínicas;
- 2) Atendimento à vítima de trauma;
- 3) Carro de urgência e emergência: conferência e testes;
- 4) Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica;
- 5) Transporte intra e inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico);
- 6) Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão;
- 7) Higienização das mãos;
- 8) Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;
- 9) Identificação do paciente;
- 10) Avaliação de risco e prevenção de quedas;
- 11) Cirurgia segura: incluindo as etapas antes da indução anestésica, antes do procedimento cirúrgico e antes do paciente sair da sala de cirurgia;
- 12) Preparo para realização de exames laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia).
- 13) Segurança do paciente na UTI adulto;
- 14) Internações para cirurgias eletivas;
- 15) Acidente de trabalho com material biológico;
- 16) Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização (CME);
- 17) Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)
- 18) Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência;
- 19) Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências;
- 20) Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências;
- 21) Prevenção das principais infecções relacionada a assistência à saúde: de sítio cirúrgico, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção de trato urinário associada à cateter vesical de demora.
- 22) Manejo de óbitos;

- 23) Contenção mecânica do paciente no leito;
- 24) Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências.

1.3.5.1. *Atendimento a Emergências Clínicas*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1. Objetivo(s)

Estabelecer um protocolo padronizado para o atendimento inicial e seguro de pacientes em emergência clínica, garantindo resposta rápida, eficaz e organizada por parte da equipe multiprofissional, minimizando riscos e otimizando o prognóstico do paciente.

2. Âmbito

Aplica-se a todos os setores assistenciais do hospital (Pronto Atendimento, Enfermarias, UTI, Centro Cirúrgico) e às equipes de Enfermagem, Medicina e demais profissionais envolvidos no atendimento de urgência.

3. Recursos físicos e materiais necessários

- Carrinho de emergência completo e revisado;
- Monitor multiparamétrico;
- Oxigênio e sistema de aspiração;
- Desfibrilador;
- Equipamentos de via aérea (ambu, cânulas, tubo orotraqueal, laringoscópio);
- Materiais para punção venosa;
- Medicamentos de urgência conforme protocolo institucional.

4. Atribuições de cada categoria profissional

- Enfermeiro: coordenar o atendimento inicial, avaliar o estado clínico, iniciar medidas de suporte avançado, comunicar o médico e registrar o atendimento.
- Técnico de Enfermagem: realizar medidas de suporte básico de vida, preparar materiais e medicamentos, monitorar sinais vitais e auxiliar o enfermeiro e médico.
- Médico: avaliar, diagnosticar e definir conduta clínica e terapêutica.
- Equipe de apoio: fornecer suporte logístico e administrativo conforme necessidade.

- Fisioterapeuta: Transferência Interna.

-Maqueiro: Transferência Interna.

5. Atividades (Descrição do que, quem e como fazer)

1. Reconhecimento da emergência: qualquer profissional que identifique uma situação clínica aguda deve acionar o time de resposta imediata.

2. Avaliação inicial: realizar o protocolo ABCDE (via aérea, respiração, circulação, deficiência neurológica e exposição).

3. Estabilização: iniciar suporte ventilatório e circulatório, monitorização, punção venosa e preparo de medicamentos.

4. Intervenção médica: condução diagnóstica e terapêutica específica (ex: dor torácica, AVC, PCR etc.).

5. Registro: documentar todas as ações no prontuário e ficha de emergência.

6. Plano de implantação e revisão

Treinamento inicial da equipe antes da implementação. Novembro de 2025 .Revisão anual do POP ou quando houver atualização de protocolos nacionais/internacionais (AHA, MS, etc.).

Responsável pela revisão: Coordenação de Enfermagem e Núcleo de Segurança do Paciente.

7. Notas importantes

- Garantir checagem diária do carrinho de emergência;
- Manter treinamentos regulares em Suporte Básico e Avançado de Vida;
- Registrar eventuais falhas ou dificuldades no atendimento.

8. Referências

- Ministério da Saúde. Protocolos de Emergência e Urgência.
- American Heart Association (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care.
- COFEN. Resoluções e Normas Técnicas de Enfermagem em Urgência e Emergência.

1.3.5.2. *Atendimento à Vítima de Trauma*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Estabelecer um protocolo padronizado para o atendimento sistematizado, seguro e eficaz à vítima de trauma, garantindo a rápida identificação de lesões graves, manutenção das funções vitais e encaminhamento adequado conforme prioridade clínica.

2.Âmbito:

Aplica-se a todos os setores de atendimento emergencial (Pronto-Socorro, Unidade de Emergência, SAMU, UTI móvel e salas de trauma) e a todos os profissionais envolvidos no atendimento a vítimas de trauma, incluindo equipes médica, de enfermagem, fisioterapia e apoio.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Maca rígida, prancha longa e colar cervical;
- Sistema de oxigênio e aspiração;
- Monitor multiparamétrico;
- Desfibrilador e carrinho de emergência;
- Material para acesso venoso periférico e central;
- Soluções cristalóides (SF 0,9%, Ringer Lactato);
- Kit de curativo e imobilização;
- Equipamentos de proteção individual (EPI).
- Materiais para imobilização
- Serviço diagnóstico contendo: laboratório, RX, US e TC.
- Agência transfusional

4. Atribuições de cada categoria profissional

- Enfermeiro: coordenar o atendimento inicial, realizar avaliação primária e secundária, administrar medicamentos conforme prescrição, supervisionar equipe técnica, comunicar laboratório, agência transfusional, centro cirúrgico e radiologia e registrar o atendimento.
- Técnico de Enfermagem: auxiliar na imobilização, monitorização, punção venosa e transporte; preparar materiais e equipamentos.
- Médico: avaliar, diagnosticar e instituir condutas terapêuticas específicas.
- Equipe de apoio: garantir abertura de fichas, do paciente.
- Laboratório: priorizar resultados de exames.
- Agência transfusional: disponibilizar bolsa de sangue O negativa, coletar amostra de sangue para saber o tipo sanguíneo do paciente.

5. Atividades:

5.1. Atendimento

Etapa 1 – Segurança da cena e abordagem inicial

- Garantir segurança da equipe e da vítima;
- Usar EPIs adequados;
- Avaliar mecanismo do trauma e número de vítimas;
- Acionar recursos adicionais se necessário.

Etapa 2 – Avaliação primária (ABCDE do trauma)

Etapa (ABCDE)	Objetivo	Principais Achados Possíveis	Condutas Imediatas
A – Via Aérea com Controle da Coluna Cervical	Assegurar via aérea pérvia e proteger a coluna cervical.	Obstrução por corpo estranho, sangue ou vômito; Trauma facial grave; Alteração de fala ou roncos; Desvio traqueal; Comprometimento da consciência.	Estabilizar coluna cervical; Remover obstruções; Aspiração de secreções; Intubação se necessário; Traqueostomia de urgência em obstrução total.
B – Respiração e Ventilação	Avaliar ventilação e oxigenação adequadas.	Movimentos assimétricos do tórax; Taquipneia ou apneia; Cianose; Diminuição de murmúrio vesicular; Enfisema subcutâneo; Tórax instável.	Administrar oxigênio suplementar; Tratar pneumotórax hipertensivo ou aberto; Drenagem torácica quando indicada.
C – Circulação e Controle de Hemorragias	Restaurar perfusão e controlar sangramentos externos.	Pulso fraco ou ausente; Pele fria, pálida e úmida; Pressão arterial baixa; Sangramento externo evidente; Distensão jugular (tamponamento cardíaco).	Compressão direta em hemorragias; Reposição volêmica (cristaloides e sangue); Controle de focos hemorrágicos; Avaliar choque hipovolêmico ou cardiogênico.
D – Déficit Neurológico (Disability)	Avaliar nível de consciência e integridade neurológica.	Glasgow < 15; Anisocoria (pupilas desiguais); Déficit motor ou sensitivo; Convulsões; Sinais de hipertensão intracraniana.	Avaliar escala de Glasgow; Controlar glicemia; Proteger vias aéreas se rebaixamento de consciência; Encaminhar à TC de crânio se indicado.
E – Exposição e Controle do Ambiente	Examinar todo o corpo e prevenir hipotermia.	Ferimentos ocultos; Fraturas expostas; Corpos estranhos; Queimaduras; Hipotermia.	Remover roupas com cuidado; Avaliar toda a superfície corporal; Cobrir paciente para evitar perda de calor; Reaquecer se necessário.

Importante: Pacientes com hemorragias aparentes ativas, iniciar o atendimento primário pela contenção da hemorragia, considerando XABCDE.

Etapa 3 – Avaliação secundária

- Realizar exame físico detalhado da cabeça aos pés;
- Monitorizar sinais vitais e diurese;
- Solicitar exames laboratoriais e de imagem conforme protocolo (RX, FAST, TC).

Etapa 4 – Reavaliação e conduta definitiva

- Reavaliar ABCDE continuamente;
- Corrigir alterações identificadas;
- Garantir estabilização
- Definir conduta: encaminhamento cirúrgico, internação ou transferência.

5.2. Situações Especiais

Grupo	Particularidades Fisiológicas	Cuidados Específicos	Cuidados-Chave (Resumo)
Gestantes	↑ Volume sanguíneo e FC (choque mascarado); Compressão da veia cava inferior; Feto depende da perfusão materna.	Priorizar a mãe; Posição lateral esquerda; Manter SpO ₂ >95%; Acesso venoso acima do diafragma; Realizar exames conforme necessidade; Monitorar feto ≥20 semanas; Atentar a causas obstétricas.	Priorizar mãe, posição lateral, monitorar feto.
Crianças	Maior reserva cardiovascular (descompensam rápido); Cabeça grande (risco de TCE); Vias aéreas pequenas; Maior superfície corporal → risco de hipotermia.	Via aérea proporcional (tabela Broselow); Evitar hiperventilação; Avaliar pulso e enchimento capilar; Manter aquecimento; Acesso intraósseo se necessário; Avaliar sinais de abuso.	Equipamentos proporcionais, aquecimento, considerar intraósseo.
Idosos	Menor reserva cardíaca e pulmonar; Uso frequente de anticoagulantes; Resposta ao choque atenuada; Ossos frágeis.	Interpretar sinais vitais com cautela; Revisar medicações (anticoagulantes, betabloqueadores); Reposição volêmica com cuidado; Imobilizar coluna mesmo após traumas leves; Considerar comorbidades; Proteger pele e articulações.	Cautela com fluidos, atenção a anticoagulantes, imobilização suave.

5.3. Educação e monitoramento contínuo:

- Realizar treinamentos periódicos de atendimento ao politraumatizado.
- Realizar anualmente simulado IMV – Incidente com Múltiplas Vítimas

6.Plano de implantação e revisão:

1º fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.

2º fase (jan/26) – Simulado IMV e debriefing

Revisão anual ou sempre que houver atualização nas diretrizes do Ministério da Saúde, ANVISA e ATLS.

7. Notas importantes

- Priorizar sempre a segurança da equipe e do paciente;
- Manter comunicação efetiva entre os membros da equipe;
- Garantir registro completo do atendimento no prontuário;
- Reforçar treinamentos periódicos em ATLS e Suporte Avançado de Vida.
- Em situações que envolvam múltiplas vítimas, preparar atendimento conforme recomendações do Plano de Catástrofe.

8. Referências

- American College of Surgeons. ATLS – Advanced Trauma Life Support, 10ª edição.
- Ministério da Saúde. Protocolo Nacional de Atendimento ao Trauma, 2023.
- COFEN. Normas Técnicas de Enfermagem em Urgência e Emergência.

1.3.5.3. *Carro de Urgência e Emergência: Conferência e Testes*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

- Padronizar os medicamentos, materiais e equipamentos constituintes do carro de emergência;
- Padronizar rotinas de organização, checagem, testagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios (desfibrilador, laringoscópios, prancha);
- Definir responsabilidades;
- Oferecer assistência segura, eficiente e de qualidade aos clientes atendidos.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que possuem a presença do carro de urgência e emergência devidamente estruturado de acordo com o perfil do setor, como: Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, SADT, Pronto Socorro, Obstetrícia, UTI Adulto e Ambulatório.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Carrinho de emergência.
- Caneta;
- Formulários de Conferência de Lacres,
- Check list
- Conferência de Carrinho de Emergência;

4.Atribuições de cada categoria profissional

Equipe Multiprofissional

- Conhecer o conteúdo e a disposição de materiais e de medicamentos contidos no carro de emergência;

- Realizar educação permanente junto à equipe;
- Fazer notificação de qualquer evento adverso ou *near miss* (quase erro) no SAS *INTERACT* (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares).

Médico

Prescrever os medicamentos utilizados no atendimento de urgência/emergência, por meio eletrônico, para a reposição do carro de emergência.

Enfermeiro

- Elaborar escala de serviço para limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios;
- Monitorar o cumprimento das atividades pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, conforme escala de serviço;
- Realizar a testagem funcional do laringoscópio;
- Conferir os lacres do carro de emergência;
- Propor educação permanente.
- Fazer a dupla checagem de vencidos junto com a farmácia mensalmente

Farmacêutico

- Controlar periodicamente os materiais contidos no carro quanto a sua presença, quantidade e validade;
- Organizar o carro de emergência e seus componentes acessórios;
- Dispensar os medicamentos padronizados para reposição do carro, mediante prescrição médica ou requisição eletrônica gerada pelo enfermeiro, com carimbo e assinatura.
- Monitorar periodicamente os medicamentos contidos no carro de emergência quanto a sua presença, quantidade, características físicas e validade.

Técnico de Enfermagem

- Realizar a limpeza do carro de emergência e do desfibrilador (monitor, cabos e acessórios), conforme escala de serviço e/ou após o atendimento emergencial;
- Auxiliar o enfermeiro na organização do carro de emergência.

Responsável Técnico / Supervisor da Unidade

- Supervisionar o cumprimento do Procedimento operacional padrão;

- Propor educação permanente, se identificado qualquer fator contribuinte ao erro ou ao evento adverso.

5. Atividades:

As situações de urgência e emergência, dentre estas a parada cardiorrespiratória (PCR), exigem atuação imediata, uma vez que a chance de sobrevivência após o evento varia de 2% a 49% dependendo do ritmo cardíaco inicial e do início precoce da reanimação. Esse atendimento deve ser possibilitado por uma equipe capacitada e pela disponibilidade de materiais e equipamentos necessários. As habilidades técnicas dos profissionais não asseguram o sucesso na RCP, a presença dos materiais são imprescindíveis se faz necessário em toda situação de urgência e emergência. Deste modo, o carrinho de emergência é uma ferramenta fundamental na qualidade do atendimento por ser um espaço onde contém todos os materiais, medicamentos e equipamentos necessários e em quantidades adequadas, mantendo somente o indispensável a fim de agilizar o atendimento e reduzir o desperdício.

O carro de emergência é uma estrutura móvel composta por gavetas providas com materiais e medicamentos pertinentes para o atendimento do paciente em situações de urgências ou emergências médica. Na parte superior ficam os equipamentos como desfibrilador, laringoscópio e as lâminas de intubação e na parte traseira e/ou lateral a tábua de reanimação. Utilizado principalmente na reanimação cardiopulmonar e no apoio de outras situações emergenciais dentro do ambiente intra-hospitalar. A conferência diária dos lacres e equipamentos, organização e limpeza são boas práticas que devem ser adotadas de forma institucional.

A primeira Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia, baseada no The Code Cart da American Heart Association, veementemente recomenda a padronização do conteúdo dos carros de emergência (itens para avaliação diagnóstica, manejo de vias aéreas, acesso vascular e fármacos). Os carrinhos de emergência estão presentes em todas as unidades de assistência ao paciente a fim de facilitar a intervenção perante uma possível PCR. Para que o seu objetivo seja alcançado, a American Heart Association (AHA) estabeleceu um protocolo de padronização referente à organização desses carrinhos.

A organização do carro de emergência

O carro de emergência deverá constituir-se de um armário móvel com gavetas suficientes para a guarda de medicamentos, materiais e de equipamentos a serem utilizados em emergências e de urgência. A composição do carro de emergência quanto a estrutura e componentes deverá seguir a seguinte sequência:

Base superior: Desfibrilador, caixa com os laringoscópios; caixa com materiais de intubação (opcional); impressos de controles;

Lateral: Tábua de compressão, suporte de soro e cilindro de oxigênio;

Gavetas:

GAVETAS		PRODUTO
1°	Medicamentos controlados, alta vigilância e os demais	Medicação
2°	Materiais para acesso intravascular e suporte ventilatório	Circulação e Vias Aéreas
3°	Material cateterismo vesical e gástrico	Complementares
4°	Soluções e outros	Soros e soluções

O carro de emergência equipado deverá estar posicionado em local estratégico e de fácil acesso e mobilidade;

A quantidade de carro de emergência por unidade variará de acordo com o número e nível de complexidade dos clientes assistidos e da estrutura física do local;

As gavetas do carro de emergência deverão estar identificadas com a descrição de suas respectivas composições;

O carro de emergência que não estiver em uso deverá permanecer lacrado/fechado. A retirada do lacre deverá ocorrer mediante situações de atendimento às urgências e emergências clínicas, ou quando conferência e/ou auditoria;

As composições dos materiais e dos medicamentos do carro de emergência, seguindo as recomendações da Diretriz de Apoio e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Cardiologia e do Conselho Federal de Medicina, adequadas à realidade institucional e ao perfil da clientela assistida.

As rotinas para organização, checagem e limpeza do carro de emergência e de seus componentes acessórios se dará em duas distintas situações: Rotina de Conferência e Testagem do Carro de Emergência e Rotina de Reorganização do Carro de Emergência Utilizado.

Rotina de Conferência e Testagem do Carro de Emergência

O carro de emergência e seus componentes acessórios deverão ser checados periodicamente quanto à sua integridade/funcionamento:

Unidades do carro de emergência	Atividade	Periodicidade

	Conferência dos lacres	Início de cada plantão (matutino e noturno) - Enfermeiro
	Controle periódico dos medicamentos (conferência de quantidade e validade)	Mensalmente (Responsabilidade da Farmácia)
	Controle periódico dos materiais (quantidade e validade)	Mensalmente (Responsabilidade da Farmácia)
	Reposição após utilização ou perda por vencimento	Imediatamente após o uso (Responsabilidade da Farmácia)
Desfibrilador	Teste funcional do desfibrilador	2 vez por dia (manhã e noite) - Enfermeiro/ juntamente com os técnicos de enfermagem
	Revisão técnica	1 vez por ano (1x/ano), em data preestabelecida pela assistência técnica
Laringoscópios	Teste funcional do laringoscópio	Início de cada plantão (matutino e noturno)
Cilindro de oxigênio	Controle (quantidade e calibragem)	Início de cada plantão (matutino e noturno)

Controle de lacres

Após a conferência mensal da farmácia todo carrinho é lacrado com um lacre numerado e de cor azul, que indica que o carrinho está conferido e pronto para qualquer emergência. É através dessa numeração que a enfermagem diariamente irá verificar se esse carrinho não foi violado.

Quando aberto, seja por qualquer motivo, esse lacre azul é rompido, e após seu uso deve ser lacrado novamente, mas agora com o lacre vermelho que fica localizado na primeira gaveta junto com o check list da farmácia. O setor de enfermagem deve comunicar a farmácia que o carrinho foi aberto para que seja feito uma nova conferência, e deve ser anotado no formulário de Conferência de Lacs dos Carrinhos de Emergência, com a data, horário e motivo da abertura.

Modelo de lacre para carrinhos de emergência



- É recomendado que os materiais de oxigenação, submetidos à desinfecção de alto nível (exemplos: bolsa máscara ventilatória - AMBU; umidificador e máscaras de oxigênio), fiquem em uma caixa específica situada sobre o carro de emergência.
- O modo de teste funcional do desfibrilador variará de acordo com a marca do equipamento. Seguir as recomendações do fabricante. O desfibrilador deverá estar conectado à rede elétrica, continuamente;

Não conformidades: Se houver algum erro no teste, informar a Central de Equipamentos, para contato com serviço de manutenção técnica.

O teste funcional do laringoscópio deverá considerar: lâmpada com boa iluminação; ajuste perfeito do cabo e da lâmina e limpeza;

Não conformidades: Caso seja detectado falhas, verificar se a causa está relacionada ao ajuste do cabo com a lâmina; à pilha ou à lâmpada (queimada ou mal ajustada). Os laringoscópios com mau funcionamento estrutural e lâmpada queimada de verão ser encaminhados ao Setor de Engenharia Clínica, para reparos.

A quantidade de laringoscópios e o tipo (reta ou curva) e a numeração de sua lâmina (0 /1 /2 /3/ 4) variarão de acordo com a faixa etária da clientela atendida e com o nível de complexidade do cuidado da unidade;

Rotina de Limpeza concorrente e terminal do carro de emergência

Unidades do Carro de Emergência	Limpeza/Desinfecção Concorrente	Limpeza/Desinfecção Terminal

Carro de emergência	1 vez por dia (externamente)	1 vez por mês (externo e interno)
Desfibrilador	1 vez ao dia	-
Laringoscópios	1 vez a cada plantão	-

- A limpeza e desinfecção concorrente/terminal do carro de emergência e do desfibrilador (carcaça, cabos, pás e monitor) deverão ser realizadas com compressa úmida bem torcida com pouco sabão neutro (limpeza), seguido de compressa úmida bem torcida (remoção do sabão e resíduos), finalizando com compressa limpa, embebida em álcool 70% (desinfecção), exceto no visor do monitor. Observação: Equipamento sensível à umidade e à produtos corrosivos;
- A desinfecção concorrente do laringoscópio (diária) deverá ser realizada com compressa embebida com álcool 70%, concomitantemente, a sua testagem funcional;
- Os laringoscópios testados e desinfetados deverão ser armazenados em local apropriado, situada sobre a base superior do carro de emergência;
- A listagem dos itens (descrição e quantidade dos medicamentos e materiais) presentes no carro de emergência, assim como os impressos de controle e testagem, deverão estar em uma pasta, localizada em sua base superior.

Rotina de Reorganização do Carro de Emergência Utilizado

Os medicamentos e materiais utilizados no atendimento às urgências/emergências clínicas deverão ser repostos, no mesmo turno de trabalho;

Não conformidades: Caso não seja possível toda a reposição dos materiais/medicamentos antes da passagem de plantão, o enfermeiro junto com o farmacêutico responsável deverá lacrar as gavetas, registrar os materiais e medicamentos repostos e não repostos, e informar ao plantão subsequente, que se responsabilizará pela reposição.

- Cada item retirado e repostado do carro de emergência (materiais e medicamentos) deverá ser registrado em formulário

específico;

- A limpeza e desinfecção terminal do carro de emergência e de seus componentes acessórios deverão ocorrer logo ao término do atendimento;
- A limpeza e desinfecção do laringoscópio contaminado deverá seguir os passos da Instrução de Trabalho (IT) - Limpeza e Desinfecção de Laringoscópio, disponível no setor.

Conferência do Cilindro de Oxigênio Portátil

- Verificar a cada plantão a presença do cilindro de O₂, e de seus acessórios;
- Verificar a cada plantão a quantidade de gás e a data de validade do cilindro;
- Abrir lentamente a válvula do cilindro no sentido anti-horário;
- Verificar se existe vazamento aparente;
- Caso exista, fechar novamente a válvula do cilindro e comunicar imediatamente a Manutenção;
- Verificar o valor indicado no manômetro da válvula reguladora de pressão;
- A pressão indicada do manômetro deve ser minimamente de 25 bar (kgf/cm²) em cilindros de oxigênio de 1m³, para maior segurança no atendimento inicial às emergências e no transporte intra-hospitalar;
- Solicitar substituição do cilindro a Manutenção quando a pressão indicada no manômetro estiver próxima a 25 bar (kgf/cm²)
- Após a conferência do manômetro, abrir o fluxômetro, para testar saída de gás;
- Após os testes, fechar o fluxômetro e a válvula do cilindro.

Check list do carrinho de emergência:

PRATELEIRA SUPERIOR	Qtd. Padrão
Desfibrilador com cabo sincronismo c/ monitor	01
Gel	01
Laringoscópio com lâmina nº 1, 3, 4 e 5	01
Reanimador manual completo (Ambú)	01
Aspirador de secreções	01
Tabua de massagem	01

GAVETA 1 - CONTROLADOS	Qtd. Padrão
Diazepan – 5mg/ml (2mL) – Amp	02
Etomidato – 2mg/ml (10mL) - Amp	02
Fenitoina – 50mg/ml (5mL) - Amp	03
Flumazenil – 0,1mg/ml (5mL) - Amp	01
Fentanila - 50mcg/ml (10mL) - Amp	02
Fenobarbital – 100mg/ml (2mL) - Amp	03
Haloperidol – 5mg/ml (1mL) – Amp	02
Midazolan – 1mg/ml (5mL) - Amp	02
Morfina – 10mg/ml (1mL) – Amp	02
Naloxona – 0,4mg/ml (1mL) – Amp	02
Propofol – 10mg/ml (20mL) - Amp	01
Petidina	01

GAVETA 1 - MEDICAÇÕES	Qtd. Padrão
Adrenalina – 1mg/ml (1mL) – Amp	10

GAVETA 1 - MEDICAÇÕES	Qtd. Padrão
Amiodarona – 50mg/ml (3mL) - Amp	05
Água Destilada – 10mL - Amp	08
Atropina – 0,50mg/ml (1mL) - Amp	05
Bicarbonato de sódio – 8,4% - Amp	05
Cloreto de sódio – 0,9% - Amp	05
Dexametasona – 2mg/ml (2,5mL) – Amp	02
Dobutamina - 12,5mg/ml (20mL) - Amp	02
Dopamina – 5mg/ml (10mL) – Amp	04
Furosemida – 10mg/ml (2mL) - Amp	05
Glicose 50% (10mL) - Amp	05
Gluconato de cálcio 10% (10mL) – Amp	02
Hidrocortisona 500mg – Fr	02
Lidocaína sem vaso – 20mg/ml (20mL) - Amp	02
Lidocaína spray – 100mg/ml (50mL) - Fr	01
Noradrenalina/Norepinefrina – 2mg/ml (4mL) – Amp	10
Prometazina – 25mg/ml (2mL) - Amp	02
Quecilin (Suxametônio) 500mg - Fr	02
GAVETA 2 - MATERIAIS	Qtd. Padrão
Agulha 13x4,5	02
Agulha 25x7	10
Agulha 40x12	10
Seringa 1mL	02
Seringa 3mL	02
Seringa 5mL	02
Seringa 10mL	05
Seringa 20mL	05

GAVETA 1 - MEDICAÇÕES		Qtd. Padrão
Equipo Macrogotas		04
Cateter Nasal		02
Cânula Orofaringea (Guedel) nº 4 e 5		01
Luva Estéril nº 6,5/7,0		02
Luva Estéril nº 7,5/8,0		02
Cânula Endotraqueal nº 7,0		02
Cânula Endotraqueal nº 7,5		02
Cânula Endotraqueal nº 8,0		02
Cânula Endotraqueal nº 8,5		02
Sonda de Aspiração nº 12		02
Sonda de Aspiração nº 14		02
Sonda de Aspiração nº 14		02
GAVETA 3 - MATERIAIS		Qtd. Padrão
Polifix Multivias		02
Torneira de Três vias (Three ways)		02
Fio Nylon 3-0		02
Fio de Sutura Algodão 0.2 \ 2.0		02
Fixador de tubo (Cadarço)		2M
Lâmina de Bisturi nº 11		02
Lâmina de Bisturi nº 22		02
Eletrodo		10
Fio Guia		02
Latex		02
Esparadrapo		01
Sonda Nsg nº18		01
Sonda Nsg nº 20		01

GAVETA 1 - MEDICAÇÕES	Qtd. Padrão
GAVETA 4 - INSUMOS	Qtd. Padrão
Solução Fisiológica 0,9% - FR 100mL	01
Solução Fisiológica 0,9% - FR 250ml	01
Solução Fisiológica 0,9% - FR 500ml	01
Solução Fisiológica 0,9% - FR 1000ml	01
Solução Glicosada 5% - FR 250ml	01
Solução Glicosada 5% - FR 500ml	01
Ringer Lactato – FR 500ml	01
Água Destilada – FR 500ml	01
Bicarbonato de Sódio 8,4% - FR 250ml	01

Resultados esperados

Organizar o carro de emergência de maneira adequada conforme é preconizado pelas normas institucionais, garantindo qualidade, efetividade e eficiência na assistência prestada ao usuário.

Indicadores

- Não conformidades na auditoria do carro de emergência

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do Procedimento operacional padrão do Carro de Emergência	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar Procedimento operacional padrão do Carro de Emergência	Gestor Assistencial Médico	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	2° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP Avaliadores Internos	– Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do Procedimento operacional padrão.	In loco	3° mês

previsão de treinamento, validação e revisão com datas específicas.

7. Notas importantes

Os medicamentos com prazo de validade a vencer em até 60 dias deverão ser substituídos junto a Unidade de Farmácia.

8. Referências

BERNOCHE, C.; TIMERMAN, S.; POLASTRI, F. C.; GIANNETTI, N. S., et al. **Atualização da Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia** - 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 3, n. 113, p. 449-663, 2019. Sociedade Brasileira de Cardiologia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Especializada. **Manual de rotinas para atenção ao AVC / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

EBSERH. **Protocolo operacional padrão carro de emergência do HU UNIVASF.**

EBSERH: Petrolina, 2020. 25p. disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitaisuniversitarios/regiao-nordeste/hu-univasf/aceso-a-informacao/normas/protocolos-institucionais/ProcedimentooperacionalpadrocarrodeemergncianoHUUnivasf.pdf> .

FERNANDES, C. J. C. S.; OTA-ARAKAKI, J. S.; CAMPOS, F. T. A. F.; CORREA, R.A., et al.

Brazilian Thoracic Society recommendations for the diagnosis and treatment of chronic thromboembolicpulmonary hypertension. **J Bras de Pn.**

NICOLAU, J. C.; FEITOSA FILHO, G. S.; PETRIZ, J. L.; FURTADO, R. H. M., et al. Diretrizes

da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio semSupradesnível do Segmento ST – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.L.], v. 117, n. 1, p.181-264, jul. 2021. Sociedade Brasileira de Cardiologia. DOI: <http://doi.org/10.36660/abc.20210180>

PROCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL – CARRINHO DE EMERGÊNCIA, 2022.

Disponível em:< <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hcftm/documentos/protocolos-assistenciais/carro-de-emergencia-versao-3-final.pdf>>. Acesso em: 22 setembro de 2022.

PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL- CARRO DE EMERGÊNCIA DO HU UNIVASF, 2020. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.153/2016. Pág: 107-110.

1.3.5.4. Reanimação cardiopulmonar adulto e pediátrica

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Padronizar o atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) adulto e pediátrica no âmbito hospitalar, conforme as diretrizes atualizadas da American Heart Association (AHA, 2025).

2.Âmbito:

Todos os setores do hospital

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Desfibrilador/monitor
- Kit de via aérea adulto e pediátrico (BVM, cânulas, tubos, laringoscópio)
- Kit via aérea difícil (quando necessário)
- Acessos IV/IO com materiais completos
- Medicamentos: adrenalina, amiodarona, lidocaína, bicarbonato
- Capnógrafo, oxigênio, aspirador, prancha de RCP

4.Atribuições de cada categoria profissional

TRR (Time de Resposta Rápida) – Time capacitado e treinado para atender parada cardiorrespiratória no âmbito hospitalar

Equipe de enfermagem – identifica a PCR, solicita ajuda, auxilia nas manobras de RCP (compressão/ ventilação), estabelece acesso venoso periférico, administra medicação, monitoriza paciente, busca materiais adicionais, registra tempos, medicações, eventos e atende as solicitações do enfermeiro e médico.

Enfermeiro – organiza a equipe distribuindo as funções, pode realizar todas as ações pertinentes a equipe de enfermagem e ações privativas do enfermeiro: estabelece acesso intra-ósseo

(quando necessário), realiza cateterismo vesical, transporte do paciente crítico após estabilização.

Médico – coordena o atendimento, analisa o ritmo cardíaco, determina as condutas, solicita exames, medicações, realiza intubação oro traqueal, passagem de cateter central, desfibrilação e decide sobre o término do atendimento.

Fisioterapeuta – assume a ventilação manual, auxilia médico na intubação e instala ventilação mecânica após estabilização.

5. Atividades:

5.1 Reconhecimento da PCR e acionamento do código.

Avaliar responsividade do paciente (nível de consciência)

Checar presença de pulso central e respiração em até 10 segundos

Pedir ajuda conforme fluxo de acionamento definido para unidade.

5.2 Iniciar RCP de alta qualidade imediatamente.

Colocar prancha rígida

Compressões

Realizar compressões a uma frequência de 100 a 120 batimentos por minutos

Aprofundar o esterno em torno de 5 cm (adulto) e 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax – de 3 a 4 cm (crianças).

Permitir retorno total do tórax entre uma compressão e outra

Minimizar interromper as compressões (não ultrapassar 10 segundo)

Ventilação

Realizar ventilação permitindo elevação do tórax de forma:

Sincrônica: para pacientes sem via aérea definitiva

Adulto – 30 compressões x 2 ventilações – 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos)

Crianças – 15 compressões x 2 ventilações – 10 ciclos (aproximadamente 2 minutos)

Assincrônica – para pacientes com via aérea avançada

Adultos – 1 ventilação a cada 5 ou 6 segundos

Crianças – 1 ventilação a cada 2 ou 3 segundos

5. 3 Desfibrilação

Desfibrilar ritmos chocáveis (FV/TV sem pulso) o mais rápido possível, conforme solicitação médica.

Adulto – carga máxima

Pediátrico – de 2 a 4J/ Kg

5. 4 Administrar medicação conforme solicitação médica

Epinefrina (todos os ritmos) - 1 mg IV/IO a cada 3–5 minutos (adulto) ou 0,01 mg/kg (pediátrico).

Amiodarona (FV/ TV refratária ao choque) – 300 mg (adulto) ou 5 mg/kg (pediátrico)

Antes e após a administração de cada medicação, deve ser realizado a comunicação em alça fechada, confirmando o nome da medicação, via e dose.

Após a administração de medicação por acesso periférico, é necessário lavar o acesso venoso com soro fisiológico e elevar o membro de 10 a 20 segundos, favorecendo a circulação.

5.5 Identificar e tratar causas reversíveis

5Hs

5 Hs	Causa	Indício Clínico	Conduta/ Correção
Hipóxia	Falta de oxigênio	Cianose, SpO ₂ baixa ou inadequada	Garantir via aérea pérvua, ventilação eficaz com O ₂ a 100%, checar tubo, aspiração se necessário
Hipovolemia	Perda de sangue ou fluido	História de hemorragia, trauma, desidratação	Reposição volêmica (cristalóides, sangue se necessário)
Hidrogênio	Acidose metabólica ou respiratória	pH baixo, ventilação inadequada	Ventilar adequadamente, corrigir causa (hipóxia, hipoperfusão), considerar bicarbonato se acidose metabólica grave
Hipo/ Hipercalemia	Distúrbio eletrolítico	ECG alterado (ondas T altas, QRS largo), histórico renal	Corrigir conforme distúrbio: ✓ HiperK: cálcio, insulina+glicose, bicarbonato, beta-agonista, diálise. ✓ Hipok: reposição intravenosa
Hipotermia	Temperatura corporal baixa	História de exposição, temperatura menor que 30°C	Reaquecimento gradual, evitar desfibrilar repetidamente até temperatura ficar maior ou igual a 30°C

5Ts

5Ts	Causa	Indício Clínico	Conduta/ Correção
Tensão (pneumotórax hipertensivo)	Colapso pulmonar por ar no espaço pleural	Assimetria torácica, ausência de murmúrios vesiculares, enfisema	Descompressão imediata com agulha realizada somente por médico (2º espaço intercostal - linha médio-clavicular) e drenagem torácica
Tamponamento cardíaco	Acúmulo de líquido no pericárdio	Turgência de jugular, bulhas abafadas, hipotensão	Pericardiocentese de urgência
Trombose coronariana	Infarto agudo do miocárdio	ECG Compativel, histórico de dor torácica	RCP + desfibrilação, considerar trombólise/ hemodinâmica para RCE
Trombose pulmonar (TEP)	Embolia pulmonar maciça	Dispneia prévia, fatores de risco tromboticos	RCP, trombólise se disponível
Toxinas	Intoxicação/ overdose	História clínica, pupilas, drogas em uso	Suporte vital + antídoto específico (naloxona, carvão ativado, etc)

5. 6 Após RCE – Retorno da Circulação Espontânea

Otimizar perfusão cerebral e cardíaca, controlar temperatura, identificar e tratar causas reversíveis e prevenir nova PCR

Recomendação	Avaliação	Método	Conduta
Otimização hemodinâmica e respiratória	Via aérea e ventilação	Via aérea definitiva ou máscara não reinalante	Garantir via aérea definitiva (intubação) - manter saturação de oxigênio entre 94 - 98% (evitar hipóxia) PaCO ₂ entre 35-45 mmHg
	Pressão arterial	PAI	Manter PAM ≥ 65 mmHg (adultos) e adequada à idade (pediatria) - corrigir hipotensão com volume e vasopressor (noradrenalina é a droga de escolha em Bomba de infusão)
	ECG contínuo	Exame de controle	Identificar arritmias e isquemia
	Glicemia	Controle de glicemia	Manter entre 100-150 mg/dL (evitar hipo e hiperglicemia)
Controle direcionado de temperatura	Comatoso pós RCE	Manta térmica, catéter de resfriamento, gelo, soro frio	Manter temperatura entre 32-36°C por 24h - Evitar hipertermia ($>37,5^{\circ}\text{C}$) após o período de controle
	Desperto e obedecendo a comandos	Controle de temperatura	Não há necessidade de resfriamento ativo, mas deve evitar febre
Cuidados neurológicos	Neuroimagem	TC	Descartar anóxia ou AVC
	Sedação mínima	Titulação em bomba de infusão	Evitar supressão desnecessária da consciência
	EEG	Monitorização contínua	Identificar crises epiléticas não convulsivas
	Avaliação neurológica seriada	Escala de Glasgow	Pupilas, reflexos, resposta motora

Diagnóstico e Tratamento

Avaliar causas reversíveis (5H e 5T)

ECG de 12 derivações – investigar síndrome coronariana aguda

Solicitar exames laboratoriais: gasometria, eletrólitos, lactato, função renal/ hepática

Considerar angioplastia de emergência se infarto

Monitorar débito urinário e função renal

Cuidados com ventilação mecânica para evitar barotrauma e hipercapnia.

Profilaxias: TEP, úlceras por pressão, glicemia e infecção.

Nutrição precoce: via enteral, se possível.

Avaliar prognóstico neurológico após 72 horas do retorno da circulação, e sem sedação residual.

6.Plano de implantação e revisão:

6.1 – Plano de Implantação

Fase 1 – Novembro/2025: lançamento institucional e revisão de equipamentos.

Fase 2 – Dezembro/2025: treinamentos teóricos e práticos (BLS/ACLS/PALS).

Fase 3 – Janeiro/2026: simulações in situ e ajustes do POP.

6.2 – Revisão

Periodicidade: anual ou a cada atualização. Responsável: Núcleo de Segurança do Paciente.

7. Notas importantes (se houver)

8. Referências

American Heart Association (AHA). Guidelines for CPR and ECC, 2020 & Updates 2025.

Panchal AR et al. Circulation. 2020;142(suppl 2):S366–468.

Topjian AA et al. Circulation. 2020;142(suppl 2):S469–523.

1.3.5.5. Transporte Intra e Inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico)

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Promover o transporte adequado, seguro e de destino correto dos pacientes que aguardam internação, exames, cirurgias, mudança de unidade hospitalar, alta ou em transferências internas e externas, realizado por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, maqueiro e fisioterapeuta, quando necessário / de acordo com o procedimento operacional padrão de transporte, sendo implantado no primeiro mês de operacionalização da unidade hospitalar.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que apresentam a necessidade de transportar usuários em uso do sistema de saúde e/ou colaboradores em atendimento em saúde. Instrução vale em toda unidade hospitalar.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Maleta de transporte: - Será utilizada para transporte de pacientes críticos. - A maleta ficará na farmácia da unidade hospitalar, sendo que a conferência das medicações será realizada pela farmacêutica responsável pela farmácia do setor, a cada utilização.

Materiais e medicações da maleta:

Adulto:

Tubo endotraqueal: nº 6,0; 6,5; 7,0; 7,5; 8,0;

Laringoscópio com lâmina 3 e 4 curva;

Fio guia e Fixação para TOT;

Fentanil: 02 ampolas;

Midazolam 15mg: 01 ampola;

Glicose 50%: 02 ampolas;

Epinefrina: 02 ampolas;

Atropina: 04 ampolas;

Diazepam: 02 ampolas;

Soro Fisiológico: 02 ampolas;

Água Destilada: 05 ampolas;

Seringas 3mL e 05 mL: 05 unidades;

Seringas de 10 e 20 mL: 02 unidades;

Agulha 40/12: 05 unidades.

Pediátrico:

Tubo endotraqueal: nº 3,0; 3,5; 4,0; 4,5; 5,0; 5,5; 6,0;

Fentanil: 02 ampolas;

Midazolam 15mg: 01 ampola;

Glicose 50%: 02 ampolas;

Laringoscópio com lâminas 0, 1, 2 retas e 2 curva;

Epinefrina: 02 ampolas;

Atropina: 02 ampolas;

Diazepam: 02 ampolas;

Soro Fisiológico: 02 ampolas;

Água Destilada: 05 ampolas;

Seringas 3ml e 05 ml: 05 unidades;

Seringas de 10 e 20 ml: 02 unidades;

Agulha 40/12: 05 unidades.

Neonatal:

Tubo endotraqueal: nº 2,5; 3,0; 3,5; 4,0;

Laringoscópio com lâmina 0 e 1 retas;

Fentanil: 02 ampolas;

Midazolam 15mg: 01 ampola;

glicose 50%: 02 ampolas;

Epinefrina: 02 ampolas;

Atropina: 02 ampolas;

Diazepam: 02 ampolas;

Soro Fisiológico: 02 ampolas;

Água Destilada: 05 ampolas;

Seringas 3mL e 05 mL: 05 unidades;

Seringas de 10 e 20 mL: 02 unidades ;

Agulha 40/12: 05 unidades.

Adicionar: (a ser realizado pelo enfermeiro do setor):

- Ressuscitador manual (de acordo com o público alvo);
- Cilindro de oxigênio;
- Monitor de transporte;
- Ventilador de transporte, quando necessário.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Transporte intra-hospitalar

Médico:

- Solicitar o transporte do paciente por meio de registro em prontuário ou formulário específico seja para realização de exames, admissão ou alta, analisando o risco benefício do transporte de alto risco.
- Conhecer o quadro atual do cliente: diagnóstico de internação e evolução clínica.
- Acompanhar o transporte de pacientes críticos e garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e de prevenção de complicações traumáticas.

Enfermeiro:

- Realizar a tripla identificação do cliente: chamado verbal; pulseira de identificação e placa a beira leito;
- Analisar as condições clínicas do cliente por meio da monitorização das medidas hemodinâmicas e respiratórias e, se necessário, da análise dos gases arteriais (PCO₂ e PO₂).
- Definir o meio de locomoção/equipamento para o transporte (cadeira de rodas ou maca de transporte);

- Classificar o tipo de transporte (Baixo, Médio e Alto Risco), a equipe mínima de trabalhadores e o horário a ser realizado;
- Realizar a passagem de plantão para a unidade de destino, seja para transferência, admissão ou exames, informando quadro clínico, equipamentos, dispositivos em uso e tipo de medida de precaução;
- Preencher o checklist de transporte seguro (Anexo I);
- Convocar a equipe que participará do transporte, de acordo com o risco;
- Auxiliar na organização do paciente para o transporte, preservando dispositivos, determinando os medicamentos que seguirão em infusão contínua, provisionando torpedão de oxigênio, maleta de transporte e monitor multiparamétrico, conforme a necessidade clínica do paciente;
- Supervisionar a utilização equipamentos necessários para o transporte (monitor, respirador e bomba de infusão para o transporte). Quando necessário uso do respirador, cabe a enfermeira ou ao fisioterapeuta a instalação do equipamento no paciente;
- Auxiliar ou supervisionar a equipe durante a transferência do paciente do leito para maca de transporte ou cadeira de rodas, atentando-se para proteção dos dispositivos e orteses em uso e responsabilizando-se pela distribuição da equipe para a correta mobilização;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas;
- Registrar em prontuário as condições do paciente antes e após o transporte, as indicações para o transporte e a equipe mínima definida.

Técnico de enfermagem:

- Realizar a organização do paciente para o transporte após definição pelo enfermeiro do horário e da equipe mínima necessária para o procedimento;
- Prover equipamentos necessários para o transporte (monitor, respirador e bomba de infusão para o transporte);
- Auxiliar durante a transferência do paciente do leito para maca de transporte ou cadeira de rodas, atentando-se para proteção dos dispositivos e orteses em uso;
- Preencher o checklist de transporte seguro, conjuntamente com o enfermeiro;
- Acompanhar o paciente durante todo trajeto e seu retorno para unidade de origem;
- Posicionar o paciente no leito e manter vigilância para sinais de instabilidade após transporte;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas;

- Registrar em prontuário as condições do paciente antes e após o transporte.

Maquero:

- Apresentar-se no setor em que o transporte foi solicitado com o tipo de equipamento definido pela enfermeira para o transporte (maca ou cadeira de rodas);
- Auxiliar, quando solicitado pela enfermeira, no processo de transferência para a maca ou cadeira de rodas;
- Conduzir o paciente, através da maca de transporte ou cadeira e acompanhado no mínimo pelo técnico de enfermagem até o unidade de destino ou recepção nos casos de alta hospitalar;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas.

Transporte Inter-Hospitalar**Central de regulação:**

- Comunicar a enfermeira da unidade onde o paciente encontra-se internado a liberação do transporte pelo serviço de saúde, assim como o horário e as condições de preparo;
- Acionar a equipe de transporte da ambulância e comunicá-lo o nome do paciente, local de destino e horário.

Médico:

- Conhecer o quadro atual do cliente: diagnóstico de internação e evolução clínica.
- Acompanhar o transporte de pacientes críticos e garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e de prevenção de complicações traumáticas.

Enfermeira:

- Seguir as orientações para o transporte intra-hospitalar, atentando-se para o preenchimento do checklist de transporte seguro e a passagem de plantão para equipe de transporte da ambulância;

Técnica de enfermagem e auxiliar de transporte/maquero:

- Seguir as orientações para o transporte inter-hospitalar.

5. Atividades:

O transporte de pacientes é classificado em transporte intra-hospitalar e inter-hospitalar:

- **Transporte intra-hospitalar (TIH)**– é o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes pela equipe de saúde, para outros setores do mesmo serviço de saúde, seja para fins

diagnósticos ou terapêuticos, ou seja, é aquele realizado entre as unidades internas (de internação e de apoio diagnóstico e cirúrgico)

- **Transporte inter-hospitalar** – é o encaminhamento temporário ou definitivo de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de referência para fins diagnósticos ou terapêuticos, ou seja, é aquele realizado entre hospitais.

- Fases do transporte – Inclui todas as etapas para o transporte do paciente. **Na fase preparatória** envolve a organização e comunicação entre os componentes da equipe multiprofissional sobre a forma como será realizada o transporte e a atribuições de cada membro; **Na fase de transferência**, compreende desde a mobilização do paciente do leito para o meio de transporte (maca ou cadeira de rodas), até seu retorno a unidade de origem e retirada do meio de transporte para o leito; **Na fase pós-transporte**, compreende a primeira hora após o transporte onde se avalia possíveis respostas do paciente ao procedimento.

Indicações e Contraindicações do Transporte

Indicações do transporte do paciente:

- Nos casos de admissão ou alta hospitalar;
- Para realização de exames diagnósticos e de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos;
- Quando houver necessidade de transferências entre leitos ou entre as unidades;
- Encaminhamento às atividades de recreação.

Contraindicações do transporte do paciente:

- Quando houver incapacidade de manter oxigenação, ventilação e performance hemodinâmica durante o transporte identificado pela equipe de saúde por meio da análise risco-benefício;
- Quando houver impossibilidade de permanência no local de destino pelo tempo necessário;
- Quando não houver número suficientes de profissionais para garantir o controle dos riscos de quedas;
- Quando não houver a presença do médico para o transporte de pacientes críticos.

Com objetivo de assegurar que todos os pontos sejam checados, listamos abaixo os fatores que devem ser considerados durante o transporte:

- Indicação do transporte;
- Doença de base e condições associadas;
- Treinamento da equipe de transporte;
- Material e equipamentos disponíveis na unidade de transporte;

- Avaliação do risco/benefício do transporte para o paciente;
- Tempo de transporte e distância;
- Recursos do local de origem e do local de destino;
- Possibilidade de complicações durante o transporte;
- Condições do trajeto a ser percorrido (trânsito);
- Avaliação dos possíveis fatores desfavoráveis durante o transporte: ruídos, vibrações, variações da luminosidade e temperatura ambiente.

Classificação do risco do paciente e equipe mínima para transporte

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSPORTE	CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE	PROFISSIONAL PRESENTE NO TRANSPORTE
BAIXO RISCO (A)	Pacientes estáveis, sem alterações críticas nas últimas 48 horas e em ventilação espontânea ou uso de cateter de oxigênio sem risco de dessaturação, em maca ou em cadeira de rodas. (Pacientes SADT, Alta, CC).	Técnico de enfermagem e/ ou Auxiliar de Transporte
MÉDIO RISCO (B)	Pacientes estáveis, com necessidade de monitorização hemodinâmica ou oxigenioterapia, em uso de dispositivos invasivos (dreno de tórax, SVD, catéter central sem DVA),	Técnico de enfermagem e Enfermeiro ou Médico
ALTO RISCO (C)	Pacientes semi-críticos ou críticos, instáveis ou em uso de drogas vasoativas e/ou assistência ventilatória mecânica, uso de dispositivos invasivos (PAI, PIC, CVC), encaminhamentos para UTI, CC etc.	Técnico de enfermagem e Enfermeiro e Médico *Fisioterapia s/n

Para auxiliar na definição da equipe de transporte e dos cuidados com o paciente, listamos abaixo pontos que devem ser considerados no transporte de pacientes críticos e não críticos. Serão considerados pacientes críticos, os que apresentarem uma das condições:

- Uso de drogas vasoativas;
- Necessidade de suplementação de O₂ com pressão de suporte;
- Rebaixamento sensório;
- Desconforto respiratório moderado a grave (SPO₂ < 90%);

Transporte de pacientes críticos:

- O transporte destes pacientes é sempre de risco, devido ao quadro clínico complexo e, na maior parte das vezes, com grande instabilidade;
- A decisão de transportá-los sempre deve seguir normas e procedimentos extremamente rígidos e elaborados pelos profissionais da unidade intensiva de origem e corpo clínico do hospital;
- Deve-se lembrar que a decisão de transporte é de responsabilidade médica intransferível, cabendo a este profissional avaliar todas as variáveis envolvidas;
- Deve-se seguir o checklist de transporte seguro para pacientes críticos, de acordo com anexo, garantindo-se que todos os pontos sejam cumpridos. É de preenchimento do enfermeiro da unidade que está transferindo, do técnico de transporte e do enfermeiro da unidade que está recebendo;
- O procedimento de transporte deve ser registrado no prontuário do paciente;
- Esses pacientes deverão ser transportados com o técnico de enfermagem da unidade e o técnico de enfermagem do transporte.

Transporte de pacientes não críticos:

- Os deslocamentos de pacientes estáveis são considerados sempre eletivos;
- O paciente será transportado pelo técnico de enfermagem de transporte. Somente haverá a necessidade do acompanhamento do técnico de enfermagem do leito ou de outro profissional quando se referir a pacientes com condições especiais, a ser determinado pelo enfermeiro do setor.

Transporte intra-hospitalar**Médico:**

- Solicitar o transporte do paciente por meio de registro em prontuário ou formulário específico seja para realização de exames, admissão ou alta, analisando o risco benefício do transporte de alto risco.
- Conhecer o quadro atual do cliente: diagnóstico de internação e evolução clínica.
- Acompanhar o transporte de pacientes críticos e garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e de prevenção de complicações traumáticas.

Enfermeiro:

- Realizar a tripla identificação do cliente: chamado verbal; pulseira de identificação e placa a beira leito;

- Analisar as condições clínicas do cliente por meio da monitorização das medidas hemodinâmicas e respiratórias e, se necessário, da análise dos gases arteriais (PCO₂ e PO₂).
- Definir o meio de locomoção/equipamento para o transporte (cadeira de rodas ou maca de transporte);
- Classificar o tipo de transporte (Baixo, Médio e Alto Risco), a equipe mínima de trabalhadores e o horário a ser realizado;
- Realizar a passagem de plantão para a unidade de destino, seja para transferência, admissão ou exames, informando quadro clínico, equipamentos, dispositivos em uso e tipo de medida de precaução;
- Preencher o checklist de transporte seguro (Anexo I);
- Convocar a equipe que participará do transporte, de acordo com o risco;
- Auxiliar na organização do paciente para o transporte, preservando dispositivos, determinando os medicamentos que seguirão em infusão contínua, provisionando torpedão de oxigênio, maleta de transporte e monitor multiparamétrico, conforme a necessidade clínica do paciente;
- Supervisionar a utilização equipamentos necessários para o transporte (monitor, respirador e bomba de infusão para o transporte). Quando necessário uso do respirador, cabe a enfermeira ou ao fisioterapeuta a instalação do equipamento no paciente;
- Auxiliar ou supervisionar a equipe durante a transferência do paciente do leito para maca de transporte ou cadeira de rodas, atentando-se para proteção dos dispositivos e orteses em uso e responsabilizando-se pela distribuição da equipe para a correta mobilização;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas;
- Registrar em prontuário as condições do paciente antes e após o transporte, as indicações para o transporte e a equipe mínima definida.

Técnico de enfermagem:

- Realizar a organização do paciente para o transporte após definição pelo enfermeiro do horário e da equipe mínima necessária para o procedimento;
- Prover equipamentos necessários para o transporte (monitor, respirador e bomba de infusão para o transporte);
- Auxiliar durante a transferência do paciente do leito para maca de transporte ou cadeira de rodas, atentando-se para proteção dos dispositivos e orteses em uso;
- Preencher o checklist de transporte seguro, conjuntamente com o enfermeiro;

- Acompanhar o paciente durante todo trajeto e seu retorno para unidade de origem;
- Posicionar o paciente no leito e manter vigilância para sinais de instabilidade após transporte;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas;
- Registrar em prontuário as condições do paciente antes e após o transporte.

Maquero:

- Apresentar-se no setor em que o transporte foi solicitado com o tipo de equipamento definido pela enfermeira para o transporte (maca ou cadeira de rodas);
- Auxiliar, quando solicitado pela enfermeira, no processo de transferência para a maca ou cadeira de rodas;
- Conduzir o paciente, através da maca de transporte ou cadeira e acompanhado no mínimo pelo técnico de enfermagem até o unidade de destino ou recepção nos casos de alta hospitalar;
- Garantir medidas de proteção contra quedas, de precaução e prevenção de complicações traumáticas.

Transporte de pacientes críticos:

Pacientes oriundos das unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, sala de recuperação anestésica, unidades de cuidados especiais ou unidades de internação fazendo uso de ventilação invasiva (ventilador ou bipap), pacientes sem ventilação invasiva mas considerados instáveis na avaliação médica;

Transporte de pacientes não críticos: pacientes sem ventilação invasiva considerados estáveis na avaliação médica.

Transporte de pacientes em ventilação mecânica: adulto e criança**VENTILADOR:**

- Deverá ser transportado por médico, técnico de enfermagem da unidade e técnico de enfermagem do transporte.

BIPAP:

- Deverá ser transportado por médico ou fisioterapeuta e enfermeiro, técnico de enfermagem da unidade e Técnico de enfermagem do transporte.

Transporte de recém-nascidos:

- Os RNs devem ser transportados utilizando-se a incubadora de transporte, devendo-se tomar todos os cuidados necessários de acordo com a criticidade.

- RN em Ventilação mecânica deverá ser transportado por médico, técnico de enfermagem da unidade e técnico de enfermagem do transporte.
- RN em CPAP deverá ser transportado por médico ou fisioterapeuta e enfermeiro, técnico de enfermagem da unidade e técnico de enfermagem do transporte.

Transporte de pacientes não críticos:

- São incluídos os deslocamentos programados e de rotina de pacientes não críticos oriundos das unidades de internação, assim como da emergência, que serão transportados para exames diagnósticos ou submetidos a cirurgias eletivas, assim como os que receberam alta hospitalar ou que serão transportados dos consultórios da emergência para as unidades de atendimento neste setor. Estes poderão ser transportados na própria cama (exceto os de alta) ou em macas, de acordo com as condições, que deverão ser determinadas pelo enfermeiro assistencial;
- Incluem-se também os pacientes não críticos oriundos da sala de recuperação pós-anestésica que serão encaminhados para as unidades de internação. Estes deverão ser transportados utilizando-se macas;
- Menores de 36 meses devem ser transportados no colo do responsável e este em cadeira de rodas, com os cintos de segurança;
- No caso do RN advindo do centro cirúrgico obstétrico ou do Centro de Parto Normal a ser direcionado à internação obstétrica, o transporte deverá ser realizado com o mesmo deitado sobre a mãe, com esta protegendo-o com o(s) braço(s), de forma que não deixe riscos para queda. O transporte deverá ser realizado utilizando-se maca. A mãe deverá estar em plenas condições de garantir o transporte seguro;
- No caso do RN fisiologicamente normal advindo do centro cirúrgico obstétrico ou do Centro de Parto Normal ou da internação obstétrica a ser direcionado a qualquer setor do hospital, em que a mãe esteja impossibilitada de estar no transporte, o transporte deverá ser realizado utilizando-se o próprio berço de acrílico;
- Maiores de 36 meses: no próprio berço (exceto nas altas) ou em cadeiras de rodas, no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem;
- Os pacientes advindos dos consultórios médicos, na emergência, que não necessitem de maca ou cadeira de rodas, deverão ser acompanhados pelo controle lista de acesso até a unidade de atendimento dentro deste setor. Quando houver a necessidade de cadeira de rodas ou maca, o transporte deverá ser realizado pelo técnico de enfermagem de transporte;
- Não é necessária a presença de médico neste tipo de transporte.

Para garantir o transporte seguro desses pacientes fica estabelecido que:

Na admissão:

- Todo paciente admitido deverá ser acompanhado pelo técnico de enfermagem de transporte até o leito, exceto os admitidos no centro cirúrgico ambulatorial, que serão conduzidos da recepção até a entrada da sala de preparo pelo controlista de acesso;
- Os pacientes advindos dos consultórios médicos na emergência e/ou ambulatório, que não necessitem de maca ou cadeira de rodas, deverão ser acompanhados pelo controlista de acesso até a unidade de atendimento dentro deste setor. Quando há a necessidade de cadeira de rodas ou maca, o transporte deverá ser realizado pelo técnico de enfermagem de transporte.

Procedimentos Com Sedação:

- Paciente submetido a procedimento com sedação deverá ser transferido na própria cama ou berço. Na impossibilidade, o transporte deverá ser realizado utilizando-se a maca.

Na alta hospitalar:

- Paciente adulto que deambula deve ser acompanhado, no momento da alta hospitalar, pelo técnico de enfermagem de transporte (na impossibilidade imediata, pelo técnico de enfermagem do leito) até a recepção, utilizando a cadeira de rodas;
- Pacientes advindos das áreas de internação e das observações intermediárias da emergência adulto devem ser transportados em cadeira de rodas;
- Devido à proximidade da recepção e o grande fluxo de pacientes na observação breve adulto, os pacientes de alta deverão ser conduzidos até a saída por um controlista de acesso. Caso seja necessária a condução por meio de cadeira de rodas ou de maca, de acordo com avaliação do enfermeiro, o técnico de transporte deverá ser acionado;
- O transporte de todos os pacientes dos setores do mezanino deve ser realizado utilizando-se o elevador secundário, que dá acesso ao heliponto. O transporte utilizando a rampa deverá ser realizado como segunda opção;
- O transporte de todos os pacientes da torre deve ser realizado utilizando-se os elevadores principais;
- Pacientes pediátricos e da neonatologia oriundos das unidades de internação deverão ser acompanhados, no momento da alta hospitalar, pelo responsável e pelo técnico de enfermagem de transporte (na impossibilidade imediata, pelo técnico de enfermagem do leito) até a recepção ;
- Menores de 36 meses devem ser transportados no colo do responsável e este em cadeira de rodas, com os cintos de segurança, quando advindos das unidades de internação e da intermediária pediátrica;

- Maiores de 36 meses devem ser transportados em cadeira de rodas tamanhos pediátricos ou no colo do responsável, dependendo da avaliação clínica da enfermagem, quando advindos das unidades de internação e da intermediária pediátrica;
- Devido à proximidade da recepção e ao grande fluxo de pacientes na observação breve pediátrica, os pacientes de alta deverão ser conduzidos, acompanhados pelos seus respectivos responsáveis, até a saída por um controlista de acesso. Caso seja necessária a condução por meio de cadeira de rodas ou maca, de acordo com avaliação do enfermeiro, o técnico de transporte deverá ser acionado.

Transporte Inter-Hospitalar

Central de regulação:

- Comunicar a enfermeira da unidade onde o paciente encontra-se internado a liberação do transporte pelo serviço de saúde, assim como o horário e as condições de preparo;
- Acionar a equipe de transporte da ambulância e comunicá-lo o nome do paciente, local de destino e horário.

Enfermeira:

- Seguir as orientações para o transporte intra-hospitalar, atentando-se para o preenchimento do checklist de transporte seguro e a passagem de plantão para equipe de transporte da ambulância;

Técnica de enfermagem e auxiliar de transporte/maqueiro:

- Seguir as orientações para o transporte intra-hospitalar.

OBSERVAÇÕES:

- O transporte de pacientes em medida de precaução por contato deve ser programado com a unidade de destino e a equipe de higienização deve ser acionado previamente para que a mesma ocorra logo após a passagem do paciente;
- O transporte de paciente crítico internado em UTI para exames diagnósticos deve ser realizado com a presença do médico.
- Para pacientes de UTI só não requer a presença do médico em situações de alta para unidade de internação.
- Não é recomendado transporte de paciente em uso de VNI. Deve-se suspender a VNI, instalar máscara não reinalante, monitorizá-lo e observar a estabilidade dos parâmetros ventilatórios por cerca de 45 minutos. Permanecendo estável, o paciente pode seguir para o transporte. Em caso

de instabilidade, não transportá-lo até alcance de estabilidade hemodinâmica e respiratória ou intubação orotraqueal.

- O auxiliar de transporte/maqueiro não é responsável pelo monitoramento dos sinais clínicos do paciente, esta etapa assistencial é responsabilidade da equipe multiprofissional (técnico de enfermagem, enfermeiro e médico).
- Deve-se evitar o transporte de pacientes em agitação psicomotora. Caso seja o transporte seja determinante para a definição terapêutica, cabe ao médico prescrever a medida de contenção (medicamentosa ou mecânica).
- No processo de admissão, os pacientes externos a serem admitidos eletivamente para Clínicas Cirúrgicas e Traumato-ortopédicas serão orientados da recepção principal até o setor de internamento ou consulta pré-anestésica pelo controle da lista de acesso.
- Pacientes não críticos oriundos do SRPA para a UI em POI devem ser transportados pela equipe mínima após passagem de plantão pela enfermeira. No caso de pacientes críticos, o transporte deve acontecer com a presença do anesthesiologista e após passagem de plantão para equipe e confirmação pela equipe do leito com a preparação adequada. Em caso de prontuários físicos dos pacientes em isolamento de contato, os prontuários devem ser transportados em saco plástico.

SBAR: é um mnemônico para Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação. Toda comunicação durante a transição de cuidados deve ser estruturada seguindo essas categorias. Trata-se de uma metodologia, cujo conteúdo é organizado em 4 categorias, para organizar a comunicação com vistas a uma transmissão clara, concisa e completa de informações, evitando a ocorrência de erros.

Indicadores

- Taxa de inconformidades relacionada ao transporte intra-hospitalar.
- Taxa de inconformidades relacionada ao transporte inter-hospitalar.
- Efetividade das medidas preventivas através da instituição do Protocolo de TIH de pacientes: número de transportes intra-hospitalares sem incidentes x 1.000 número total de transportes intrahospitalares
- Número total de Transportes Intra-Hospitalares: número absoluto;
- Número de transportes com incidente: número absoluto.

6. Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão de Transporte intra e inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico)	Diretoria Técnica, Assistencial NQSP e	procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do protocolo	1° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Transporte intra e inter-hospitalar (paciente crítico e semi-crítico)	Gestor Assistencial Médico e	procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	2° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP Avaliadores Internos	– Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do procedimento operacional padrão.	In loco	3° mês

7. Notas importantes

Em todos os tipos de transportes, os profissionais responsáveis devem conferir a identificação do paciente através da pulseira de identificação.

Na ausência da pulseira, solicitar ao setor responsável e colocar a pulseira no paciente antes de iniciar o transporte, com exceção dos pacientes com risco de morte.

No caso de pacientes em isolamento (contato ou respiratório) transportados para exames eletivos, deverão realizá-los após os pacientes não isolados, tomando-se as medidas de precaução padronizadas pela CCIH.

Os prontuários dos pacientes em isolamento de contato devem ser transportados em saco plástico para evitar o contato com o paciente.

8. Referências

JAPIASSÚ, André Miguel. Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, V. 17, N. 3, Julho/Setembro 2005, p 210-220.

LACERDA, Marcio Augusto; CRUVINEL, Marcos Guilherme Cunha; SILVA, Waston Vieira. Transporte de Paciente: Intra-hospitalar e Inter-hospitalar. Curso de educação à distância em Anestesiologia. Capítulo 6: 105-123. 2006.

PEREIRA, Gerson Alves Júnior, NUNES, Taciana Leonel, BASILE, Aníbal Filho. Transporte do paciente crítico. Simpósio: CIRURGIA DE URGÊNCIA E TRAUMA – 2ª PARTE - Medicina, Ribeirão Preto, 40: 500-1508, out./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2048 de 5 de novembro de 2002. The Lancet Neurology, Oxford, v. 9, p. 1085-1096, 2010.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 376/2011 Ministério da Saúde , Brasil. Portaria GM Nº2048 de 5 de novembro de 2002.

1.3.5.6. Avaliação de Risco, Estadiamento e Tratamento de Lesão por Pressão

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Garantir que os usuários da unidade hospitalar não desenvolvam LPP e/ou sejam assistidos no tratamento de lesões com o procedimento operacional padrão atualizado e eficaz, além de promover a prevenção da ocorrência de lesão por pressão (LPP) e outras lesões da pele, seguindo as normas preconizadas pela Anvisa e Ministério da Saúde, aplicando a Escala de BRADEN na SAE. Para implantação, a equipe de cuidados de férias e estomaterapeutas ficam responsáveis na disseminação da boa prática.

2.Âmbito:

Este procedimento aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenha paciente internado e/ou procedimento cirúrgico, em: Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, UTI Adulto e demais áreas assistenciais onde haja possibilidade de risco de lesão de pele ao usuário.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- produtos para hidratação da pele
- placa de identificação do risco de lesão de pele
- outros que estão descritos no documento
- coxin
- Uso de colchões na prevenção de LPP: Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP; Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível; Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Atribuições do médico

- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LPP;
- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes, suplementação e hidratação oral de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário.

Atribuições do técnico de enfermagem

- Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro
- Realizar medidas preventivas na prevenção da LPP
- Realizar o curativo da LPP de menor complexidade, conforme prescrição e supervisão do enfermeiro
- Registrar as características da LPP na evolução do paciente
- Comunicar qualquer alteração e não conformidades observadas ao enfermeiro.

Atribuição do Enfermeiro

- Realizar a escala de Braden, identificar e classificar o paciente com risco para LPP
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto
- Registrar o risco de LPP a que o paciente está exposto na placa de identificação à beira leito
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo
- Realizar os curativos de LPP de maior complexidade
- Realizar o desbridamento da LPP com instrumental conservador, se indicado
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo
- Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão às medidas de prevenção e tratamento da LPP e ao preenchimento dos formulários de registros
- Avaliar, registrar e traçar a conduta das LPPs
- Registrar em prontuário todas as ações que foram adotadas, caso o paciente esteja internado

- Notificar as LPPs desenvolvidas durante a permanência do paciente na instituição
- Reutilizar a escala de pontuação de risco de Braden caso o paciente apresente alteração do quadro clínico.

Atribuição da Equipe Multidisciplinar

- Identificar o paciente com risco de LPP
- Comunicar o risco identificado ao enfermeiro

Atribuição do coordenador de enfermagem

- garantir a execução do procedimento operacional padrão
- controlar e acompanhar os indicadores e resultados esperados com o protocolo de prevenção de lesão por pressão.

Atribuição do Núcleo de Segurança do Paciente

- Promover campanhas de treinamento dos profissionais de saúde relacionadas à prevenção e tratamento de LPP
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde.

5. Atividades:

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.

- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.

- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%. Lesões por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

Definição:

- Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.
- Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças Cortantes.
- Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo.

Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total. Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular. Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante

geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Intervenções

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1

Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas. A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo e; d) estado nutricional (incluindo desidratação).

Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden pediátrica.

ETAPA 2

Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

ETAPA 3

Inspeção diária da pele Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes

agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

ETAPA 4

Manejo da Umidade:

manutenção do paciente seco e com a pele hidratada. Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele. Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

ETAPA 5

Otimização da nutrição e da hidratação A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

ETAPA 6

Minimizar a pressão A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas

horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão. Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele. Os profissionais de saúde devem avaliar os pacientes no pré-operatório, que passarão por procedimentos cirúrgicos prolongados e realizarem a colocação de placa de hidro coloide na região sacra e trocanteres; no intraoperatória, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pós-operatório aplicar a escala de Braden.

a) Mudança de decúbito ou reposicionamento

- I. A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.
- II. A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso.
- III. Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.
- IV. A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.
- V. Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O

rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

VI. O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado.

VII. Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

VIII. Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

IX. Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

b) Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

I. Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

II. A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

III. Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

IV. Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

I. Uso de colchões na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.

II. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
 - Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
 - Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes. Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP.
- #### III. Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada
- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

2.9 Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

- Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de BRADEN).

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;

- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

- Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de BRADEN):

- Continuar as intervenções do risco baixo;

- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

- Risco alto (10 a 12 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco moderado;

- Mudança de decúbito frequente;

- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°. 5.7.4.

- Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco alto;

- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;

- Manejo da dor.

Indicadores

- Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP.

- Incidência de LPP.

- Prevalência de pacientes com LPP

- Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Adequado para Lesão por Pressão

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão Avaliação de risco,	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	4° mês

estadiamento e tratamento de lesão por pressão						
Inclusão no Plano anual de	NEP		Procedimento operacional padrão e	Inclusão no Plano anual de		4° mês
Treinamento (PAT)			Cronograma de Treinamento	Treinamento		
Elaboração do Plano de treinamento	NEP		Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento		4° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Avaliação de risco, estadiamento e tratamento de lesão por pressão	Gestor Assistencial Médico	e	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional		5° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP		Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco		5° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP Avaliadores Internos	–	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco		6° mês

7. Notas importantes

- Evitar fricção da pele durante a limpeza, utilizar água morna e sabonete líquido neutro;
- Secar o paciente após o banho para a pele não macerar e evitando esfregar as áreas de proeminência óssea ou hiperemiadas;
- Manter a roupa seca e os lençóis sem pregas ou dobras;
- Trocar as fraldas sempre que necessário;
- Realizar higiene íntima após cada troca de fralda;
- Incentivar o uso de comadre/patinho, mantendo as roupas de cama sempre secas;
- Utilizar coxins e travesseiros para aliviar a pressão das proeminências ósseas e promover conforto ao paciente;

- Elevar a cabeça 30° para distribuir o peso, se possível;
- Estimular ingesta hídrica e alimentar. Em caso de baixa ingesta comunicar ao enfermeiro e a equipe médica;
- Realizar mudança de decúbito e de dispositivos médicos de duas em duas horas;
- Realizar transferências e movimentações do cliente com o auxílio de coxins e apoios;
- Posicionar o paciente no leito de forma correta;
- Estimular a movimentação ativa.

8. Referências

1. Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES No 03/2017. PRÁTICAS SEGURAS PARA PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notatecnica-gvims-ggtes-no-03-2017.pdf>
2. Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST. CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES POR PRESSÃO - CONSENSO NPUAP 2016 - ADAPTADA CULTURALMENTE PARA O BRASIL. Disponível em: . Acesso em 17/07/2017
- 3, HEMORIO. Protocolos de Enfermagem. Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão. 3ed. 2020. Disponível em: . Acesso em março de 2025.
4. NPUAP. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington (DC): Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016.
5. UFF. Universidade Federal Fluminense. Lesão por Pressão. Cartilha de Orientações sobre Prevenção e Tratamento de Lesão por Pressão. 2019. Disponível em: . Acesso em março de 2025.

1.3.5.7. Higienização das Mãos

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Este protocolo tem como objetivo prevenir e controlar as infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS), por meio da prática adequada de higiene das mãos, estabelecer condutas para realização segura da higiene das mãos, direcionar os profissionais para as técnicas adequadas de higienização das mãos, elencar as diretrizes para o uso correto dos produtos utilizados para higienização das mãos dentro da unidade hospitalar.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão de Higienização das mãos é de cunho institucional e deve ser aplicado e executado em todas as dependências assistenciais e administrativas da unidade hospitalar, de forma geral e sistemática.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Recursos Necessários

- Recurso material: água, sabão, papel toalha, preparação alcoólica gel 70%, identificação nas áreas pertinentes, arte da higienização das mãos, arte dos 5 momentos de higienização das mãos.

4.Atribuições de cada categoria profissional

Todos os profissionais da instituição, principalmente os que estejam envolvidos com a assistência ao paciente.

Diretor:

- Fazer cumprir o protocolo de Higienização das mãos em todas as unidades.

Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente:

- Zelar pela padronização da documentação institucional do Protocolo de Higienização das mãos;

- Dar suporte às unidades, assegurando uma linguagem única, com conceitos adotados para garantir uma assistência voltada para a qualidade e segurança do paciente;
- Definir os colaboradores que devem ter acesso à documentação;
- Realizar análise do desenvolvimento do Protocolo de Higienização das mãos, dentro da instituição e sugerir processo de melhorias junto aos gestores de áreas;
- Monitorar o cumprimento desde protocolo através dos indicadores de desempenho;
- Acompanhar a implantação e efetivação do Protocolo de Higienização das mãos dentro da instituição, realizando auditoria interna, duas vezes ao ano, seguindo o modelo de checklist padronizado.

Serviço De Controle De Infecção Hospitalar

- Cumprir as ações descritas no protocolo de Higienização das mãos;
- Realizar e participar de campanhas periódicas de sensibilização para higienização das mãos que devem ocorrer durante o ano e na integração dos profissionais;
- Realizar educação de 100% os colaboradores sobre Higienização das mãos.

Equipe Multiprofissional / Assistencial

- Cumprir o protocolo de Higienização das mãos.

Equipe da Área de Apoio (Administrativos e outros)

- Cumprir o protocolo de Higienização das mãos.

5. Atividades:

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) constituem um problema de saúde pública, pois implicam diretamente na segurança do paciente e consequentemente na qualidade da assistência à saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, lançou o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente intitulado: “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, focando em ações relacionadas à melhoria da prática de higienização das mãos em instituições de saúde.

Diante da necessidade de reforçar as medidas para segurança do paciente, a OMS elaborou as metas internacionais de segurança do paciente, que objetiva, na meta 5, reduzir as IRAS por meio da adequada higienização das mãos, que é uma medida essencial para prevenção das infecções em serviços de saúde e que tem sido considerada um dos pilares no programa de controle de infecção hospitalar.

Buscando uma maior efetividade na higiene das mãos dos profissionais de saúde, a OMS sugere a adoção de uma estratégia multimodal, que tem por objetivo compor ações além das ações institucionais e comportamentais dos profissionais, criando oportunidades de higienização das mãos em qualquer ambiente da instituição.

Definições

- **Higienização das mãos:** É um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (definidas a seguir) e a antisepsia cirúrgica das mãos.
- **Higiene das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob forma líquida.
- **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.
- **Preparação alcoólica para higienização das mãos sob a forma líquida:** preparação contendo álcool, na concentração final de 70% destinado à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras:** preparações contendo álcool, na concentração final de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes em laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.
- **Degermação das mãos:** é a realização da higienização das mãos com água e solução antisséptica degermante com auxílio de escova. Visa eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.
- **Microbiota transitória:** micro-organismos encontrados na superfície da pele em associação à presença de gordura e sujidade. É a principal responsável pela maioria das infecções

cruzadas hospitalares e, por encontrar-se na superfície da pele, pode ser facilmente removida pela higienização das mãos. É adquirida através do contato e manipulação dos pacientes e do ambiente.

- **Microbiota residente:** Micro-organismos encontrados na superfície e abaixo da pele, nas glândulas sudoríparas, glândulas sebáceas e nos folículos pilosos. É mais difícil de ser removida e, para isto, quando indicado, é necessário o uso de antissépticos.
- **Mãos visivelmente sujas:** Quando as mãos apresentam sujidade (partículas, substâncias particuladas, resíduos, pós-soluções) ou contaminação visível com excreções e secreções orgânicas.
- **DML:** Depósito de Material de Limpeza.

Definição de Higiene das Mãos

Termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica e a antisepsia cirúrgica das mãos, definidas conforme quadro abaixo:

TIPOS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS	Ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida.

HIGIENE ANTISSEPTICA DAS MÃOS	Ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a um agente séptico

FRICÇÃO ANTISSEPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA	ÁLCOOL GEL	Preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório <i>in vitro</i> (teste de suspensão) ou <i>in vivo</i> , a reduzir o número de micro-organismos.

ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS	Ato de higienizar as mãos com água e agente antisséptico antes de procedimentos cirúrgicos.

As infecções relacionadas à assistência à saúde, podem ser ocasionadas através da transmissão cruzada de microrganismos presentes nas mãos dos profissionais que prestam o cuidado, portanto devem ser higienizadas nos momentos certos, de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais e utilizando os insumos adequados.

Uso de água e sabão

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar o turno de trabalho;
- Após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes do preparo e manipulação de alimentos;
- Antes do preparo e manipulação de medicamentos.
-

MOMENTOS QUE INDICAM O USO DA PREPARAÇÃO ALCÓOLICA

ANTES DO CONTATO COM O PACIENTE

Para proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: exames físicos (mensuração do pulso, da pressão arterial, da temperatura corporal); contato físico direto (aplicação de massagem, realização de higiene corporal).

ANTES DE REALIZAR PROCEDIMENTOS ASSISTENCIAIS E MANIPULAR DISPOSITIVOS INVASIVOS

Para proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplos: Antes de inserir um dispositivo invasivos (Cânula nasal, Sonda Nasogástrica, Tubo Endotraqueal, Cateter Urinário, Cateter percutâneo, Drenagem) interromper/abrir qualquer circuito de um dispositivo invasivo (Medicamentos, drenagem, sucção e monitoramento).

ANTES DE CALÇAR LUVAS PARA INSERÇÃO DE DISPOSITIVOS INVASIVOS QUE NÃO REQUEIRAM PREPARO CIRÚRGICO

Seu intuito é a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos oriundos das mãos do profissional de saúde.

Exemplo: inserção de cateteres vasculares periféricos.

MOMENTOS QUE INDICAM O USO DA PREPARAÇÃO ALCÓOLICA

APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS Recomendado a exposição de contato com membrana mucosa e a pele não íntegra. Após ao remover um dispositivo invasivo, ao término de injeção ou punção percutânea, inserir um dispositivo invasivo (cateter vascular, cateter vesical, tubo endotraqueal, dreno etc. Após abrir um sistema de drenagem.

AO MUDAR DE UM SÍTIO CORPORAL CONTAMINADO PARA OUTRO LIMPO, DURANTE O CUIDADO AO PACIENTE Objetiva a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos de uma determinada área para outras áreas de seu corpo.
Exemplo: troca de fraldas e subsequente manipulação de cateter intravascular. Ressalta-se que esta situação não deve ocorrer com frequência na rotina profissional.
Observação: Deve-se planejar os cuidados ao paciente iniciando a assistência na sequência: sítio menos contaminado para o mais contaminado.

APÓS TOCAR O PACIENTE Recomendado para a proteção do profissional, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
Exemplos: Após prestar cuidados o outro tratamento não invasivo: trocar a roupa de cama em uso pelo paciente, aplicar máscara de oxigênio realizar fisioterapia, após realizar um exame físico e não invasivo, mensuração de pulso e pressão arterial, realizar ausculta pulmonar, realizar ECG.

APÓS CONTATO COM OBJETOS INANIMADOS SUPERFÍCIES IMEDIATAMENTE PRÓXIMAS AO PACIENTE Recomendado para a proteção do profissional, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
Exemplos: manipulação de respiradores, monitores cardíacos, troca de roupas de cama, ajuste da velocidade de infusão de solução endovenosa, máquina de hemodiálise, levantar a grade da cama e higienizar a mesa de cabeceira.

MOMENTOS QUE INDICAM O USO DA PREPARAÇÃO ALCÓOLICA**ANTES DE CALÇAR E
APÓS REMOÇÃO DAS
LUVAS**

Sua indicação é para a proteção do profissional e das superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Observação: As luvas previnem a contaminação das mãos dos profissionais de saúde e ajudam a reduzir a transmissão de patógenos. Entretanto, elas podem conter microfuros ou perder sua integridade sem que o profissional perceba, possibilitando a contaminação das mãos.

MOMENTOS QUE INDICAM O USO DE ANTISSEPTICOS**HIGIENIZAÇÃO
ANTISSEPTICA
MÃOS****DAS**

Nos casos de precaução de contato: recomendado para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes.

Nas unidades de terapia intensiva, no centro cirúrgico e hemodinâmica (pré e pós-operatório).

Nos casos de surtos.

**DEGERMAÇÃO
PELE****DA**

No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica).

Antes da realização de procedimentos invasivos.

Exemplos: inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e cirurgias.

Uso de antissépticos

Higiene simples das mãos:

1. Molhe as mãos com água;
2. Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
3. Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
4. Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
5. Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
6. Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
8. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Enxague bem as mãos com água;
10. Seque as mãos com papel toalha descartável;
11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha.

Higienização antisséptica (antisséptico degermante)

A técnica de higienização antisséptica é igual à utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um antisséptico degermante.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:

Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;

1. Friccione as palmas das mãos entre si;
2. Friccione a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
3. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;

4. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta,

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



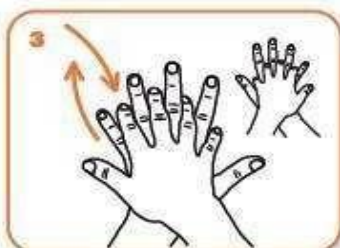
Duração de todo o procedimento: **20 a 30 seg**



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



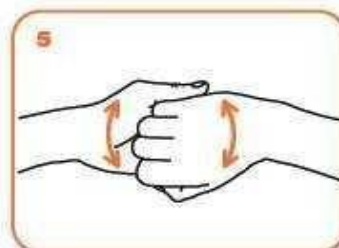
Friccione as palmas das mãos entre si.



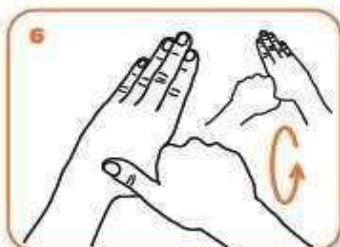
Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



1. Abrir a torneira e molhar as mãos, os antebraços e os cotovelos

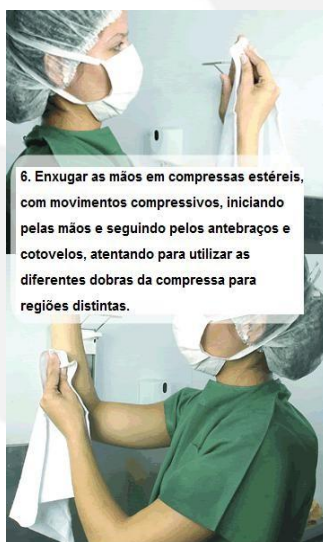


2. Recolher, com as mãos em concha, o antisséptico e espalhar nas mãos, antebraços e cotovelos

3. Limpar sob as unhas



4. Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e os antebraços, por no mínimo três a cinco minutos, mantendo as mãos acima dos cotovelos



6. Enxugar as mãos em compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelos antebraços e cotovelos, atentando para utilizar as diferentes dobras da compressa para regiões distintas.



5. Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo o resíduo do produto. Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés, se a torneira não possuir fotossensor

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

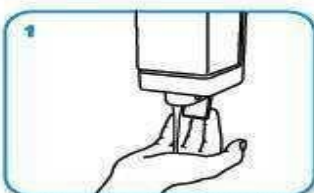
Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, friccione as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



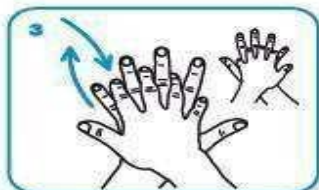
Molhe as mãos com água.



Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



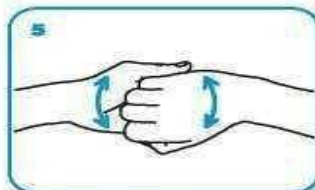
Ensaboe as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



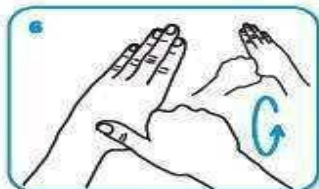
Estregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais.



Estregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



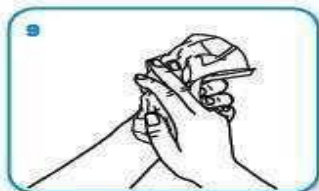
Estregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



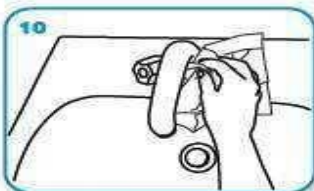
Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



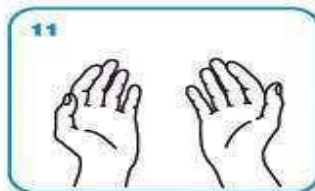
Enxágüe bem as mãos com água.



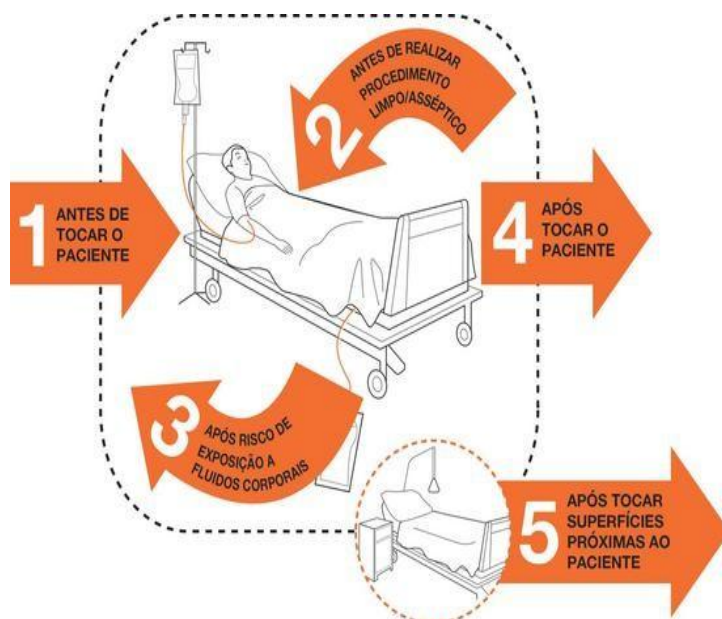
Seque as mãos com papel toalha descartável.



No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



Agora, suas mãos estão seguras.



Cuidado com o uso de luvas

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

1. Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
2. Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);
3. Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
4. Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
5. Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
6. Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
7. Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
8. Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas.

Outros aspectos da higienização das mãos devem ser observados.

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;

- Evitar o uso de esmaltes nas unhas;
- Evitar utilizar anéis, pulseiras e outros adornos quando assistir o paciente;
- Aplicar creme hidratante nas mãos (uso individual), diariamente, para evitar ressecamento da pele.

Atribuições, competências e responsabilidades

A adesão à higienização das mãos compete à todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde (equipes de: enfermagem, médica, fisioterapia, nutrição, laboratório, hemoterapia, radiologia, limpeza, lavanderia, manutenção), que mantêm contato direto ou indireto com os pacientes e que manipulam os medicamentos, alimentos, material estéril ou contaminado, além de familiares, acompanhantes e visitantes dos serviços de saúde, devem realizar a higienização de mãos simples ou a fricção antisséptica, com álcool, nos momentos e na técnica preconizados neste documento.

A antisepsia cirúrgica, seja com o uso de antissépticos ou a fricção cirúrgica com formulação alcoólica, deve ser realizada por todos os profissionais que compõem a equipe cirúrgica, assim como os profissionais que irão realizar procedimentos invasivos fora do centro cirúrgico (como por exemplo na punção venosa profunda).

5. Indicadores

- Consumo de preparação alcoólica para as mãos: Monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos, utilizado para cada 1.000 pacientes-dia/mês;
- Consumo de sabonete para as mãos: Monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia/mês;

Percentual de adesão a higienização das mãos (%): Monitoramento do número de ações de higiene das mãos realizados pelos profissionais de saúde no período pelo número de oportunidades ocorridas para higienização das mãos no período.

Cuidados Especiais

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminarem o campo operatório (luvas cirúrgicas);

- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas
- A prática de utilizar luvas como uma segunda pele não é recomendada pela ANVISA e nem pelo serviço de controle de infecção (SCIRAS).

Cuidados com a pele das mãos

Cuidados com a pele das mãos os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes de proteção para as mãos ajuda a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão de Higienização das Mãos	Diretoria Técnica, SCIH, Assistencial e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	1º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP, SCIH	Procedimento operacional padrão e Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	1º mês

			Cronograma de Treinamento		
Elaboração do Plano de treinamento	do NEP, SCIH de		Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	1º mês
Implementar procedimento operacional padrão Higienização das Mãos	Gestor Assistencial, Médico, SCIH das		Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	2º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	de NEP do		Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3º mês
Auditoria de Segurança Paciente	de NSP Avaliadores Internos e SCIH	–	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	4º mês

7. Notas importantes

Procedimento Operacional Padrão deve ser executado obrigatoriamente na unidade de saúde.

8. Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. **Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, DF, 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. **Manual para Observadores**. Brasília, DF, 2008.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – MINISTÉRIO DA SAÚDE – ANVISA/MS. **Guia para Implantação**. Um guia para implantação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010

1.3.5.8. *Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

1.Objetivo(s):

Padronizar o processo de prescrição, dispensação, preparo e administração de medicamentos no ambiente hospitalar, assegurando a segurança do paciente e a rastreabilidade da cadeia medicamentosa.

Visa reduzir riscos de erros relacionados a medicamentos — especialmente os classificados como LASA (Look-Alike/Sound-Alike), Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) e Medicamentos Controlados conforme Portaria nº 344/1998 — fortalecendo a cultura de segurança assistencial e o cumprimento dos nove certos da medicação.

2.Âmbito:

Aplica-se a todos os setores do hospital:

- Farmácia Central, Farmácias Satélites e Almoxarifado;
- Unidades de Internação, Pronto-Socorro, Ambulatório e Centro Cirúrgico;
- Corpo Clínico, Equipe de Enfermagem e Equipe Farmacêutica;
- Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e Gerência de Risco.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Sistema informatizado (TASY/PR ou PEP);

Etiquetas coloridas padronizadas:

- **Vermelha:** Medicamentos de Alta Vigilância (MAV) – “ATENÇÃO! MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA”;
- **Amarela:** Medicamentos controlados pela Portaria 344/98 (Psicotrópicos)
- **Azu:** Medicamentos LASA, escrita com **CAIXA ALTA e caixa baixa**

Formulários de Dupla Checagem;

Lâminas com fotos de medicamentos semelhantes (LASA);

“Bins” (gavetas) de cores distintas para armazenamento;

4. Atribuições de cada categoria profissional

Farmacêutico(a):

- Avaliar prescrições quanto à dose, via, frequência, compatibilidade e interações;
- Executar intervenções farmacêuticas e registrar em sistema;
- Realizar a análise clínica da prescrição e reconciliação medicamentosa;
- Identificar, classificar e sinalizar medicamentos MAV, LASA e Controlados (Portaria nº 344/98);
- Supervisionar unitarização, dupla checagem e controle de psicotrópicos;
- Garantir registros em livro próprio de controle e notificação à Vigilância Sanitária quando necessário

Auxiliar de Farmácia / Almoxarifado:

- Dispensar medicamentos de forma individualizada por paciente e turno;
- Identificar e etiquetar corretamente os medicamentos conforme protocolo;
- Registrar e arquivar comprovantes de entrega e controle de psicotrópicos

Equipe de Enfermagem:

- Cumprir os nove certos da medicação;
- Realizar dupla checagem obrigatória em MAV, LASA e psicotrópicos;
- Armazenar medicamentos conforme padronização e Portaria nº 344/98;
- Registrar etapas no PEP e comunicar irregularidades

Corpo Clínico (Prescritores):

- Elaborar prescrições completas e legíveis, respeitando a Portaria nº 344/98 para medicamentos controlados;
- Evitar abreviações, rasuras e prescrições verbais (exceto emergências)

Gerência / Núcleo de Segurança do Paciente:

- Monitorar indicadores de eventos adversos e falhas;

- Promover auditorias e capacitações periódicas.

5. Atividades:

5.1 Prescrição Médica

- Realizada exclusivamente no sistema informatizado, contendo identificação do paciente e do prescritor, posologia, via, diluição e duração do tratamento.
- Solicitações verbais restritas a emergências e devem ser registradas retroativamente.

Medicamentos controlados devem seguir o disposto na **Portaria nº 344/1998**, sendo **obrigatória a prescrição em receituário de controle especial** e a conferência pelo farmacêutico antes da dispensação

5.2 Dispensação

O farmacêutico válida a prescrição e autoriza a dispensação individualizada por 24h.

As entregas são divididas em 3 turnos:

- Turno 1: 20h às 07h59
- Turno 2: 08h às 13h59
- Turno 3: 14h às 19h59
- LASA: etiquetados em azul, nome com diferenciação em caixa alta.
- MAV: embalados e sinalizados em vermelho com tarja de alerta.
- Medicamentos controlados sinalizado em Amarelo seguem a Portaria nº 344/1998, com registro em livro próprio.

Medicamentos Controlados:

- Liberados apenas mediante receituário de controle especial;
- Quantidade máxima: 5 unidades por prescrição;
- Validade: 24 horas;
- Registro obrigatório no **Livro de Controle da Portaria nº 344/1998**

5.3 Armazenamento e Identificação

- LASA: armazenados separadamente e identificados em azul;
- MAV: armazenados em bins vermelhos com tarja de alerta;
- Controlados: armazenados em armário fechado, trancado e sob responsabilidade exclusiva do farmacêutico, conforme Portaria nº 344/98;

- Acesso restrito e registro de entrada e saída diário.

5.4 Preparo e Administração

- Cumprir rigorosamente os 9 certos da medicação;
- Realizar dupla checagem obrigatória para MAV, LASA e psicotrópicos;
- Em medicamentos controlados, a retirada deve ser assinada e conferida por enfermeiro e farmacêutico;
- Utilizar bombas de infusão conforme prescrição e registrar no PEP;
- Registrar preparo, administração e nome dos profissionais responsáveis.

5.5 Notificação e Farmacovigilância

- Notificar falhas, eventos adversos e desvios de controle;
- O farmacêutico notifica à Vigilância Sanitária e registra no sistema informatizado;
- O NSP acompanha e propõe ações corretivas.

6. Plano de implantação e revisão:

- Implantação: conduzida pela Assistência Farmacêutica e NSP;
- Treinamento: obrigatório para farmácia, enfermagem e corpo clínico;
- Revisão: a cada 24 meses ou mediante atualização legal (ANVISA / Portaria nº 344/98);
- Validação: pela Gerência Farmacêutica e Direção Técnica

7. Notas importantes

- As prescrições ilegíveis, incompletas ou sem identificação do prescritor não devem ser dispensadas.
- Medicamentos MAV, LASA e Psicotrópicos devem permanecer identificados até o momento da administração.
- Em caso de erro de medicação, seguir o Protocolo de Notificação de Incidente/Evento Adverso e comunicar imediatamente o farmacêutico responsável.
- O não cumprimento deste POP será considerado não conformidade grave.

8. Referências

BRASIL. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos*, 2013.

ANVISA. RDC nº 430/2020; RDC nº 786/2023.

ISMP Brasil – *Recomendações para Prevenção de Erros de Medicação*.

Documentos institucionais:

- *Normas da Farmácia Hospitalar;*
- *Protocolo LASA;*
- *Protocolo de Segurança para Medicamentos de Alta Vigilância;*
- *Dispensação de Medicamentos por Turnos*

1.3.5.9. Identificação do Paciente

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Este Procedimento Operacional Padrão tem como objetivo garantir a correta identificação do paciente, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, identificando o paciente como a pessoa para a qual se destina o serviço ou tratamento e assegurar o devido serviço ou tratamento para o paciente certo. A implementação deste POP é realizado pela equipe operacional, entende-se que o maior engajamento da equipe operacional se tem resultados mais eficientes e eficazes.

2.Âmbito:

Pronto Socorro, Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Maternidade, Centro Cirúrgico, SADT, Ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva

3.Recursos físicos e materiais necessários

Recurso material: impressora, etiqueta, pulseira branca, pulseira colorida para classificação de risco.

4.Atribuições de cada categoria profissional

- É de responsabilidade da recepção e do NIR a disponibilização da pulseira de identificação impressa, de forma padrão conforme META-1, nos casos de internação eletiva e/ou de urgência, ou qualquer caso que haja a necessidade de internação;
- É de responsabilidade da recepção a disponibilização da pulseira de identificação impressa, de forma padrão conforme META-1, para pacientes do ambulatório e SADT;
- É de responsabilidade da equipe de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) das unidades assistenciais colocar a pulseira ou a etiqueta identificadora;
- É de responsabilidade de todos da instituição garantir que todo e qualquer usuário da unidade de saúde esteja devidamente identificado.

5. Atividades:

A identificação correta do paciente é o processo pelo qual se assegura ao paciente que a ele é destinado a determinado tipo de procedimento ou tratamento, prevenindo a ocorrência de erros e enganos que o possam lesar.

Erros de identificação do paciente podem ocorrer, desde a admissão até a alta do serviço, em todas as fases do diagnóstico e do tratamento. Alguns fatores podem potencializar os riscos na identificação do paciente como: estado de consciência do paciente, mudanças de leito, setor ou profissional dentro da instituição e outras circunstâncias no ambiente.

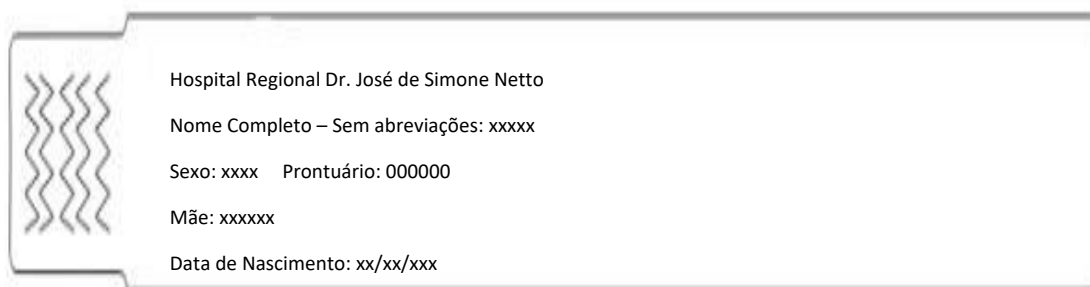
Identificação dos pacientes

A correta identificação do paciente conforme orientação do Ministério da Saúde, e que são necessários dois identificadores na pulseira, sendo ela de cor branca. A pulseira deverá ser colocada em um dos membros do paciente para que seja conferida antes de qualquer cuidado. Fica instituído o uso de dois identificadores obrigatórios. A identificação do paciente deve fazer parte da cultura organizacional independente da área envolvida, todos devem implementar e cooperar para a identificação segura.

As pulseiras de identificação do paciente da unidade deverão conter:

- a) Identificação da Instituição;
- b) Nome completo do paciente (sem abreviações);
- c) Sexo do paciente;
- d) Número do Prontuário do paciente;
- e) Nome completo da mãe do paciente;
- f) Data de nascimento (registrada no formato DD/MM/AAAA)

Figura 1:



Hospital Regional Dr. José de Simone Netto
Nome Completo – Sem abreviações: xxxxx
Sexo: xxxx Prontuário: 000000
Mãe: xxxxxx
Data de Nascimento: xx/xx/xxx

Observação: Pulseira de identificação impressa na recepção/NIR, conforme META-1.

As pulseiras de identificação do RN do HRDJSN deverão conter:

- a) Identificação da Instituição;
- b) Nome completo do RN ou RN de JOANA DE SIMONE (sem abreviações);
- c) Sexo do RN;
- d) Número de Prontuário do RN;
- e) Nome da mãe do RN;
- f) Data de nascimento do RN (registrada no formato curto de DD/MM/AAAA);

Figura II:

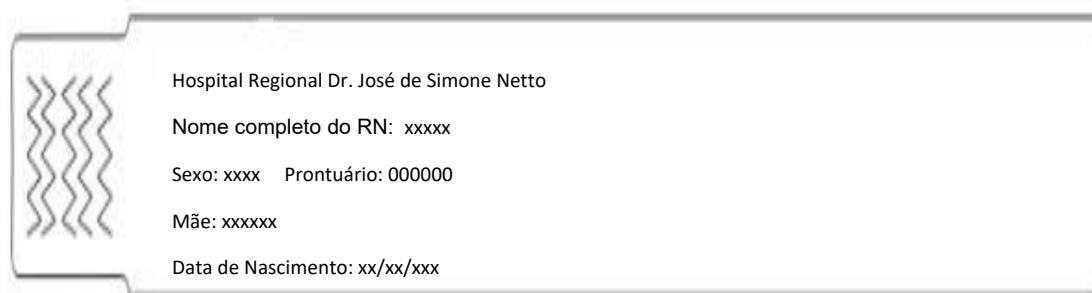


Diagrama de uma pulseira de identificação de RN. A pulseira é representada por uma faixa horizontal com uma borda decorativa ondulada à esquerda. O texto dentro da pulseira é o seguinte:

Hospital Regional Dr. José de Simone Netto

Nome completo do RN: xxxxx

Sexo: xxxx Prontuário: 000000

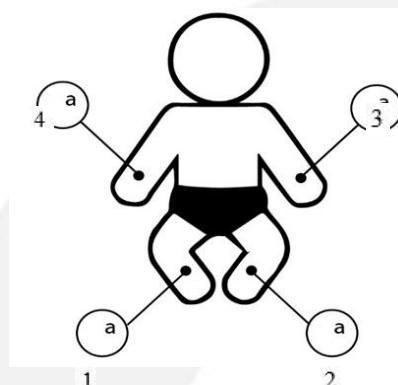
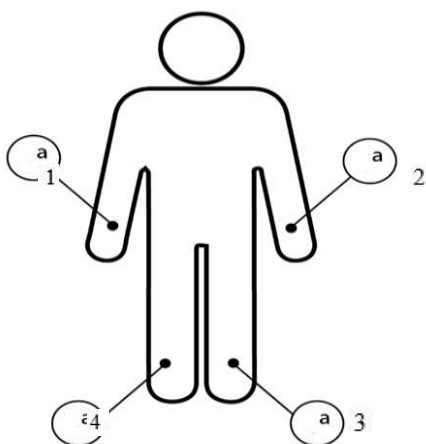
Mãe: xxxxxx

Data de Nascimento: xx/xx/xxx

Condições especiais

- Nos casos em que a identidade do paciente não estiver disponível na admissão, como por exemplo, paciente inconsciente ou desorientado sem os documentos pessoais, a pulseira deverá ser identificada com o número do prontuário, características físicas e sexo. O enfermeiro, a recepcionista ou profissional de saúde envolvido no primeiro atendimento deverá consultar a equipe do serviço social para definir as características físicas antes do preenchimento das informações.

Observação importante: o número do leito, quarto/enfermaria do paciente não pode



ser usado como um identificador, em função do risco de trocas no decorrer da estada do paciente no serviço.

- Adotar-se-á como regra que, para os pacientes adultos, a pulseira deverá ser colocada no membro superior direito (punho direito) e recém-nascidos, a pulseira deverá ser colocada preferencialmente no membro inferior direito (tornozelo direito).
- Pacientes **adultos** com edemas, amputações, presença de dispositivos vasculares ou materiais de órtese, deverá ser promovido um rodízio dos membros conforme a sequência: membro superior direito, seguindo o sentido horário para membro superior esquerdo, membro inferior esquerdo e membro inferior direito (Figura IV).

Figura IV

Figura V

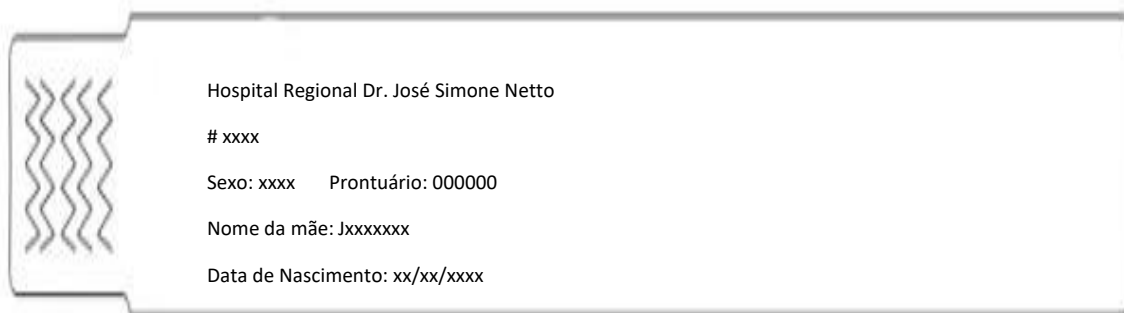
- Para **recém-nascidos** a colocação das pulseiras será iniciada pelo membro inferior direito seguindo no sentido **anti-horário** para membro inferior esquerdo, membro superior esquerdo e membro superior direito (Figura V).

Pacientes transgêneros podem informar o nome social, sendo a designação pela qual a pessoa se identifica e é socialmente reconhecida. Nos casos em que o paciente informar o nome social, o mesmo será impresso na pulseira de identificação, constará também em todos os documentos do prontuário do paciente e nas placas de identificação, acrescido do nome civil

- Em casos de pacientes homônimos, atentar para alocação em enfermarias

distintas e leitos distantes, bem como a realização do cuidado por diferentes profissionais. A pulseira de identificação deverá conter (#) cerquilha, além dos identificadores preconizados, o nome da mãe a fim de aumentar a segurança no processo de identificação (Figura VI).

Figura VI



Hospital Regional Dr. José Simone Netto

xxxx

Sexo: xxxx Prontuário: 000000

Nome da mãe: Jxxxxxxx

Data de Nascimento: xx/xx/xxxx

Falhas na identificação do paciente

1. Com relação ao prontuário:

- Identificação com dados incorretos e abreviaturas;
- Prescrição com identificação incompleta ou errada.

2. Com relação ao local de atendimento:

- Pacientes com nomes semelhantes no mesmo quarto;
- Pacientes com nomes semelhantes em consulta no ambulatório.

3. Com relação à pulseira de identificação:

- Ausência da pulseira;
- Perda da pulseira;
- Pulseira com letra ilegível;
- Remoção da pulseira na execução de procedimentos ou por edema;
- Remoção da pulseira pelo paciente;
 - Pulseira de qualidade inadequada;
- Falha na conferência da pulseira antes da execução de procedimentos;
- Pulseira com nome incompleto ou abreviado;
- Pulseira com ausência do número do prontuário.

4. Com relação à placa de identificação do leito:

- Falha na atualização da placa de identificação do leito ou sala.

5. Com relação à etiqueta identificadora:

- Ausência da etiqueta identificadora no paciente;
- Remoção da etiqueta identificadora;
- Perda da etiqueta identificadora;
- Falha na conferência da etiqueta identificadora, antes da realização de procedimentos e coleta de exames;
- Etiqueta identificadora com nome de outro paciente.

6. Com relação à comunicação:

- Falha na comunicação entre membros da equipe quanto à identificação do paciente;
- Falta de confirmação verbal do nome do paciente;
- Ausência de dupla checagem dos dados de identificação do paciente na realização de procedimentos.

Processo de identificação do paciente atribuições e responsabilidades:

- É de responsabilidade do serviço de enfermagem e do NIR disponibilização da pulseira de identificação impressa, de forma padrão conforme META-1, nos casos de internação eletiva;
 - É de responsabilidade da equipe de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) das unidades assistenciais colocar a pulseira ou a etiqueta identificadora;
- As pulseiras de identificação ou a etiqueta identificadora devem conter os identificadores preconizados na unidade hospitalar;
- Nas situações em que o paciente é atendido na sala de emergência e precisar permanecer em observação ou internação, colocar a pulseira de identificação;
- Nas situações em que algum membro da equipe de saúde observe que o paciente se encontra sem identificação ou com esta incorreta, deverá providenciar a colocação / substituição da pulseira de identificação e realizar a notificação via sistema INTERACT;
- A pulseira de identificação deve ser retirada pela equipe de enfermagem ou controlador de acesso apenas no momento da saída do paciente em alta por cura;

- Todos os profissionais que trabalham e/ou prestem serviço na unidade devem perguntar o nome ao paciente, familiar/acompanhante e conferir as informações com a pulseira ou etiqueta identificadora.

Fluxo do processo de identificação dos pacientes nas unidades de atendimento:

- No momento da internação e inclusão do paciente no sistema hospitalar, a pulseira deve ser preenchida manualmente, com letra de forma e legível, pela equipe de enfermagem ou da internação e colocada junto com o prontuário do paciente;
- Nas unidades de internação a equipe de enfermagem deve retirar a pulseira do prontuário, conferir e colocar no membro superior de preferência (salvo restrições específicas do paciente. Ex. amputação, lesões de pele, crianças, pacientes psiquiátricos etc.);
- Deve ser explicado ao paciente, família/cuidador/acompanhante o que significa a pulseira e qual a sua finalidade continuamente;
- Orientar o paciente que, para qualquer procedimento realizado, o profissional deve proceder à conferência da identificação por meio da pulseira ou etiqueta;
- Em caso de perda, remoção, pulseira ilegível a equipe de enfermagem deve substituir a pulseira do paciente. Solicitando via Núcleo de Interno de Regulação (NIR);
- Conferir a pulseira de identificação sempre antes de administrar medicamentos ou hemoderivados, coleta de exames e antes de encaminhar para procedimentos;
- Todas as unidades assistenciais devem verificar se o paciente já está com pulseira de identificação e com os identificadores preenchidos corretamente;
- Quando o paciente for admitido sem a pulseira, preencher manualmente, em letra de forma e legível;
- No Centro Cirúrgico, no término da cirurgia, a equipe de saúde deve observar a presença da pulseira e, se necessário, comunicar a enfermeira da unidade para recolocá-la, antes de encaminhar para RPA ou unidades assistenciais.

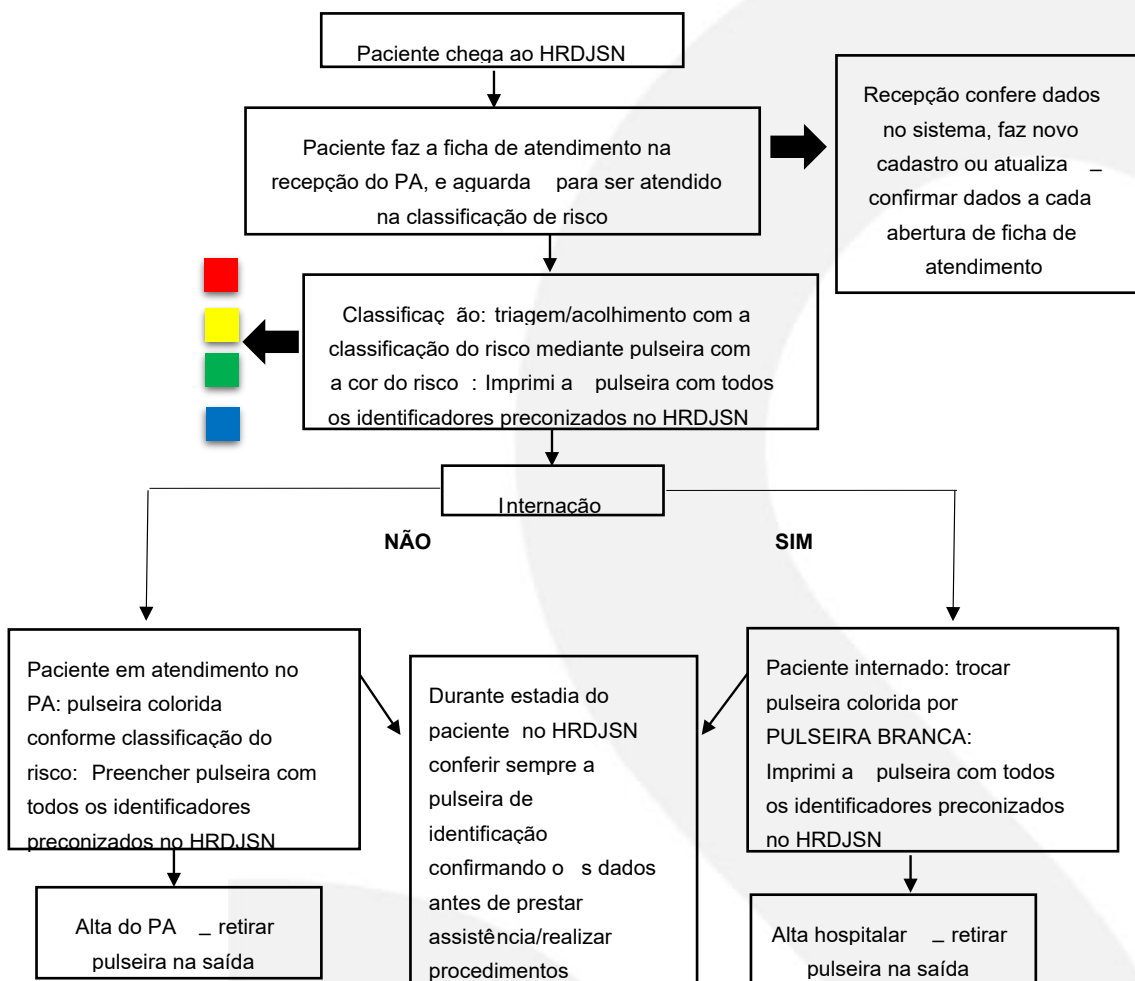
Condutas na ocorrência de evento adverso

Em vigência de eventos adversos envolvendo a ausência de identificação ou a identificação errada do paciente, deve-se notificar o setor e o coordenador da área para adotar ações de melhoria e seus encaminhamentos necessários às áreas pertinentes. As nãoconformidades relacionadas à identificação do paciente devem ser monitoradas e utilizadas para aprimorar o processo.

Indicadores

Número de pacientes identificados com pulseira ou etiqueta identificadora / total de pacientes internados no momento da auditoria x 100.

Fluxograma



6. Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão de Identificação do paciente	Diretoria Técnica, SCIH, Assistencial e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	2° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP, SCIH	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	2° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP, SCIH	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	2° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Identificação do paciente	Gestor Assistencial, Médico, SCIH	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	3° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos e SCIH	Checklist cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	4° mês

7. Notas importantes

- As pulseiras de identificação ou a etiqueta identificadora devem conter os identificadores preconizados na unidade de saúde, obrigatoriamente;
- Nas situações em que o paciente é atendido na sala de emergência e precisar permanecer em observação ou internação, colocar a pulseira de identificação;

8.Referências

Ministério da Saúde. Anexo:2. Protocolo de Identificação do Paciente. Programa Nacional de Segurança do Paciente, 2013;

Moura GMSS; Magalhães AMM. Eventos adversos relacionados à Assistência em serviços de Saúde: Principais tipos. In: Módulo 1: Assistência Segura: Uma Reflexão teórica aplicada à prática. Anvisa, 2013.

1.3.5.10. Avaliação de Risco e Prevenção de Quedas

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Reduzir a ocorrência de queda de pacientes nos pontos de assistência e o dano dela decorrente, por meio da implantação/implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais. Treinamento e Implantação é efetuada pela equipe da educação permanente e assistencial, envolvendo o corpo assistencial operacional com o objetivo de obter eficiência e eficácia.

2.Âmbito:

Este procedimento aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenha paciente internado e/ou centro cirúrgico, em: Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, UTI Adulto e demais áreas assistenciais onde haja possibilidade de risco de lesão de pele ao usuário.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Recurso material: placa de identificação do paciente, pulseira de identificação com bolinha de cor **AMARELA**, andador, muletas, cadeira de rodas, grades de proteção do leito, cinto de contenção da mesa cirúrgica.

4.Atribuições de cada categoria profissional

Definição de tarefa por profissional

ENFERMEIRO

- Realizar a avaliação de risco do paciente na admissão e diariamente;
- Sinalizar o risco em placa de identificação do leito;
- Sinalizar o risco em pulseira do paciente com bolinha **AMARELA**;
- Sinalizar o risco nos impressos institucional;

- Prescrever os cuidados de prevenção de acordo com os riscos diagnosticados;
- Gerenciar a equipe de enfermagem para execução do que foi prescrito;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas;
- Notificar para o NGQSP os casos de queda, assim como incentivar e sensibilizar as demais categorias que também notifiquem;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;

Realizar supervisão constante para avaliação do conforto e segurança ocorrência do evento.

TECNICO DE ENFERMAGEM

- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte seguro intra-hospitalar;
- Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante quando necessário;
- Notificar a ocorrência do evento.

MÉDICO

- Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
- Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
- Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;

- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Notificar a ocorrência do evento.

**ASSISTENTE
SOCIAL**

- Orientar os acompanhantes sobre os cuidados necessários na prevenção de quedas;
- Dar suporte aos setores quando da existência de demandas sociais que dificultem a realização das ações de prevenção de quedas;
- Prover mecanismos para que os pacientes tenham calçados que não contribuam com os riscos de queda;
- Prover elo com outras instâncias no que se refere à aquisição de instrumentos de suporte à deambulação;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste procedimento operacional padrão;
- Notificar a ocorrência do evento.

FISIOTERAPEUTA

- Avaliar a capacidade de deambulação dos pacientes, de forma que garanta meio de diminuir os riscos de quedas;
 - Avaliar a necessidade de utilização de dispositivos de marcha;
 - Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
 - Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
 - Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas;
- Notificar a ocorrência do evento.

PSICÓLOGO

- Dar o suporte psicológico para pacientes e acompanhantes com possíveis problemas cognitivos, assim como referente à ansiedade com a internação e condição física, na perspectiva de prover uma maior aceitação e cooperação destes nos cuidados;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;

NUTRICIONISTA

- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Notificar a ocorrência do evento
- Trabalhar para que não haja jejuns prolongados desnecessariamente;
- Manter vigilância da terapia nutricional de acordo com as necessidades;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção de quedas
- Notificar a ocorrência do evento.

FARMACÊUTICO

- Orientar os pacientes e acompanhantes sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas;
- Realizar periodicamente a revisão da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
- Sinalizar os medicamentos que possui risco de queda;
- Dar parecer técnico às demais categorias no que se refere às medicações;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;

**ENGENHARIA
CLÍNICA**

- Promover a realização da manutenção preventiva e corretiva das macas, camas, berços, poltronas e cadeiras de rodas utilizadas na assistência;
 - Contribuir com a gerência de riscos nos pareceres técnicos quando necessário;
- Notificar a ocorrência do evento.

- Orientar pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de

prevenção de quedas

Notificar a ocorrência do evento.

MANUTENÇÃO PREDIAL

- Promover a realização da manutenção predial, mantendo o piso íntegro e antiderrapante e iluminação ambiente adequados;

- Contribuir com a gerência de riscos nos pareceres técnicos quando

necessário;

Notificar a ocorrência do evento.

HIGIENE HOSPITALAR

- Garantir a manutenção do piso do banheiro, enfermarias e áreas de circulação

limpos e secos;

- No momento da lavagem do piso, garantir a realização dos processos de

segurança, como manter a sinalização de “piso molhado”;

- Prover uma rotina de limpeza do piso em períodos de menor movimento de

pacientes;

Notificar a ocorrência do evento.

ADMINISTRATIVO

- Garantir o quantitativo de camas, berços, macas, poltronas e cadeiras de rodas necessários de acordo com a demanda da instituição;

Notificar a ocorrência do evento.

5. Atividades:

Definição de queda

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, geram ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição e repercussões de ordem legal.

As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas e fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;

- Identificação do paciente com risco de queda em pulseira de identificação com bolinha **AMARELA**;
- Placa de identificação do leito do paciente em **AMARELO**;
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelo paciente;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- SBAR de transferência entre unidades;
- Informações de transição do cuidado de enfermagem;
- Notificação via sistema de Gestão INTERACT;
- Descrição de registro de eventos;
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.
- Dentre as várias definições de quedas na literatura, destacam-se:
- Um incidente no qual o indivíduo involuntariamente e repentinamente vai ao chão ou para um nível mais baixo de superfície;
- Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade.

Fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para quedas

	FATORES INTRÍNSECOS	FATORES EXTRÍNSECOS
Previsíveis	- História recente de quedas - Incontinência / urgência miccional ou para evacuação - Dificuldade em manter o equilíbrio, marcha ou a força muscular - Déficit cognitivo - Mobilidade prejudicada - Idade menor que 5 anos e acima de 65 anos - Doença crônica como osteoporose, doença cardiovascular, doença pulmonar e diabetes - Obesidade - Problemas nutricionais - Medicação: - Benzodiazepínicos, antiarrítmicos, antihistamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatadores, hipoglicemiantes orais, insulina e polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos); - Debilidade de saúde - Comprometimento sensorial (visão, tato e audição)	Medicação Falta de equipamento suporte para banho e higiene Desenho do mobiliário Condições do piso Iluminação inadequada Calçado inadequado Restrições Cama e cadeiras sem travas ou com rodas Altura da cama Internação prolongada
Não - previsíveis	- Convulsões - Síncopes - Arritmias cardíacas - Acidente vascular encefálico transitório - Acidente isquêmico	Reações adversas ou efeitos colaterais a determinados medicamentos

Tipos de eventos adversos relacionados

- Queda da cama, maca, berço ou carrinho de bebê;
- Queda da cadeira, cadeira de rodas, poltrona ou cadeira de banho;
- Queda da própria altura;
- Queda do colo, no caso de crianças;
- Queda deambulando;
- Queda de um ou mais membros (em caso de pacientes sedados/anestesiados).

Medidas de prevenção

A abordagem do paciente em risco de queda deve ser interdisciplinar com a finalidade de fornecer um ambiente seguro ao paciente e reduzir a sua ocorrência.

- Todos os pacientes devem ser avaliados para risco de quedas como parte de avaliação regular na admissão do paciente;
- Identificação do paciente com risco com **sinalização em placa de identificação do paciente em AMARELO** e sinalização de bolinha **AMARELA** na pulseira de identificação do paciente;
- Educação dos pacientes e dos profissionais;
- Intervenções específicas e medida de segurança geral para prevenção de quedas e lesões subsequentes devem ser adotadas como rotina.

Medidas para prevenção de quedas e profissionais envolvidos

ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS	PROFIS SIONAIS ENVOLVIDOS
Na admissão, avaliar todos os pacientes quanto ao risco para quedas, por meio da Escala de Morse (anexo e disponível em sistema PR) Histórico de quedas (p.ex. quedas nos últimos 3 meses); Diagnóstico secundário (p.ex: mais de um diagnóstico médico); Mobilidade prejudicada (p.ex. dificuldade para deambular); Estado mental (p.ex. confusão, esquecimento); Na admissão, avaliar todos os pacientes – crianças, quanto ao risco para quedas, por meio da Escala de Humpty-Dumpty. Idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas, cirurgia/sedação/anestésica.	Enfermeiro
Examinar os pacientes considerados em risco para quedas Observar circunstâncias e consequências de queda anterior. Examinar as condições médicas agudas e crônicas do paciente. Rever as medicações que predispõem o paciente a quedas. Avaliar a marcha, equilíbrio, visão, função neurológica e estado mental.	Médico Enfermeiro

ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS	Profissionais envolvidos
MEDIDAS GERAIS PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS • Orientar o paciente quanto ao ambiente / instalações do quarto; • Posicionar a campainha e objetos pessoais de fácil alcance para o paciente;	Enfermeiro Equipe de
• Orientar para o uso da campainha para pedir ajuda, antes de tentar levantar da cama ou após utilizar o sanitário. Depois de pedir ajuda, deverá permanecer onde está e aguardar que alguém da equipe de enfermagem venha ajudá-lo; • Manter passagens livres e sem obstruções com mobiliários ou equipamentos, para facilitar a circulação do paciente; • Monitorar para a presença de hipotensão ortostática se o paciente apresentar queixas de tontura e ensiná-lo a levantar-se lentamente quando for sair da cama; • Manter a cama em posição baixa e com rodas travadas. Colocar a cama na posição mais baixa e com rodas travadas, de forma que, com paciente sentado esteja confortável e com os pés apoiados no chão; • Determinar o uso seguro de grades no leito, apoiando-se na avaliação para risco de quedas. Lembrar que o uso das quatro grades é considerado uma contenção mecânica; • Assegurar que as luzes noturnas (de vigília) estejam ligadas no quarto do paciente durante as rondas no início do turno da noite; • Auxiliar o paciente no uso do sanitário, quando necessário e orientá-lo para o uso das barras de segurança, se disponível; • Orientar o paciente e familiar sobre uso de calçado antiderrapante; • Rodas travadas em cadeiras de rodas, camas, berços, poltronas e cadeiras de banho e do carrinho de bebê; • Registrar medidas preventivas de caráter individualizado em prescrição de enfermagem; • Durante a passagem de plantão, assegurar a comunicação efetiva sobre os pacientes com risco de queda; • O profissional de enfermagem sempre deve acompanhar os	Enfermagem

transportes;

- Manter sempre a grade do berço elevada e, em caso da saída da mãe, avisar a equipe de enfermagem;
- Manter as crianças com cinto de segurança nos carrinhos de bebê;

OBS: Escala de Humpty-Dumpty Adaptada

A criança será classificada com alto risco de queda ou baixo risco de queda.

Baixo risco de queda: de 7 a 11 pontos na escala Humpty-Dumpty

Alto risco de queda: de 12 a 22 pontos na escala Humpty-Dumpty

Escala de Humpty-Dumpty Adaptada
**para pacientes até 13 anos*

PARÂMETROS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alteração na oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de queda anterior	4
	Criança faz uso de aparelho auxiliar de marcha, berço ou cama com muitos equipamentos, quarto com pouca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Faz uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	3
	Faz uso de 1 dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos ou narcóticos	2
	Faz uso de outros medicamentos ou não usa	1
Deficiências cognitivas	Não consciente de suas limitações	3
	Esquece suas limitações	2
	Orientado de acordo com suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Há 24h	3
	Há 48h	2
	Há mais de 48 horas ou nenhum	1
Total		
Classificação do Risco		

ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS	Profissionais envolvidos
INTERVENÇÕES PARA OS PACIENTES CONSIDERADOS EM RISCO MODERADO OU ALTO PARA QUEDAS Além das medidas gerais de prevenção, adotar também: • Orientar o paciente e a família sobre os fatores de risco; • Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de medicamentos que predispõe o paciente a quedas (p. ex. sedativos/hipnóticos, anti-hipertensivos, diuréticos, benzodiazepínicos) e consultar o médico quando necessário; • Auxiliar o paciente com dificuldade para deambular; • Assegurar que o paciente esteja usando dispositivo próprio ou adequado para deambulação; • Oferecer auxílio ao paciente para hidratação e eliminações, em intervalos regulares; • Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe, mesmo na presença de acompanhante; • Avaliar o paciente quanto à necessidade do uso de grades elevadas. Recomenda-se manter elevadas as grades laterais da parte superior da cama/berço; • Programar exercício e treinamento para marcha e equilíbrio; • Utilizar identificação de risco de quedas (p. ex. acima da cabeceira da cama placa de identificação do paciente) para alertar toda a equipe multidisciplinar; Transferir o paciente para um quarto mais próximo do posto de enfermagem, se possível;	Médico Enfermeiro Equipe Enfermagem Equipe Fisioterapia
Reavaliação dos pacientes que tiveram episódio de quedas Avaliar as circunstâncias e consequências da queda; Reavaliar o paciente quanto ao fator de risco para quedas; Continuar ou implementar medidas de prevenção;	Médico Enfermeiro

Condução na ocorrência de evento adverso

A avaliação pós-queda do paciente deve ser conduzida tão logo quando possível e deve ser documentada num registro padronizado para notificação de eventos adversos.

- Avaliar qualquer injúria (abrasão, contusão, laceração, fratura, traumatismo craniano e outros);
- Solicitar avaliação médica na sequência da queda e posterior realização do exame, se necessário, segundo a gravidade do paciente;
- Prestar cuidados especiais aos pacientes cuja queda não tenha sido testemunhada, avaliando a possibilidade de risco de lesão medular ou trauma craniano;
- Documentar no prontuário do paciente: data e horário da queda, local da queda, descrição da queda e intervenções realizadas.
- Comunicar a família sobre a queda do paciente, e envolvê-los nas ações a serem realizadas;
- Notificar esse evento adverso ao supervisor / diretor de enfermagem, de imediato, ainda que o paciente não tenha sofrido qualquer lesão;
 - Preencher a NOTIFICAÇÃO DE EVENTO ADVERSOS / QUEDAS;
 - Avaliar as circunstâncias e consequências da queda;
 - Reavaliar o paciente quanto ao fator de risco para quedas;
 - Modificar o plano de cuidados multidisciplinar para o paciente após queda.

Assistência livre de danos, ausência de quedas dentro dos setores assistenciais, os mecanismos de monitoramento e auditoria serão aplicados rotineiramente nos setores a fim de verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a prevenção de queda dos pacientes durante os cuidados prestados e permanência no hospital.

Indicadores

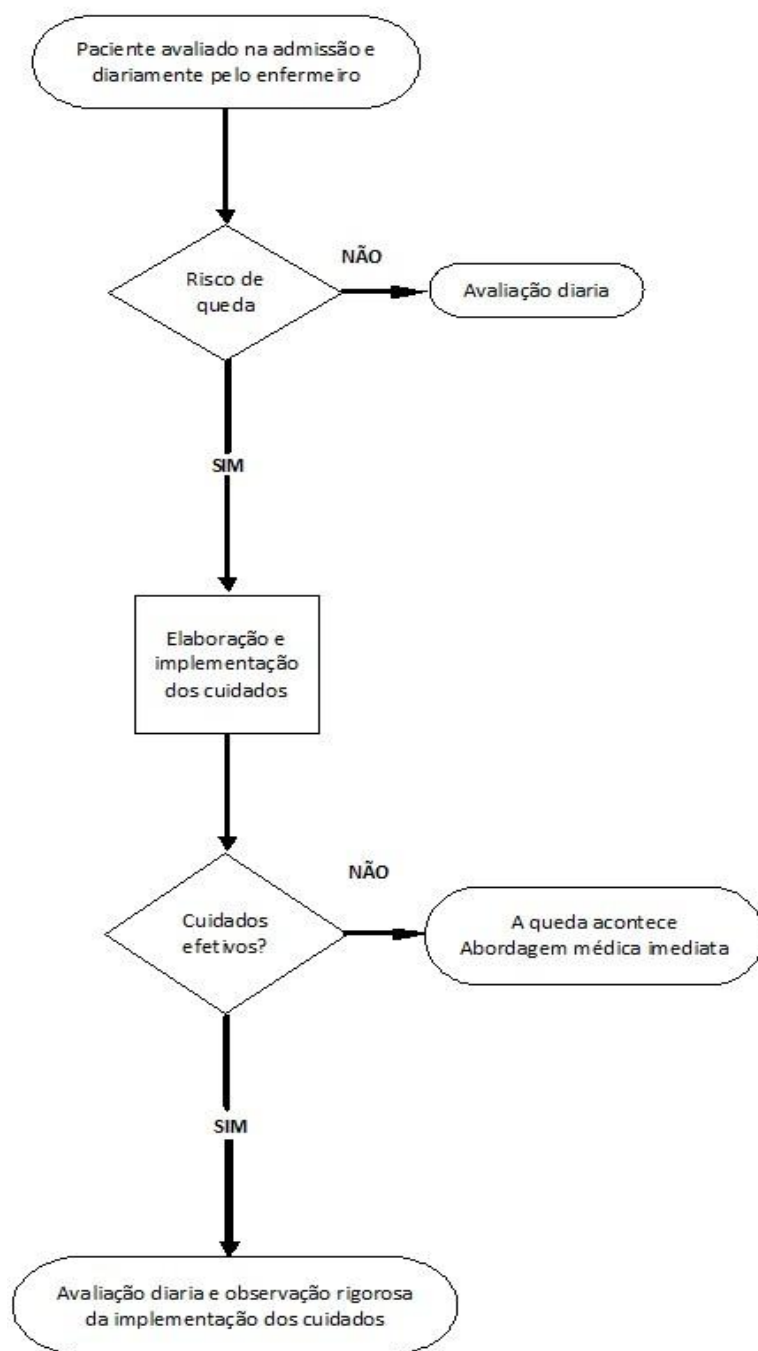
A incidência de queda é calculada mensalmente da seguinte maneira:

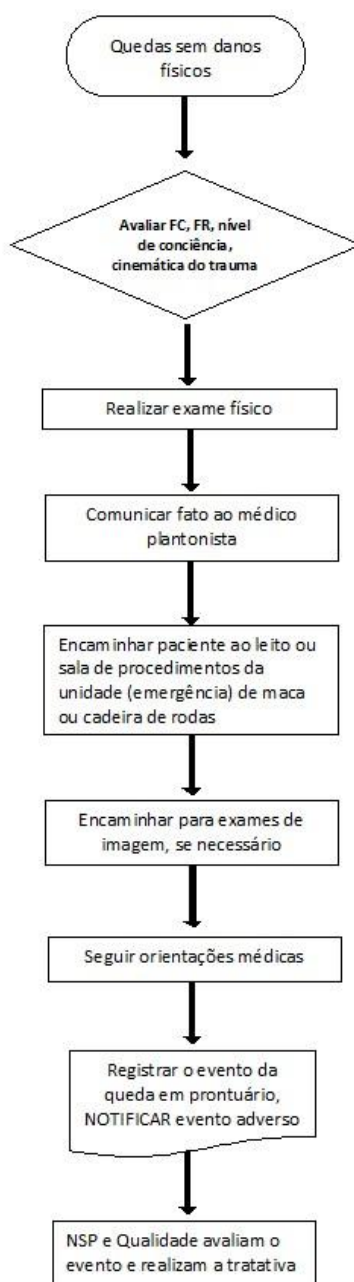
$$\frac{\text{Número de quedas}}{\text{Número de pacientes dia}} \times 100$$

Número de quedas com dano: Acompanhado pelo NGQSP, mediante notificações de ocorrências;

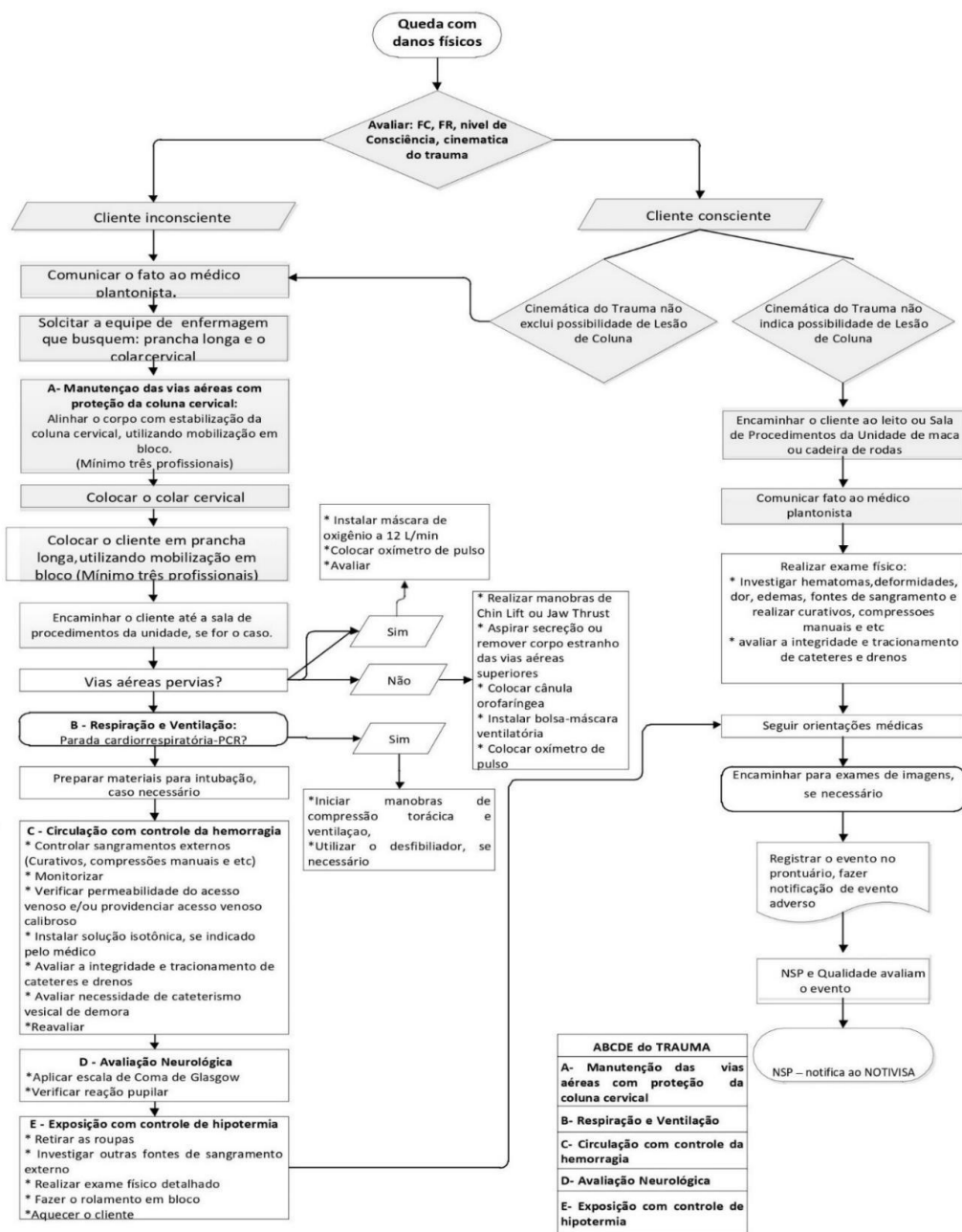
Número de queda sem danos: Acompanhado pela NGQSP, mediante notificações de ocorrências.

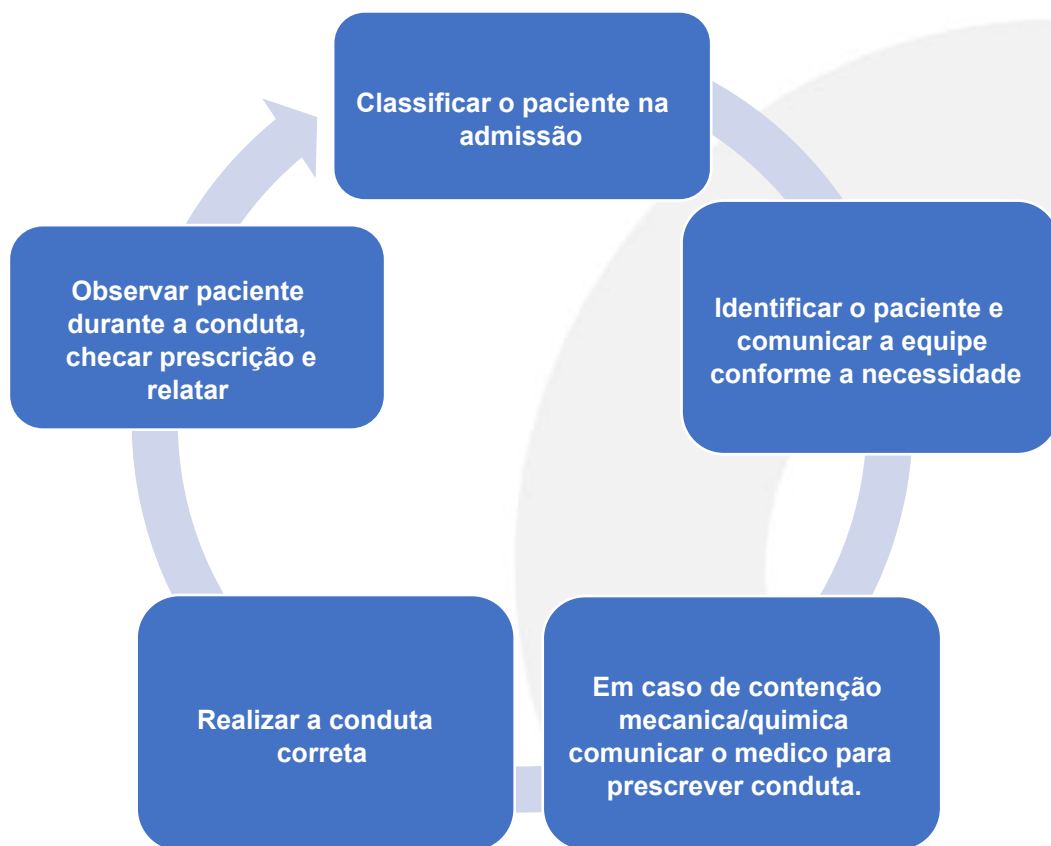
Fluxograma - Queda sem dano





Fluxograma: Queda com dano





6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão e Avaliação de risco e prevenção de quedas	Diretoria Técnica, Assistencial e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	4° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	4° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	4° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Implementar procedimento operacional padrão da Avaliação de risco e prevenção de quedas	Gestor Assistencial, Médico	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	5° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	5° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos e SCIH	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	6° mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Como Contribuir para Aumentar a Segurança do Paciente? Orientações aos pacientes e acompanhantes. ANVISA, Brasília, 2017;
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Protocolo de Prevenção de Quedas**. ANVISA, Brasília, 2013;
- CORREA, AD.et al. **Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento**. Rev Esc Enferm [periódico na internet]. 201246(1):67-74. Disponível em: [acessado em 20/04/2014].

1.3.5.11. Cirurgia Segura

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo

A cirurgia segura é um conjunto de práticas e protocolos desenvolvidos para minimizar os riscos de eventos adversos durante os períodos pré, trans e pós-operatório

A Meta 4 de Segurança do Paciente, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma diretriz que tem como finalidade garantir a realização segura de cirurgias, prevenindo falhas relacionadas à identificação do paciente, ao procedimento e ao local da intervenção.

Sua principal ferramenta, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (checklist), busca garantir que a intervenção ocorra no paciente certo, no local correto, com o procedimento adequado, além da verificação de alergias e a administração de profilaxia antibiótica e antitrombótica, entre outras.

Promove ainda uma comunicação clara e eficaz entre todos os membros da equipe envolvida, garantindo que todas as etapas críticas sejam seguidas, visando a segurança do paciente e a redução da mortalidade cirúrgica. A inobservância aos protocolos estabelecidos pode resultar em eventos adversos de alto impacto, como cirurgias em sítios errados, realização de procedimentos incorretos e infecções no sítio cirúrgico.

Segundo a OMS, a adesão a um checklist pode reduzir em até 47% as taxas de mortalidade e complicações pós-operatórias.

Os principais desfechos negativos associados à não utilização adequada dos protocolos incluem aumento do tempo de internação, complicações infecciosas, readmissões hospitalares e, em casos extremos, óbito.

- OBJETIVO DO POP

Estabelecer um passo a passo para a aplicação do Checklist de Cirurgia Segura, com o intuito de orientar as equipes assistenciais na condução segura dos procedimentos cirúrgicos.

Este POP visa garantir a correta identificação do paciente, do procedimento e do sítio cirúrgico, promovendo a comunicação eficaz entre os profissionais e prevenindo falhas que possam comprometer a segurança do paciente.

2.Âmbito:

Este documento aplica-se a unidade hospitalar HRDJSN, SES MS, em que são realizados procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Sistema de Informações Hospitalares
- Setor SCIH

4. Atribuição de cada profissional

Os profissionais envolvidos na aplicação deste documento são:

1. Médico Cirurgião:
 - a. Realizar a solicitação de cirurgia, aplicar o checklist de cirurgia segura, conforme anexo.
2. Médico Anestesiologista:
 - a. Avaliação pré-anestésica, aplicar o checklist de cirurgia segura, conforme anexo.
3. Enfermeiro
 - Conferência do mapa cirúrgico
 - Bate mapa
 - Checklist pré-operatório de enfermagem
4. Técnico de Enfermagem/Instrumentador
5. Equipe Administrativa responsável pelo agendamento
6. NQSP
7. Diretoria técnica e assistencial.
8. NIR
 - Agendamento cirúrgico (disponibilização de vagas ao CORE)
 - Confirmação cirúrgica
 - Reserva de leito
9. Auditoria Interna

- Autorização do procedimento (AIH)

5. Atividades

O Checklist de cirurgia segura é dividido em três fases:

1. Antes da indução anestésica;
2. Antes da incisão cirúrgica;
3. Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. No entanto, a segurança cirúrgica começa já no agendamento, conforme descrito abaixo:

Critérios de inclusão

Todos os pacientes a serem submetidos a procedimentos cirúrgicos e procedimentos terapêuticos invasivos.

Critérios de exclusão

Sem critérios de exclusão.

A OMS desaconselha firmemente a eliminação de etapas de segurança.

1. Médico Cirurgião: Realizar a solicitação de cirurgia, conforme indicação;

A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a identificação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

2. Bate mapa

O bate mapa é uma rotina realizada um dia antes do procedimento cirúrgico e tem a finalidade de conferir todos os requisitos para a realização.

Composto por membros dos setores: cirúrgicos, hemoterapia, núcleo de interno de regulação (NIR), central de material e esterilização (CME), ambulatório, agendamento cirúrgico, centro cirúrgico, órtese e prótese e materiais especiais (OPME) e anestesia.

A conferência do mapa cirúrgico, promove uma melhor comunicação das áreas envolvidas no processo e é uma ferramenta essencial para garantir a segurança do paciente.

3. Checklist pré-operatório:

O enfermeiro do local de origem do paciente deverá preencher o check list pré-operatório até 12h antes do procedimento cirúrgico.

4. Checklist pré-operatório da enfermagem.
5. Unidade de internação – pré-operatório

Feito pelo Médico Cirurgião:

- Avaliar o paciente e registrar a anamnese e exame físico em prontuário;
- Realizar as orientações sobre o procedimento e aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Procedimentos Cirúrgicos e/ou Invasivos;
- Checagem do risco cirúrgico;
- Avaliar a necessidade de reserva de hemocomponentes, procedendo com a solicitação, quando necessário;
- Realizar a demarcação pré-cirúrgica. A identificação do local de intervenção é uma identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo.

Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado. A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e a sinalização recomendada deve ser visível e no formato de alvo no paciente.

Outros tipos de marcação são aceitáveis desde que toda a equipe entenda claramente o local de intervenção. É contraindicado realizar a demarcação de lateralidade em procedimento cirúrgico com o uso de X, uma vez que isso pode ser interpretado como a indicação da área não operada.

Nos casos de politraumatizados, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário ou em formulário elaborado pela própria instituição.

Atenção: O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência.

Exceções: casos em que a marcação não é obrigatória, mas recomendada, incluem:

- Cirurgias e procedimentos de emergência, a incluir traumas graves;
- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora

- Suturas e cuidados com ferimentos na unidade de emergência/ambulatorial ou centro cirúrgico
- Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizador em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória.

Feito pelo médico anestesiológico:

- Realizar a avaliação pré-anestésica e planejar a anestesia;
- Aplicar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Anestesia;
- Anotar no impresso de avaliação pré-anestésica o nome do procedimento e lateralidade quando houver;
- Solicitar exames complementares e/ou avaliação por outros especialistas, desde que baseado na condição clínica do paciente no procedimento proposto. Feito pelo enfermeiro:
- Avaliar o paciente, realizando o exame físico e conferência do registro dos sinais vitais em prontuário;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Conferir o local de marcação do sítio cirúrgico;
- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos:
 - Avaliação pré-anestésica, Consentimento Cirúrgico, Consentimento Anestésico, checklist pré-operatório (check-in para o centro cirúrgico);
 - Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para realização do procedimento cirúrgico. Atenção: O paciente não será admitido no centro cirúrgico sem os termos de consentimento cirúrgico e anestésico e sem a demarcação de lateralidade, exceto em casos de emergência.

CENTRO CIRÚRGICO

Admissão do paciente Feito pelo enfermeiro:

- Recepcionar o paciente, conferindo a identificação;
- Realizar a verificação e garantir a conformidade das documentações necessárias no prontuário, incluindo termos assinados, avaliação pré-anestésica, risco cirúrgico e exames de imagem;
- Confirmar com o paciente o procedimento e lateralidade, quando aplicável;

- Verificar a realização da tricotomia ou a necessidade de sua realização na sala de operação (SO) utilizando o tricotomizador.

Feito pelo médico cirurgião:

- Verificar se o sítio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário. Atenção: Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas.

Feito pelo enfermeiro:

Neste momento confere, em voz alta, na presença do médico e do anestesista, os itens de verificação:

Paciente certo:

- Checagem da identificação do paciente quanto ao nome completo e data de nascimento;
- Confirmação do número de prontuário.
- Procedimento certo:
- Confirmação do procedimento a ser realizado em prontuário.

Local certo:

- Verificar e confirmar o local exato da cirurgia, assegurando que a demarcação esteja de acordo com o procedimento agendado.
- Medicação certa:
- Verificar se o paciente recebeu os medicamentos prescritos antes da cirurgia, além de assegurar que não haja alergias ou contraindicações;
- Confirmar se a administração do antibiótico profilático foi realizada dentro do prazo adequado (até uma hora antes da incisão).

Equipamentos, materiais e medicamentos certos em sala:

- Checagem se todos os equipamentos estão presentes e funcionando, conforme estabelecido pela equipe médica;
- Confirmar a disponibilidade de materiais específicos, incluindo órteses e próteses, se aplicável;
- Solicitar algum medicamento que o paciente faça de rotina e precisa na hora do procedimento cirúrgico.

Documentação certa

- Checagem da solicitação do procedimento está devidamente preenchida e assinada pelo médico solicitante;
- Verificar se o registro da anamnese e do exame físico do paciente está completo e atualizado;
- Checar o registro da avaliação pré-anestésica pelo anestesista;
- Verificar se todos os consentimentos livres e esclarecidos estão devidamente preenchidos e assinados pelo paciente ou seu representante legal;
- Verificar se os exames complementares relevantes do risco cirúrgico para o procedimento estão disponíveis. (Exames laboratoriais, exames cardíacos e pulmonares, exames específicos, avaliação clínica)

Atenção: Na presença de não conformidade em qualquer item deste processo, a equipe de enfermagem tem autonomia para parar o processo até que ocorra a regularização da não conformidade.

Feito pelo médico anesthesiologista:

- Realizar o teste do funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;
- Confirmar o risco de via aérea e o risco de aspiração, confirma o funcionamento do equipamento ventilatório;
- Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;
- Verificação e/ou administração do antibiótico profilático.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Deve ocorrer na presença do cirurgião principal antes que ocorra a incisão da pele do paciente.

Feito pela equipe de enfermagem:

- Solicitar a apresentação de cada membro da equipe pelo nome e função
- Revisar e confirmar a esterilização dos instrumentais através do integrador antes da montagem da mesa; revisar verbalmente, uns com os outros, os elementos críticos de seus planos para a cirurgia, usando as questões da lista de verificação como guia;

- Verificar, em voz alta, junto ao cirurgião principal todos os itens pertinentes antes da incisão, incluindo a confirmação do paciente correto, a demarcação do sítio cirúrgico e o procedimento a ser realizado;
- Confirmar se todos os exames de imagem do paciente estão visíveis na sala cirúrgica (quando aplicável). Atenção: Na presença de qualquer não conformidade durante este processo, a equipe de enfermagem possui autonomia para interromper o procedimento até que a irregularidade seja corrigida.

Feito pelo Médico Anestesiologista:

- Esclarecer sobre alergias e reserva de sangue;
- Comunicar informações relevantes sobre o paciente e a cirurgia para todos os profissionais;
- Confirmar realização de antibioticoterapia profilática até 1 hora antes da incisão.

Feito pelo Médico Cirurgião

- Confirmar o paciente certo, lateralidade e procedimento;
- Revisar os passos críticos e inesperados, duração da cirurgia e perda sanguínea prevista;
- Confirmar a reserva prévia de UTI, caso necessário.

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A equipe deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

Feito pela Equipe de Enfermagem:

- Ao término do procedimento, a equipe de enfermagem deverá realizar confirmação do procedimento realizado, conferência/contagem de compressas, gazes, agulhas, identificação de peças anatômicas, revisão de equipamentos, documentação do prontuário correto, uso de materiais de acordo com a autorização;
- Confirmar o uso do antibiótico profilático e sua anotação pelo anestesiologista na ficha de anestesia;
- Confirmar com a equipe médica a revisão do plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e o encaminhamento da recuperação pós-anestésica e/ou unidade de internação cirúrgica e unidade de terapia intensiva antes da remoção do paciente da sala de cirurgia;

- Rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos em voz alta, incluindo o nome do paciente);
- A revisão de qualquer funcionamento inadequado de equipamentos ou questões que necessitem ser solucionadas. Atenção: Após a conformidade de todos os itens, a equipe de enfermagem deverá conduzir o paciente ao seu destino. Feito pelo médico (anestesiologista/cirurgião);
- Orientar os principais cuidados relacionados ao procedimento e à recuperação do paciente;
- Realizar a descrição cirúrgica, em prontuário, de preferência eletrônico;
- Certificar-se das órteses e próteses utilizadas, incluindo o tipo, modelo e número de série (quando utilizados).

RECUPERAÇÃO PÓS - ANESTÉSICA

Feito pela equipe de enfermagem:

- Realizar e anotar o controle da normotermia;
- Realizar o controle dos sinais vitais e comunica alterações;
- Realizar o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;
- Realizar passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no intraoperatório.

Feito pelo médico anestesista

- Verificar a estabilidade cardiovascular e respiratória do paciente;
- Monitorar sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio);
- Avaliar o nível de consciência e a recuperação da função motora e sensorial;
- Administrar analgésicos, antieméticos e outros medicamentos conforme a necessidade;
- Ajustar a dosagem e a frequência dos medicamentos com base na resposta do paciente;
- Monitorar e ajustar a administração de fluidos intravenosos;
- Utilizar critérios específicos, como o índice de Aldrete-Kroulik (em anexo), para determinar se o paciente está apto para alta;
- Confirmar se o paciente está em condições seguras para ser transferido para a enfermaria, UTI ou Hospital Dia (day clinic);
- Certificar se o paciente está estável e seguro para ser transferido;

- Coordenar a transferência do paciente para o próximo nível de cuidado.

OBSERVAÇÕES:

É dever de todos os profissionais de saúde realizar a notificação de falhas e/ou eventos adversos ocorridos decorrente do procedimento realizado no paciente. Os profissionais assistenciais deverão notificar as falhas e eventos adversos de acordo com o fluxo determinado pela unidade. Os eventos adversos com dano de grau grave e/ou óbito (never events) acontecidos no processo cirúrgico deverão ser informados ao Núcleo de Segurança do Paciente (NQSP) em até 72h do evento.

EXIGÊNCIAS

Não se aplica.

DEFINIÇÕES E SIGLAS

Lista de verificação: Instrumento formal utilizado para checar, comparar e validar um conjunto de itens ou procedimentos essenciais à segurança cirúrgica.

Demarcação do sítio cirúrgico: Identificação visual do local exato da intervenção cirúrgica, especialmente importante em casos que envolvam lateralidade (direita/esquerda), estruturas múltiplas (como dedos, costelas) ou diferentes níveis anatômicos (como na coluna vertebral). Deve ser feita com marcador apropriado e de forma clara.

Segurança anestésica: Conjunto de ações realizadas pelo anestesiológista para minimizar riscos relacionados à anestesia. Envolve a verificação formal dos equipamentos, checagem dos medicamentos e análise do risco anestésico individual do paciente. Checagem de funcionamento do equipamento anestésico e necessidade de sangue.

Antes da indução anestésica: Fase que ocorre antes da indução anestésica e tem o objetivo de confirmar os dados de identificação do paciente, procedimento e sítio cirúrgico/ lateralidade correta.

Antes da incisão cirúrgica: Pausa deliberada realizada pela equipe cirúrgica imediatamente antes da incisão, com o objetivo de confirmar os dados do paciente, o procedimento a ser realizado e o sítio cirúrgico, assegurando a segurança da intervenção. Envolve a participação ativa de toda a equipe.

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica: Fase que acontece após a cirurgia e são confirmados o procedimento realizado, confirmação da contagem de compressas e instrumentais; identificação correta das amostras cirúrgicas; verificação do funcionamento de equipamentos ou anormalidades; definição do plano de cuidados do paciente.

Equipe cirúrgica: Grupo multiprofissional composto por cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e demais profissionais envolvidos no procedimento cirúrgico

Aldrete-Kroulik: é um instrumento utilizado para avaliar a recuperação de pacientes após anestesia, especialmente em unidades de recuperação pós-anestésica (URPA). Essa escala ajuda a determinar se o paciente está pronto para receber alta da sala de recuperação e voltar ao quarto ou à enfermaria.

- OMS - Organização Mundial da Saúde
- POP - Procedimento Operacional Padrão
- CME - Central de Material e Esterilização
- OPME - Órtese, Prótese e Materiais Especiais
- NIR - Núcleo Interno de Regulação
- SO - Sala de Operação
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva
- NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
- URPA - Unidade de Recuperação Pós-Anestésica

6.Plano de implantação e revisão:

1º fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.

2º fase (jan/26) – Capacitação IMEDIATA de profissionais recém-admitidos com treinamentos. (Técnica – Enfermeiros/ Cuidados: todos da equipe assistencial)

Revisão anual ou sempre que houver atualização nas diretrizes do Ministério da Saúde, ANVISA.

7. Notas importantes (se houver)

8.Referências

REFERÊNCIAS CORONA, A. R. P. D. PENICHE, A. C. G. A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. Revista SOBECC, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 179-185, jul./set. 2015. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/upload/S/1414-4425/2015/v20n3/a5210.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: cirurgia segura salva vidas. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2025.

SOUZA, A. C. et al. Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, e00034520, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/6MH9jwcMvzWRTzDZxVrJRHk>. Acesso em: 21 mar. 2025.

STANDARDS FOR POSTANESTHESIA CARE. Committee of Origin: Standards and Practice Parameters. (Approved by the ASA House of Delegates on October 27, 2004, and last amended on October 15, 2014).

6. ANEXOS

1. Checklist de Cirurgia Segura
2. Avaliação Pré-anestésica
3. Registro de anestesia
4. Termo Anestésico atualizado
5. Consentimento informado
1. Checklist de Cirurgia Segura



Hospital Regional
Dr. José de Simone Netto
Ponta Porã (MS)

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Nome do Paciente: _____ Nome da Mãe: _____ Sector de Origem: _____ Alergias: () Sim () Não Qual: _____		Modalidade: () Eletiva () Emergência () Urgência Medicações: _____	
Antes da Indução Anestésica (Check In)		Antes da Incisão Cirúrgica (Time Out)	
Admitido na sala de: _____ Paciente Alérgico: () Sim () Não Qual? _____ Identificação Checada (Pulseira, Prontuário e Verbalmente) () Sim () Não Lateralidade Demarcada e Igual ao Agendamento: () Sim () Não Montagem da Sala: () Sim () Não Materiais de Síntese Compatíveis na sala: () Sim () Não Equipamentos Monitores: () Sim () Não Aparelho de Cautério: () Sim () Não Focos: () Sim () Não Mesa Cirúrgica: () Sim () Não Aspirador: () Sim () Não Via Aérea difícil: () Sim () Não Materiais e Equipamentos para Intubação: Laringoscópio/ Mascara de O ₂ , Fio Guia, Reanimador manual (AMBU), Fio de Bougie, Aspirador, Guedel, Cânula Endotraqueal: () Sim () Não Risco de Aspiração: () Sim () Não Profilaxia Cirúrgica Antes da Incisão Cirúrgica: () Sim () Não Medicação: _____ Hora de Início: _____ Hora de Término: _____ Risco de Perda Sanguínea > 500 ml () Sim () Não		Apresentação Verbal da Equipe Cirúrgica: () Sim () Não Staff: () Sim () Não O1* Cirurgião () Sim () Não O2* Cirurgião () Sim () Não Anestesiista: () Sim () Não Circulante: () Sim () Não Identificação do cliente Paciente: () Sim () Não Cirurgia a ser realizada: _____ Placa de Eletro Cautério Posicionado: () Sim () Não Confirma Esterilização dos Materiais Verificados Indicadores: () Sim () Não Transparência Início do Procedimento: _____ Término Procedimento: _____ () Sonda vesical () SNG () SNE () Drenos: _____ Compressas utilizadas: _____ e descartadas: _____ Antes da síntese Nº de Instrumentais Abertos Para o Procedimento: _____ Nº de Instrumentais Conferidos antes da Síntese: _____ Nº de Agulhas Abertas Para o Procedimento: _____ Nº de Agulhas Conferidas Antes da Síntese: _____ Nº de Fios Cirúrgicos Abertos Para o Procedimento: _____ Nº de Fios Cirúrgicos Conferidos Antes da Síntese: _____ Transfusão: () Sim () Não Uso de Prótese ou Material de Síntese: () Sim () Não	
		Antes da Saída do Paciente da Sala Cirúrgica (Sign Out)	
		Confirma Procedimento Realizado: () Sim () Não Observações: _____ () Peça Anatômica ou Cultura Identificada Adequada e Requisição Preenchida () Não se Aplica () Soluções Endovenosas e Medicamentos em Curso Identificados () Houve Algum Problema com Equipamentos que deve ser resolvido: () Sim () Não Paciente Saiu da Sala: () Entubado () Ar Ambiente () Lucido () Orientado Destino do Paciente: _____ Recomendações Importantes na Recuperação pós Anestésica e Pós Operatória desse Paciente: _____ _____ _____ Cirurgião: Dr. _____ Auxiliar Cirurgia: Dr. _____ Instrumentador: _____ Anestesiista: Dr. _____ Enfermeiro: _____ Circulante: Tec: _____ Assinatura e Carimbo da equipe:	

institutomaisaude.org.br



2. Avaliação Pré-anestésica



Hospital Regional
Dr. José de Simone Netto
Ponta Porã (MS)

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

PACIENTE: _____		IDADE: _____	SEXO: () M () F
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROPOSTO: _____			
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____		PRONTUÁRIO: _____	
CIRURGIÃO: _____		CONVÊNIO: _____	

ANTECEDENTES PESSOAIS () TABAGISMO CIGARROS/DIA: _____ TEMPO: _____ () NEGATIVO () ETILISMO QUANTIDADE: _____ TEMPO: _____ () NEGATIVO () USO DE TÓXICOS: _____ TEMPO: _____ () NEGATIVO () ALERGIAS: _____ () NEGATIVO	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS _____ _____ _____ _____

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO (Marcar os sinais e sintomas positivos e detalhar se necessário)

SISTEMA CARDIOVASCULAR: () NEGATIVO () HAS HA _____ () ARRITMIAS () IAM () ICD () ANGINA OUTROS: _____

SISTEMA RESPIRATÓRIO: () NEGATIVO () ASMA () BRONQUITE () DPOC OUTROS: _____

SISTEMA DIGESTIVO: () NEGATIVO DOR EPGÁSTRICA () GASTRITE () REFLUXO () HEPATITE () CÉLULOSE OUTROS: _____

SISTEMA UROGENITAL: () NEGATIVO () IRA () IRC () ITU () DOR LOMBAR () DUM: _____ () OUTROS: _____

SISTEMA ENDÓCRINO: () NEGATIVO () DIABETES M _____ INSUFICIÊNCIA ADMA () DOENÇAS DA TIREÓIDE _____ OUTROS: _____

SISTEMA HEMATOLÓGICO: () NEGATIVO () ANEMIA () HEMOTRANSFUSÃO PRÉVIA () COAGULOPATIAS OUTROS: _____

SISTEMA IMUNOLÓGICO: () NEGATIVO () HIV QUIMIOTERAPIA _____

SISTEMA LOCOMOTOR: () NEGATIVO () DÉF. LOCOMOÇÃO () FRAQ. MUSCULAR () DOR ARTICULAR () PATOLOGIAS COLUNA () OUTROS: _____

SISTEMA NEUROLÓGICO: () NEGATIVO () AVE () CONVULSÃO () CEFALÉIA () PARESTESIAS () DESMAIOS () DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS

OBSERVAÇÃO: _____ MEDICAÇÕES EM USO: _____

CIRURGIAS ANTERIORES	ANESTESIA	MA QUANTO TEMPO	INTERCORRÊNCIAS
1- _____	_____	_____	_____
2- _____	_____	_____	_____
3- _____	_____	_____	_____
4- _____	_____	_____	_____
5- _____	_____	_____	_____

EXAME FÍSICO

() PESO: _____ KG ALTURA: _____ CM P.A.: _____ MMHG FC: _____ BPM ESTADO GERAL: () BOM () RUIM () MAL

OBSERVAÇÃO: _____

VIAS AÉREAS

MANDIBULA () NORMAL () PROGNATISMO () RETROGNATISMO ABERTURA DE BOCA (DI _____ 35 MM) M

MALLAMPATI () 1 () 2 () 3 () 4 _____

DENTES: _____ PRÓTESES DENTÁRIAS () SUPERIOR () INFERIOR () FIXA () MÓVEL

MOBILIDADE DO PESCOÇO: _____ DISTÂNCIA TIREÓMENTO (_____ 8,5 CM)

APARELHO RESPIRATÓRIO: _____

APARELHO CARDIOVASCULAR: _____

OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: _____

EXAMES DE LABORATORIAIS

HTB: _____ HT: _____ PLAQUETAS: _____ TP: _____ RNE: _____

TTB: _____

NA+: _____ K+: _____ CA+: _____

MG+: _____ GLICEMIA: _____ URÉIA: _____ CREATININA: _____

OUTROS: _____

RX DE TÓRAX: _____

ECG: _____

ECG: _____

OUTRAS AVALIAÇÕES: _____

ESTADO FÍSICO ASA () P1 () P2 () P3 () P4 () P5 () P6

CONDUTA ANESTESIOLOGISTA

LIBERADO () SIM () NÃO RETORNO: _____

EM CASO DE ALTERAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE O/OU SEUS SINAIS VITAIS, A INDICAÇÃO/VIABILIDADE DA ANESTESIA SERÁ REVISITA PELO ANESTESIOLOGISTA NO MOMENTO DA EXECUÇÃO DO ATO ANESTÉSICO.

ORIENTAÇÕES JEJUM: _____ MPA: _____ DOSE: _____

OBSERVAÇÕES: _____

DATA: ____/____/____ **MÉDICO EXECUTANTE:** _____

3. Registro de anestesia

[illegible]

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO ANESTÉSICO

Principais Riscos Associados À Raquianestesias E Peridural (Anestesias Na Coluna)

Cefaleia pós punção da dura mater: Dor de cabeça que pode ser acompanhada de alterações de visão e educação, rigidez de pescoço, náuseas e vômitos. Resulta perda do líquido que circula na coluna. Desaparece espontaneamente em alguns dias sem sequelas. Os sintomas são amenizados com soro e analgésicos com cafeína. Ocorre em 0,4% a 2% das raquianestesias (varia de acordo com o sexo)

Hematoma peridural ou subdural: Sangramento em espaços da meninge da espinha. A compressão pelo sangramento leva a sintomas neurológicos (dor, fraqueza, nas pernas, incontinência). É tratado cirurgicamente. É um evento raríssimo (um em 320.000 raquianestesias em um em 15.000 perdurais)

Sintomas neurológicos transitórios: São raros (aproximadamente 1% dos procedimentos) aparece dor ou ocasionalmente alterações de sensibilidade nas nádegas e pernas, geralmente não duram mais que sete dias. Se necessário, pode ser tratado com relaxantes musculares e anti-inflamatórios.

Síndrome da cauda equina: Complicação rara que se manifesta com alteração da sensibilidade do baixo ventre, dor, fraqueza, imobilidade ou dormência dos membros inferiores e incontinência.

Meningite: Infecção raríssima das meninges (um em 40.000) cursa com dor lombar forte, dor de cabeça intensa, rigidez na nuca, febre, hipersensibilidade local. É tratada com antibiótico.

Infecção subaracnóidea inadvertida durante peridural: É extremamente rara (um em 11.000) consiste na troca do espaço da espinha onde o anestésico é injetado, pode levar a anestesia total ou inconsciência, parada respiratória e redução da pressão arterial. É tratada com a intubação e ventilação artificial dos pulmões. Até o retorno a respiração espontânea e a consciência.

Reações tóxicas: Acontece quando o anestésico é injetado acidentalmente no vaso sanguíneo ao invés do espaço na espinha. Manifesta com convulsões e, se a dose de anestésico for muito alta, pode haver parada cardíaca. Tratada com interrupção da injeção do anestésico e com suporte (anticonvulsivantes e manobras de reanimação em caso de parada cardíaca).

Abcesso Peridural: Complicação infecciosa raríssima (um em 55mil) apresenta-se com dor lombar forte, dor de cabeça, rigidez de nuca, febre, inflamação local, seguida de fraqueza nos membros inferiores. Trata-se a infecção com antibióticos e pode ser necessária a drenagem cirúrgica.

Principais riscos associados ao bloqueio de plexo braquial (nervos que passam pela axila)

Injeção intravascular: Quando o anestésico é injetado acidentalmente no vaso sanguíneo, pode levar a convulsões, e em caso de grandes quantidades a parada cardíaca. O tratamento é o suporte (anticonvulsivantes e manobras de reanimação em caso de parada cardíaca).

Lesões de troca nervosa do plexo braquial: Complicação muito rara com alterações de sensibilidade ou de forças nas mãos ou braços. Exige acompanhamento neurológico.

Principais riscos associados a sedação e anestesia geral

Aspiração de conteúdo gástrico: Ocorre muito rara (2,2 em 10 mil) que acontece quando o conteúdo do estômago é regurgitado pelo esôfago, podendo cair na traqueia e causar lesões nos pulmões. Pode ser prevenido com o jejum e, se necessário, medicações. Quando ocorre, é tratado com: oxigênio e, se necessário, medidas de suporte e respiração e antibióticos.

Depressão respiratória: Perda dos estímulos e respiração espontânea, que pode ocorrer devido ao aprofundamento da sedação. Trata-se com oxigênio, mudanças de posição na cabeça e, se necessário suporte a respiração.

Intubação difícil: Vias aéreas com alguma variação anatômica que dificulta a intubação. Tem uma incidência de 0,05% a 18% da população. Quando acontece, são realizadas técnicas alternativas para passagem do tubo. Em casos muito raros, não é possível entubar (1 em 1000) e pode ser necessário passar um tubo diretamente pela garganta. O manejo pode ser planejado com consulta pré anestésica.

Hipertermia maligna: Raríssima (1 em 50.000) reação com aumento grave de metabolismo do organismo alguns tipos de anestesia inalatórios ou relaxantes levando ao aumento da temperatura corpórea. Tratadas com medidas de suporte e medicamentos específicos.

É importante ressaltar que pode ser necessário mudar a técnica anestésica a qualquer momento de

acordo com a exigência do procedimento ou de intercorrências, sempre visando a segurança e o bem-estar do paciente. Em qualquer anestesia podem ocorrer reações alérgicas ou mesmo choque anafiláticos, mas são eventos raros (1 em 5.000). Tratamento com medicações e medidas de suporte.

Consentimento informado não obtido: Emergência

Hora _____ Data ____/____/____. Devido ao estado clínico do paciente em emergência/risco de morte iminente, ou de possibilidade de deterioração das funções vitais foi possível fornecer ao paciente ou seu responsável as informações necessárias para obtenção deste consentimento informado. Assim optei, baseado no melhor julgamento clínico, realizei e o registrei no prontuário os procedimentos necessários e adequados pelas melhores prática médica para melhorar sua situação clínica do paciente em questão.

Assinatura Médico,

CRM: _____

Identificação do Responsável: *(No caso de paciente menor de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado).*

Nome:

Endereço: _____

Telefone: _____

CPF: _____ RG: _____

Considerando o art.59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39º VI da Lei 8.078/90 do Código de Defesa do Consumidor, que garantem ao paciente a plena informação sobre seu estado de saúde, eu, acima identificado, em pleno gozo de minhas faculdades mentais, AUTORIZO os médicos anestesiológicos responsáveis pela minha assistência, e agora representado pelo anestesiológico supracitado, a efetuar os procedimentos anestésicos necessários para o procedimento cirúrgico

_____, ao qual concordei a ser submetido.

Tipo de Anestesia Proposta

() Raqui Medular () Peridural () Sedação () Sedação mais Intubação Geral () Bloqueio de Plexo () Local

Confirmando que recebi, neste momento, todas as informações necessárias sobre o procedimento anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento além dos possíveis efeitos colaterais e complicações, tais como febre, dor de cabeça, tremores, alterações do comportamento, reações alérgicas e reações anafiláticas, algumas potencialmente fatais.

Estou ciente que, caso haja alguma eventual complicação, outros procedimentos médicos poderão ser necessários, inclusive transfusão sanguínea, ficando estes desde já pré-autorizados. Nessa situação, serei avaliado e acompanhado pelo médico, sendo que autorizo a realização de outro procedimento, exame ou tratamento em situações imprevistas que possam ocorrer durante o presente procedimento e que necessitem de cuidados especializados diferentes daqueles inicialmente propostos; tal conduta para afastar os riscos prejudiciais à saúde e à vida.

Compreendo também que fatores individuais do meu estado de saúde poderão interferir na evolução do meu quadro clínico, até de forma desfavorável, e que, por isso, confirmo que repassei ao médico anestesiológico todas as informações sobre minhas condições físicas e psicológicas, para que os dados relevantes fossem registrados na Ficha de Avaliação Pré-anestésica, e assumo o risco por qualquer informação que eu possa ter omitido.

Confirmo que todas as minhas dúvidas foram sanadas e compreendo que o médico anestesiológico somente se responsabiliza pelos procedimentos de sua especialidade.

A presente declaração foi lida e compreendida em todos os seus termos, inclusive da opção de revogação desta, caso não queira mais autorizar o procedimento.

,
às__horas e__minutos.

Data: __/__/__,

(Local)

Assinatura do paciente ou responsável

Carimbo e assinatura do médico responsável

Assinatura da Testemunha

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Identificação do Paciente:

Nome:

Nome da Mãe:

Por este instrumento, declaro que:

DN: _____ Nº Pront: _____

1º - Fui informado pelo médico de que a avaliação médica e dos exames subsidiários revelaram o seguinte

diagnóstico ou suspeita diagnóstica:

2º - Foi proposta pela equipe médica, o **procedimento**:

3º - As principais **complicações** são:

4º - Recebi as seguintes informações:

Reconheço que, durante a operação, no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que foram descritos anteriormente neste consentimento. Assim, sendo, autorizo a equipe médica a executarem estes atos cirúrgicos ou outros procedimentos que sejam necessários e desejáveis. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitem de tratamento e que não sejam de conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico for iniciado.

Estou informado (a) que existem riscos significantes, como perda de sangue, infecção, problemas cardíacos, problemas respiratórios e outras condições que podem acontecer durante o desenvolvimento de qualquer procedimento. Estou ciente que nos casos de cirurgias abertas, em que se faz uma incisão, pode ocorrer infecção, dor no local da incisão, cicatriz não estética ou o aparecimento de hérnia (fraqueza ou pequena abertura da parede muscular), levando a necessidade de futuros tratamentos ou procedimentos cirúrgicos.

Estou ciente de que a lista de riscos e complicações descritos neste formulário pode não incluir os riscos conhecidos possíveis de acontecer nesta cirurgia. Reconheço que vários riscos podem existir ou aparecer no futuro, que não foram informados neste formulário de consentimento.

Estou ciente de que não existe garantia ou segurança absoluta referente aos resultados deste procedimento ou referente à cura da minha condição.

Eu estou ciente de que qualquer aspecto deste formulário de consentimento que não consiga entender pode ser explicado para mim em maiores detalhes perguntando ao meu médico ou aos seus associados. Certifico que meu médico me informou sobre a natureza ou característica de tratamento oposto, dos resultados antecipados do tratamento proposto, de outras possíveis alternativas de tratamento para esta patologia e dos possíveis riscos e complicações conhecidos, bem como dos benefícios antecipados envolvidos no tratamento proposto e nas formas alternativas de tratamento, incluindo o não tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável:

Nome do responsável (se pertinente):

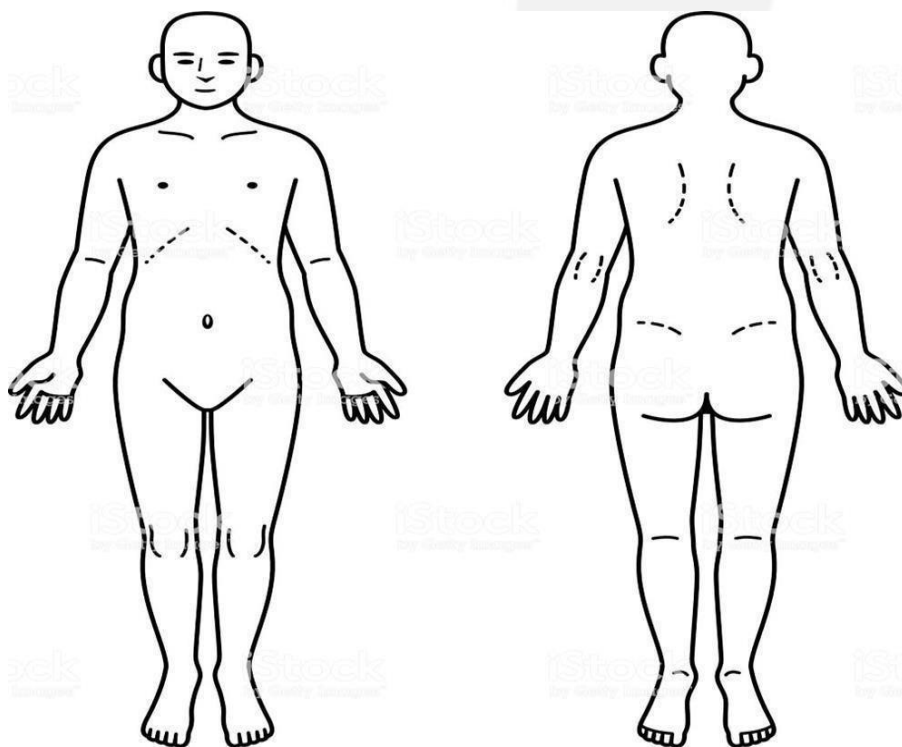
Eu certifico que expliquei o procedimento cirúrgico, os benefícios e as alternativas, respondi satisfatoriamente a todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu tudo que eu expliquei.

Assinatura e carimbo do médico:

Data:

/

Demarcação Da Lateralidade Cirúrgica



A demarcação da lateralidade na figura, deverá ser condizente com a demarcação no Paciente

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

1.3.5.12. Preparo para Realização de Exames Laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de Imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e Procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia)

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

O presente POP tem por objetivo principal manter os profissionais e os usuários informados acerca dos procedimentos que devem ser seguidos antes da realização de exames, a fim de garantir maior confiabilidade no resultado e segurança no paciente. A implementação deste POP será realizado pela equipe assistencial juntamente com o NEP de cada setor, a nível institucional.

2.Âmbito:

Este procedimento aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenha paciente internado e/ou procedimento cirúrgico e/ou em assistência e que estejam ou precisam ser submetidos a exames laboratoriais e/ou de imagem e ou procedimentos diagnósticos, em: Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, Ambulatório, SADT, UTI Adulto e demais áreas assistenciais.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Orientações específicas para cada exame.

4.Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

- Garantir a segurança do paciente na execução dos exames
- Prescrever medicação, quando necessário, de acordo com o POP;
- Avaliar paciente, quando necessário, de acordo com o POP;
- Participar de treinamentos institucionais

Enfermeiros:

- Supervisionar a atividade do técnico de enfermagem;
- Garantir a segurança do paciente na execução dos exames;
- Garantir que o paciente seguiu as orientações recebidas sobre cada exame;
- Realizar evolução de enfermagem, quando necessário, de acordo com o POP;
- Participar de treinamentos institucionais.

Técnico de Enfermagem:

- Garantir a segurança do paciente na execução dos exames;
- Garantir que o paciente seguiu as orientações recebidas sobre cada exame;
- Realizar anotação de enfermagem;
- Participar de treinamentos institucionais.

5. Atividades:

Preparo para Realização de Exames Laboratoriais

a) Análise de sangue

Para se preparar para exames de sangue, geralmente é necessário jejum de 8 a 12 horas (exceto água), evitar exercícios físicos intensos nas 24 horas anteriores, não consumir bebidas alcoólicas por alguns dias e informar ao laboratório sobre o uso de medicamentos. Cada tipo de exame pode ter especificações adicionais, portanto, siga sempre as orientações específicas do seu médico ou laboratório.

Orientações de preparo para exames laboratoriais

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE E FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Anti tireoglobulina (atg)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Marcador tumoral de cancer de mama (ca15-3)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
17-hidroxiprednenolona (17oh)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
5 alfa dehidrotestosterona (dht)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
A1 anti-tripsina fecal	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	-
Ácido fólico	Este exame não necessita de jejum.	-	Não ingerir medicamentos com folato imediatamente antes da coleta. Não ingerir suplementos com biotina 3 dias antes da coleta.	-
Ácido úrico	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Ácido úrico 24horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã, e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte coletar no frasco fornecido.	-	Informar o uso de medicamentos diuréticos e agentes anti-tumorais.	-
Ácido valpróico	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos utilizados nos últimos 7 dias.	-
Adenovírus	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alanina aminotransferase (tgp)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Albumina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	A recomendação é que a coleta seja realizada pela manhã, por causa das flutuações nos níveis de albumina ao longo do dia.

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Aldolase	Jejum de 4 horas.	Não realizar atividade física vigorosa 3 dias antes da coleta.	-	-
Alergeno rf14	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf24	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno ct17	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno e011	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno e1	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno eo51	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno ff340	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno i71	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno rd01	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rd02	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno rd201	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rd3	Este exame não necessita de jejum.	-	-	

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Alergeno rex1	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf01	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf02	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf03	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf04	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf13	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf153	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf26	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf75	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf76	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf77	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf78	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rf93	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rfx1	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Alergeno rfx2	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno rfx5	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rgx2	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno rhx2	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alergeno rmx1	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Alergeno rmx2	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alfa 1 glicoproteína a1gp	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Alfafetoproteína (afpt)	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos utilizados nos últimos 7 dias.	-
Amilase	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Androstenediona	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Anti-endomísio iga	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Anti-endomísio igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Anti-endomísio igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Anti cardiolipina iga	Este exame não necessita de jejum.	-	-	

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Anti cardiolipina igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Anti cardiolipina igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Anticoagulante lúpico	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos em uso; principalmente os anticoagulantes orais.	-
Anti hiv	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Anticorpos anti receptor tsh (trab)	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos em uso; especialmente hormônios tireoidianos.	-
Anti-estreptolisina (aslo)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Antígeno carcinoembrionario (cea)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Antígeno prostático específico livre (psal)	Este exame não necessita de jejum.	Não ter relações sexuais, ou ejaculação, nas 48 horas (2 dias) anteriores ao exame; não realizar exercício em bicicleta ou equitação 48 horas (2 dias) antes da coleta.	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE E FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Antígeno prostático específico total (psat)	Este exame não necessita de jejum.	Não ter relações sexuais, ou ejaculação, nas 48 horas (2 dias) anteriores ao exame; não realizar exercício em bicicleta ou equitação 48 horas (2 dias) antes da coleta.	-	-
Anti-tranglutaminase iga	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Aspartato aminotransferase (tgo)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Atpo (anticorpos anti tiroperoxidase)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Bilirrubinas totais e frações (btf)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Cálcio	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Cálcio iônico	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Cálcio urinário 24horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
	seguinte, coletar no frasco fornecido.			
Calprotectina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Carbamazepina	Este exame não necessita de jejum.	-	O paciente deve estar com a dosagem estável da medicação a pelo menos 2 dias. Informar a dosagem em uso utilizada.	-
Ceruloplasmina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Chagas	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Citomegalovirus igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Citomegalovirus igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Citrato urinário 24horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.	-	-	-
Clearence de creatinina	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina	-	-	informar peso, altura do paciente e a informação do

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
	da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.			volume urinário total das 24 horas.
Clostridium	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	-
Coagulograma	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos usados; principalmente uso de anticoagulantes orais.	-
Cobre	Este exame não necessita de jejum.	-	-	Informar sexo, idade e se a paciente está grávida ou em uso de anticoncepcional.
Colesterol - fração hdl	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas, ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos jejum de 8 a 12 horas.	-	-	-
Colesterol - fração ldl	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas, ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos jejum de 8 a 12 horas.	-	-	

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Colesterol - fração vldl	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas, ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos jejum de 8 a 12 horas.	-	-	-
Colesterol total	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas, ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos jejum de 8 a 12 horas.	-	-	Não ingerir bebidas alcoólicas 72 horas antes do exame
Complemento c3	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Complemento c4	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Complemento ch50	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Coombs direto	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Coombs indireto	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Coprocultura	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	
Coprofuncional	Não é necessário dieta nem jejum alimentar.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Cortisol urinário 24 horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.	-	-	-
Cultura para pesquisa de streptococcus beta hemolítico grupo b	Este exame não necessita de jejum.	-	-	Para coleta de secreção vaginal: não estar menstruada; evitar ducha; não usar cremes, talcos ou pomadas na região na véspera da coleta; três dias de abstinência sexual. Para coleta de secreção perianal e anal: não usar talcos ou pomadas no local 48 horas antes e não evacuar antes da coleta do exame.
Curva glicêmica	Jejum de 8 a 12 horas.	Não fazer esforço físico antes do exame (no mesmo dia do exame).	Não fazer uso de laxante na véspera do exame.	Exame não realizado em pacientes que tenham feito cirurgia bariátrica. Exame não realizado em pacientes com diagnóstico confirmado de diabetes mellitus. É de extrema necessidade que o paciente venha acompanhado para a realização deste exame, pois, podem ocorrer intercorrências como diarreia, vômito, tontura,

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
				fraqueza e lipotimia. Tendo em vista esses riscos, o paciente não será liberado sem a presença de um acompanhante pós-exame.
Creatinina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Creatinina urinária 24 horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.	-	-	
Creatinofosfoquinase (cpk)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Dhea	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Eletroforese de hemoglobina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Epstein baar virus igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Epstein baar virus igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Estradiol (e2)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Estriol (e3)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Exame protoparasitológico (ppf); fezes	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	
Fator anti nucleo (fan)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Fator v leiden	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Fenitoína	Este exame não necessita de jejum.	-	Estar com a dosagem da medicação há pelo menos 2 dias. Colher antes da próxima dose ou 12 horas após a última tomada. Coleta pode ser a qualquer momento se suspeita de intoxicação. Informar a dosagem em uso utilizada.	-
Fenobarbital	Este exame não necessita de jejum.	-	Colher antes de uma das tomadas do medicamento (2 h antes) ou conforme orientação médica. Informar a dosagem em uso utilizada.	-
Ferritina	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos utilizados nos últimos 7 dias.	-
Ferro	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Fibrinogênio	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos usados; principalmente uso de anticoagulantes orais.	-
Fosfatase alcalina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Fosforo (pho)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Gamaglutamil transferase (ggt)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Glicemia (glicose)	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas, ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos: jejum de 8 a 12 horas.	Não realizar esforço físico 12 horas antes da coleta.	-	-
Gonadotrofina coriônica humana (bhcg)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Gordura fecal	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	-
Hbc igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hbc igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hbea	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Hbeag	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Hbs	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hbsag	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hemoglobina glicada	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Hemograma	Este exame não necessita de jejum. Evitar dieta rica em gordura antes da coleta.	Não realizar exercício físico intenso antes da coleta.	-	-
Hepatite a	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hepatite b	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Hepatite c	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Herpes igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	
Herpes igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Homocisteína	Crianças abaixo de 1 ano: jejum de 3 horas ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 1 ano e adultos: jejum de 6 horas.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Hormônio do crescimento (gh)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hormônio foliculoestimulante (fsh)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Hormônio luteinizante (lh)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Htlv	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Imunoglobulina iga	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Imunoglobulina ige	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Imunoglobulina igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Imunoglobulina igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Índice de normatização randomizada (inr)	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos usados; principalmente uso de anticoagulantes orais.	-
Insulina	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum mínimo de 3 horas ou intervalo entre as mamadas no caso de bebês. Crianças acima de 4 anos e adultos: jejum	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
	mínimo de 8 horas e máximo de 12 horas.			
Lactatohidrogenase (ldh)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Latex	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Lipase	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Lítio	Este exame não necessita de jejum.	-	Estar há pelo menos 3 dias com a dosagem estável da medicação. Realizar a coleta antes da próxima dose do medicamento ou 12 horas após a ingestão da última dose. Informar a dosagem em uso utilizada. Após a coleta do exame, o cliente deverá permanecer 30 minutos de repouso.	--
Lúpico	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos em uso; principalmente os anticoagulantes orais	-
Magnésio	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Marcador tumoral (ca 72-4)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Marcador tumoral 19-9	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Micológico	Este exame não necessita de jejum. Para orientações sobre o preparo, entrar em contato com o laboratório e informar o material a ser coletado.	-	-	-
Marcador tumoral de ovário (ca 125)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Microalbuminúria 24horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.	-	-	-
Microalbuminúria isolada	Este exame não necessita de jejum. Coletar no local, realizar a higienização com gaze umedecida em clorexidina antes da coleta. Desprezar o primeiro jato, coletar o restante do material no frasco fornecido e fechar bem.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Mononucleose	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Oxalato 24 horas	urinário Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia seguinte, coletar no frasco fornecido.	-	-	Agentes interferentes: ingestão de ácido ascórbico, proteína animal, purinas, gelatina, cálcio, morangos, pimenta, tomates, ruibarbo, feijões, chás, chocolate, cacau, espinafre e acerola. Hábitos vegetarianos (a despeito do baixo consumo de proteína animal), má coleta da amostra.
Paratormônio (pth)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Peptídeo c	Jejum necessário de 8 horas. Para crianças, ficam estabelecidos os seguintes intervalos de jejum: menores de 1 ano: intervalo entre as mamadas (jejum de 3 horas) crianças de 1 a 4 anos: 6 horas de jejum crianças a partir de 5 anos: igual critério para adultos.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE E FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Pesquisa de sangue oculto	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Potássio (k)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Progesterona	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Prolactina	Este exame não necessita de jejum e precisa ser realizado 30 min de repouso anterior a coleta de sangue.	-	-	-
Proteína c	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Proteína c reativa (pcr)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Proteína ligadora de hormônios sexuais (shbg)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Proteína s	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Proteína total e frações	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Proteína urinária 24 horas	Este exame não necessita de jejum. Desprezar a primeira urina da manhã e a partir da segunda urina do dia até a primeira urina do dia	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
	seguinte, coletar no frasco fornecido.			
Reticulócitos	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Rotavírus	Não é necessário dieta, nem jejum alimentar.	-	-	-
Rúbeola igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Rúbeola igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Saturação de transferrina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Sdhea (sulfato de dehidroepiandrosterona)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Sistema abo/rh	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Sódio (na)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Somatomedina (igf1)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
T3	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
T3I	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
T4I	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Tempo de protrombina (tp)	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos usados; principalmente uso de anticoagulantes orais.	-
Tempo de tromboplastina parcialmente ativado (tapa)	Este exame não necessita de jejum.	-	Informar os medicamentos usados; principalmente uso de anticoagulantes orais.	-
Testes treponêmicos (ftabs)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Testosterona livre	crianças até 6 anos de idade: jejum de 3 horas. Crianças maiores de 6 anos e adultos: jejum de 8 horas. A coleta deve ser feita pela manhã.	-	-	-
Testosterona total	crianças até 6 anos de idade: jejum de 3 horas. Crianças maiores de 6 anos e adultos: jejum de 8 horas. A coleta deve ser feita pela manhã.	-	-	-
Tireoglobulina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Toxoplasmose igg	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Toxoplasmose igm	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Transferrina	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Triglicerídeos	Crianças até 3 anos e 11 meses: jejum de 3 horas ou intervalo entre as mamadas. Crianças acima de 4 anos e adultos: jejum de 8 a 12 horas			Não ingerir bebidas alcoólicas 72 horas antes do exame.
Tsh	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Uréia	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Urina tipo 1	Este exame não necessita de jejum. Coletar no local, realizar a higienização com gaze umedecida em clorexidina antes da coleta. Desprezar o primeiro jato, coletar o restante do material no frasco fornecido e fechar bem.	-	-	-
Velocidade de hemossedimentação (vhs)	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Vdrl para sífilis	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Vitamina b12	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-
Vitamina d3	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

EXAME	INFORMAÇÕES DE JEJUM	ATIVIDADE FÍSICA	RESTRIÇÃO DE MEDICAMENTO	INTERFERENTES
Zinco	Este exame não necessita de jejum.	-	-	-

b) Urina

Coleta de exame de urina

A maior parte dos exames de urina é feita em amostra isolada, ou seja, uma única amostra de urina é coletada em um único momento.

Os exames feitos em amostra isolada geralmente utilizam o primeiro jato de urina ou o jato médio:

Urina primeira jato

A urina de primeiro jato constitui a obtenção de amostra para análise proveniente do começo da micção.

Urina jato médio

A urina de jato médio constitui a amostra proveniente do meio da micção, ou seja, o primeiro jato é desprezado no vaso sanitário e o restante é coletado para análise.

Preparo e coleta

- Higiene:

Lave a área genital com água e sabão neutro antes da coleta.

- Jato de urina:

Comece a urinar no vaso sanitário, despreze o primeiro jato, e só então comece a coletar o jato intermediário no frasco.

- Recipiente:

Use o frasco fornecido pelo laboratório ou comprado em farmácia. Evite frascos reutilizados.

- Transporte:

Leve o recipiente ao laboratório o mais rápido possível, preferencialmente em até duas horas após a coleta e mantido em refrigeração, especialmente para exames de urocultura.

Cuidados adicionais

- Medicamentos:

Informe ao laboratório sobre qualquer medicamento ou suplemento que esteja usando, como antibióticos, diuréticos ou vitamina C, pois podem interferir no resultado.

- Atividades físicas:

Evite exercícios físicos intensos e o consumo de álcool no dia da coleta.

- Menstruação:

Mulheres devem evitar a coleta durante o período menstrual, pois o sangue pode alterar os resultados.

- Exames específicos:

O exame de urina de 24 horas tem um preparo diferente, que envolve a coleta de toda a urina durante esse período e armazenamento na geladeira. Se o exame for de urocultura, use um frasco estéril e mantenha-o em banho de gelo durante o transporte.

Exame de urina: restrições em Período Menstrual

Durante o período menstrual, pode haver restrição para a realização de alguns exames de urina, uma vez que a presença do sangue menstrual pode interferir na análise e nos resultados dos exames. Por esse motivo, é recomendado evitar a coleta de urina nesse período.

Para o preparo de um exame de urina, é essencial fazer uma higiene genital completa com água e sabão, desprezar o primeiro jato de urina e coletar o jato intermediário em um recipiente limpo, de preferência fornecido pelo laboratório. É importante evitar o consumo de álcool, exercícios físicos intensos no dia da coleta e não usar antibióticos ou outros medicamentos sem orientação médica, informando ao laboratório o uso de qualquer substância.

c) Fezes

Coprocultura

Preparo: a amostra deve ser coletada no início ou fase aguda da doença, quando os patógenos estão usualmente presentes em maior número e, preferencialmente, antes da antibioticoterapia.

Materiais necessários:

Frasco estéril;

Etiqueta de identificação;

Procedimento para coleta:

1. Em um recipiente de boca larga, limpo e estéril, coletar 0,5 a 2 gramas de fezes.

2. Se houver presença de sangue ou muco, esta deve ser a porção selecionada e colocar em um frasco identificado com o nome do paciente, data de nascimento, tipo de amostra, data e hora da coleta.

Conservação e transporte

Conservar em temperatura ambiente e encaminhar ao laboratório em até uma hora.

Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Condições para a coleta:

- Não há necessidade de dieta específica para a realização do teste, mas é recomendada uma alimentação rica em fibras para facilitar a evacuação;
- Pacientes constipados podem utilizar o laxante indicado ou supositório de glicerina;
- O cliente deve retirar no ambulatório os frascos adequados para a coleta do material e a folha de instruções. É obrigatório a apresentação do pedido médico na retirada dos frascos.

Interferentes

- A amostra não pode ser colhida durante o período menstrual ou quando houver sangramento de hemorróidas. Neste caso, o cliente deve aguardar no mínimo 48 horas após o sangramento ter cessado;
- Em caso de uso de contraste radiológico por via oral, é necessário aguardar 72 horas para a coleta;
- Em caso de preparo para exames radiológicos ou colonoscopia com laxantes ou enemas, aguardar pelo menos 72 horas para coleta de fezes.

Preparo para o parasitológico, simplificado, de fezes:

- Nas 72 horas que antecedem o exame, o paciente não pode utilizar contraste radiológico por via oral;
- Caso o cliente tenha realizado colonoscopia, a coleta de fezes deve ser realizada pelo menos 72 horas após o procedimento;
- Nas 48 horas que antecedem o exame, não devem ser utilizadas enzimas digestivas e laxantes;
- Para criança que usa fralda ou que apresenta quadro diarreico, as fezes têm de ser colhidas em saquinho coletor de urina, para evitar a absorção do material pela fralda, podendo ser mantidas e entregues nesse invólucro;
- A evacuação não pode ser induzida por laxante ou supositório;
- É necessário entregar o volume inteiro de uma evacuação para a análise deste exame;
- A amostra precisa ser colocada no frasco sem conservantes logo após a evacuação;
- O material não pode ser contaminado com urina nem com água do vaso sanitário;
- As fezes têm de ser entregues em até seis horas e mantidas refrigeradas;

- Mulheres não devem fazer a coleta durante a menstruação. Se isso não for possível, é preciso colocar tampão vaginal antes de evacuar.

Preparo para Realização de Imagem

a) Radiografia

Raio X de Trânsito Intestinal (abdominal total), Enema ou Clister Opaco, Coluna Lombar, Coluna Sacral e Abdome

- No dia do exame, alimentar-se apenas de chá, café, suco de frutas coado (evitar laranja e abacaxi), água e água de coco.
- Não ingerir alimentos gordurosos,
 - Às 19:00h iniciar jejum absoluto e ingerir 02 comprimidos de Bisacordil 5mg Comp. (DULCOLAX) (pacientes acima de 70 kg) ou 03 comprimidos de Bisacordil 5mg Comp. (DULCOLAX) (pacientes abaixo de 70 kg), e 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (LUFTAL).
 - No dia do exame continuar de jejum absoluto e ingerir mais 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (LUFTAL).

Esofagografia

- Jejum de 08 horas antecedentes ao exame

Urografia Excretora (Crianças maiores de 12 anos e Adultos)

- Tomar 03 comprimidos de CELESTAMINE (dexCLORFENIRAMina 2mg + Betametasona 0,25mg), sendo o primeiro nas 24 horas que antecedem ao exame, outro comprimido nas 12 horas antecedentes e o último 01 hora antes do exame.
- Tomar 02 comprimidos de Prednisona 20mg antes de dormir na véspera do exame e 02 comprimidos nas 02 horas que antecedem ao exame.
- Tomar 02 comprimidos de Dulcolax às 19:00 na véspera do exame.
- Tomar 40 gotas de Luftal de 06 em 06 horas começando nas 24 horas que antecedem ao exame.
- O paciente deve estar em jejum absoluto no dia do exame.
- Para pacientes sem condições orgânicas para receber medicação oral, aplicar 30 min antes do exame, via IM: hidrocortisona 500mg + AD e 1ml de Fenegan (Cloridrato de prometazina 50mg/2ml).
- Os pacientes que farão exames com contrastes iodados e fazem uso de medicamentos que contenham METFORMINA deverão suspender o medicamento 02 dias antes e dois dias depois do exame sendo que o paciente deve informar seu médico dessa suspensão

Urografia Excretora (Crianças de colo e em amamentação)

- Jejum absoluto de 04 horas antes de exame.

Urografia Excretora (Crianças menores de 05 anos)

- Tomar 6 gotas de dimeticona (Luftal, Flagass) de 6 em 6 horas a partir do café da manhã, navéspera do exame.
- Evitar alimentos gordurosos: Leite, café preto, doces, massas, feijão e verduras (folhas, brócolis, cebola, repolho e etc.).
- Alimentação leve com arroz, sopas coadas, purê de batata, mamão, caldo de carne, legumes cozidos, sucos de frutas coadas (evitar suco de laranja e abacaxi).
- Jejum alimentar absoluto após as 23:00h.
- Não ingerir líquidos após a meia-noite.
- No dia do exame continuar com jejum absoluto.
- Tomar 5ml de LORATADINA às 19:00 na véspera do exame, e mais 5ml - 2 horas antes do exame,
- Tomar PREDSIM (prednisolona) 3mg/ml de 12/12 horas sendo a dose equivalente ao peso da criança dividido por três, sendo 10ml a dose máxima.
- Em caso de dúvidas, procure o setor de Radiodiagnóstico e Imagem do Hospital Regional.

Urografia Excretora (Crianças de 05 a 12 anos)

- Tomar 12 gotas de Dimeticona (Luftal, Flagass) de 6 em 6 horas a partir do café da manhã.
- Tomar 01 comprimido de Dulcolax ao dormir.
- Evitar alimentos gordurosos: Leite, café preto, doces, massas, feijão e verduras (folhas, brócolis, cebola, repolho e etc.).
- Alimentação leve com arroz, sopas coadas, purê de batata, mamão, caldo de carne, legumes cozidos, sucos de frutas coadas (evitar suco de laranja e abacaxi).
- Jejum alimentar absoluto após as 23:00h.
- Não ingerir líquidos após a meia-noite.
- No dia do exame continuar com jejum absoluto.
- Tomar 5ml de LORATADINA 1mg/ml às 19:00 na véspera do exame, e mais 5ml - 2 horas antes do exame.
- Tomar PREDSIM (prednisolona) 3mg/ml de 12/12 horas sendo a dose equivalente ao peso da criança dividido por três, sendo 10ml a dose máxima.

- Em caso de dúvidas, procure o setor de Radiodiagnóstico e Imagem do Hospital Regional.

Clister Opaco (ou Enema Opaco) – Crianças de 0 a 5 anos

- Não deverá ser feito nenhum preparo.

Clister Opaco (ou Enema Opaco) – Crianças de 05 a 12 anos

- Tomar 12 gotas de dimeticona (Luftal, Flagass) de 6 em 6 horas a partir do café da manhã.
- Tomar 01 comprimido de Dulcolax ao dormir.
- Ingerir grande quantidade de líquido (água ou sucos de frutas coados).
- Evitar alimentos gordurosos: Leite, café preto, doces, massas, feijão e verduras (folhas, brócolis, cebola, repolho etc.).
- Alimentação leve com arroz, sopas coadas, purê de batata, mamão, caldo de carne, legumes cozidos, sucos de frutas coadas (evitar suco de laranja e abacaxi).
- Jejum absoluto para alimentos sólidos após 20 horas.
- Jejum absoluto para líquido após meia-noite.
- No dia do exame continuar com jejum absoluto.

Clister Opaco (ou Enema Opaco) – Adulto

- Tomar 02 comprimidos de dimeticona (Luftal, Flagass) de 6 em 6 horas a partir do café da manhã para pacientes externos e 40gts de 4 em 4h para pacientes internados.
- Tomar 02 comprimidos de Dulcolax às 20:00.
- Tomar 03 ou mais litros de água ou sucos de frutas coados.
- Evitar alimentos gordurosos: leite, café preto, doces, massas, feijão e verduras (folhas, brócolis, cebola, repolho e etc.).
- Alimentação leve com arroz, sopas coadas, purê de batata, mamão, caldo de carne, legumes cozidos, sucos de frutas coadas (evitar suco de laranja e abacaxi).
- Jantar às 20h e após, jejum absoluto para alimentos sólidos.
- Jejum absoluto para líquidos após a meia-noite.
- No dia do exame continuar com jejum absoluto.

b) Ultrassonografia

USG Pélvica

- Tomar seis copos de 200 ml de líquido, 03 horas antes do exame.
- Tomar 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (**LUFTAL**) de 06 em 06 horas,

iniciando 24 horas antes do exame até a sua realização.

USG Obstétrico Primeiro Trimestre por via Abdominal

- Tomar seis copos de 200 ml de líquido 03 horas antes do exame.
 - Tomar 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (**LUFTAL**) de 06 em 06 horas, iniciando 24 horas antes do exame até a sua realização.

USG Aparelho Urinário

- Tomar seis copos de 200 ml de líquido 03 horas antes do exame.
 - Tomar 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (**LUFTAL**) de 06 em 06 horas, iniciando 24 horas antes do exame até a sua realização.

USG Bolsa escrotal

- Aparar os pêlos da região pubiana e bolsa escrotal.
- Asseio e higiene nos genitais.

USG Abdome Total

- Jejum de 08 horas anterior ao exame, tomar dois comprimidos de Bisacodil 5mg Comp.(DULCOLAX) 12 horas antes do exame (para a limpeza intestinal).
- Tomar 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (**LUFTAL**) de 06 em 06 horas, iniciando 24 horas antes da realização do exame.
- Tomar 06 copos de água 02 horas antes do exame.

USG Abdome total pediátrico

- Indicação: avaliação de fígado, vesícula biliar, vias biliares, baço, rins e bexiga.
 - Preparo/Orientações: o crianças menores de 1(um) ano = jejum de 3 horas; o crianças de 1(um) a 4(quatro) anos = jejum de 4 horas; o crianças maiores de 5(cinco) anos = jejum de 8 horas; o levar mamadeira ou lanchinho para pós-exame.

USG Abdome superior pediátrico

- Indicação: avaliação de fígado, vesícula biliar, vias biliares e baço
 - Preparo/Orientações: o crianças menores de 1(um) ano = jejum de 3 horas; o crianças de 1(um) a 4(quatro) anos = jejum de 4 horas; o crianças maiores de 5(cinco) anos = jejum de 8 horas; o levar mamadeira ou lanchinho para pós-exame.

USG Abdome Superior, Transretal e Prostática

- Jejum de 08 horas antes do exame, tomar dois comprimidos de Bisacordil 5mg Comp. (DULCOLAX) 12 horas antes do exame (para a limpeza intestinal).
- Tomar 40 gotas de simeticona 75mg/ml frasco 10ml (**LUFTAL**) de 06 em 06 horas,

iniciando 24 horas antes da realização do exame.

USG Mamária

- Trazer últimos exames (ultrassonografia mamária e mamografia).
- Doppler de artéria renal, aorta, artérias ilíacas, veia porta, hepático e mesentérica*
- Jejum de oito horas anterior ao exame.
- Tomar dois comprimidos de dulcolax 12 horas antes do exame (para limpeza intestinal).
- Tomar 40 gotas de LUFTAL de 06 em 06 horas, iniciando 24 horas antes da realização do exame.
- Tomar 06 copos de água 02 horas antes do exame.

c) Tomografia

Tomografia com contraste em adultos

- O paciente deve estar em jejum de no mínimo 04 horas antes do exame (se o exame for a tardealmoçar (comida leve) às 10:00 da manhã e ficar em jejum até a hora do exame).
- Tomar 01 comprimido de CELESTAMINE (dexCLORFENIRAMina 2mg +Betamentasona 0,25mg) de 06 em 06 horas na véspera do exame, sendo que o último comprimido de ser tomado 01 hora antes do exame.
- Tomar 02 comprimidos de PREDNISONA 20mg antes de dormir e 02 comprimidos até 02 horas antes do exame.
- Os pacientes que farão exames com contrastes e fazem uso de medicamentos que contenham METFORMINA deverão suspender o medicamento 02 dias antes e dois dias depois do exame sendoque o paciente deve informar seu médico dessa suspensão.
- Para pacientes sem condições orgânicas para receber medicação oral, aplicar 30 min antes do exame, via IM: hidrocortisona 500mg + AD e 1ml de Fenegan (Cloridrato de prometazina 50mg/2ml).
- Pacientes acima de 60 anos e pacientes que apresentam complicações/doenças renais devem trazer exames de ureia e creatinina atualizados.

Observação: Apenas os exames de coluna, joelho, ombro e extremidades não utilizam contrastes durante sua realização, tornando desnecessário o preparo, salvo em casos oncológicos

Tomografia com contraste (0 a 2 anos de idade)

- O paciente deve estar em jejum de no mínimo 04 horas antes do exame (se o exame for a tarde almoçar (comida leve) às 10:00 da manhã e ficar em jejum até a hora do exame).
- Tomar 0,4 ml por quilo do peso da criança de Desloratadina xarope 0,5mg/ml de 6/6

horas e PREDSIM (prednisolona) 3mg/ml de 12/12 horas sendo a dose equivalente ao peso da criança dividido por três, sendo 5ml a dose máxima.

- Os pacientes que farão exames com contrastes e fazem uso de medicamentos que contenham METFORMINA deverão suspender o medicamento 02 dias antes e dois dias depois do exame sendo que o responsável pelo paciente deve informar seu médico dessa suspensão.
- Pacientes que apresentam complicações/doenças renais devem trazer exames de ureia e creatinina atualizados.

Em caso de dúvidas, procure o setor de Radiodiagnóstico e Imagem do Hospital Regional.

Observação: Apenas os exames de coluna, joelho, ombro e extremidades não utilizam contrastes durante sua realização, tornando desnecessário o preparo, salvo em casos oncológicos.

Tomografia sem contraste

- O paciente deve estar em jejum de no mínimo 04 horas antes do exame (se o exame for a tardealmoçar (comida leve) às 10:00h da manhã e ficar em jejum até a hora do exame).

Tomografia com duplo contraste em pacientes internados (Transito intestinal)

- O paciente deve estar em jejum de no mínimo 08 horas antes do exame (se o exame for a tardealmoçar (comida leve) às 10:00 da manhã e ficar em jejum até a hora do exame).
- Tomar 01 comprimido de CELESTAMINE(dexCLORFENIRAMina 2mg +Betamentasona 0,25mg) de 06 em 06 horas na véspera do exame, sendo que o último comprimido de ser tomado 01 hora antes do exame.
- Tomar 02 comprimidos de PREDNISONA 20mg antes de dormir e 02 comprimidos até 02 horas antes do exame.
- Os pacientes que farão exames com contrastes iodados e fazem uso de medicamentos que contenham METFORMINA deverão suspender o medicamento 02 dias antes e dois dias depois do exame sendo que o paciente deve informar seu médico dessa suspensão.
- Para pacientes sem condições orgânicas para receber medicação oral, aplicar 30 min antes do exame, via IM: hidrocortisona 500mg + AD e 1ml de Fenegan (Cloridrato de prometazina 50mg/2ml).
- 6h antes do exame diluir em uma jarra , 200ml de contraste iodado mais 300ml de água potável e ingerir de 15 em 15 minutos.

- Pacientes acima de 60 anos e pacientes que apresentam complicações/doenças renais devem trazer exames de ureia e creatinina atualizados.

Preparo para Realização

a) Endoscopias

Endoscopia digestiva alta

A endoscopia digestiva alta é um exame que pode detectar doenças do aparelho digestivo alto (boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, duodeno e piloro). Este exame consiste na visualização direta dos órgãos e regiões descritas constatando-se desta maneira eventuais alterações que serão descritas e encaminhadas ao médico solicitante para que seja realizado o tratamento adequado. Em situações indicadas podem ser realizadas biopsias para complemento diagnóstico.

Riscos da endoscopia digestiva alta

As complicações são raras e incluem:

Aquelas decorrentes da medicação:

- Depressão respiratória;
- Sedação excessiva mesmo com dose usual;
- Reações alérgicas;
- Flebite ou irritação no local da punção ou no vaso utilizado;
- Arritmias cardíacas.

Complicações do procedimento propriamente dito, tais como:

- Laceração da mucosa;
- Perfurações;
- Sangramento;
- Distensão abdominal.

Indicação médica para o exame de endoscopia digestiva alta

Está indicada para a investigação diagnóstica dos seguintes sintomas, relacionados com a porção inicial do aparelho digestivo tais como:

- Azia;
- Enfartamento;

- Dores de estômago
- Perda de peso;
- Anemia;
- Hemorragias.

Pré-exame

Orientações obrigatórias aos pacientes contempladas na marcação da regulação

- Todos os pacientes deverão fazer a última refeição na véspera do exame até as 22h;
- No dia do exame não deverá ser ingerido nenhum tipo de líquido antes da sua realização;
- Não ingerir antiácido ou leite na véspera do exame ou durante o preparo;
- Todo paciente deverá vir acompanhado ao Setor de Radiodiagnóstico por apenas um acompanhante maior de 18anos e/ou responsável legal, sem o acompanhante o exame será cancelado;
- Se diabético não fazer uso de insulina ou de medicação para controle da glicemia;
- Se fizer uso de medicações anticoagulantes de AAS, suspender por 5 dias antes do procedimento;
- Se fizer uso de Ticlopidina (Triclid) ou Clopidogrel (Plavix), suspender por 7 dias;
- Seus pertences devem ser entregues ao seu acompanhante como: joias, bolsas e próteses dentárias;
- Levar medicação de uso contínuo pra ser tomada após o procedimento e/ou quando autorizado pelo médico;
- Todo paciente deverá comparecer ao setor de Radiodiagnóstico 30min antes do horário marcado para realização de cadastro no sistema pela recepção com os seguintes documentos: RG, Cartão SUS, Solicitação médica, Chave/Código da Central de Regulação;
- O paciente não deve estar dirigindo automóvel ou estar de motocicleta no dia do exame, devido à sedação realizada durante o procedimento.

Pré - procedimento:

O pré - procedimento deverá ser realizado conforme– Meta 4 – Garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia no paciente correto.

Orientações pós – exame/alta:

- Ficar de repouso no setor até alta médica;
- Deixar o setor de Imagem apenas acompanhado;
- Após a cessação do efeito da anestesia na garganta (cerca de 30 minutos após o término do exame), pode-se ingerir alimentos leves e mornos;
- Devido ao uso de sedativo na realização dos exames, não é possível dirigir automóvel ou outros veículos durante todo o dia após a realização da endoscopia;
- Durante um período de aproximadamente oito horas após o exame, não realizar tarefas que necessitem de atenção, tais como mexer com máquinas e objetos cortantes;
- Recomenda-se que o indivíduo faça repouso no restante do dia, alimentando-se com dieta leve e evitando bebidas alcoólicas.
- A medicação usada na sedação pode ocasionar um período curto de amnésia.
- Quando são realizadas biópsias durante a endoscopia, existe a possibilidade de sentir um leve desconforto, que, contudo, é passageiro.
- Após ALTA HOSPITALAR, caso apresente sinais e sintomas adversos inerentes ao exame realizado, deverá retornar ao pronto socorro da unidade hospitalar.

- Citologia

Para o preparo da citologia (Papanicolau) e colposcopia, não menstruada, evite relações sexuais, duchas vaginais e o uso de cremes ou medicamentos vaginais por pelo menos 48 a 72 horas antes do exame. Informe o médico sobre o uso de anticoagulantes, pois a interrupção do uso pode ser necessária.

Evite estas práticas nas 48 a 72 horas antes do exame:

- **Relações sexuais:** Mesmo com preservativo, o ato sexual pode interferir nos resultados.
- **Duchas vaginais:** Lave a vagina com água ou outros produtos.
- **Uso de medicamentos vaginais:** Pomadas, cremes, óvulos, supositórios ou anticoncepcionais locais são proibidos.
- **Objetos introduzidos na vagina:** Absorventes internos também devem ser evitados.
- **Exames ginecológicos:** Evite toque, ultrassonografia transvaginal e ressonância magnética da pelve.

- Outras orientações importantes:

- **Não estar menstruada:**

A menstruação pode dificultar a visualização do colo do útero e a análise do material, embora o médico possa indicar o contrário.

- **Anticoagulantes:**

Se estiver usando medicamentos para afinar o sangue, como anticoagulantes, informe seu médico, pois pode ser necessário interromper o uso para evitar sangramentos, especialmente se uma biópsia for realizada.

- **Exames anteriores:**

Leve exames ginecológicos anteriores que você já tenha feito.

- **Depilação:**

Se for fazer o exame, evite depilações (cera ou lâmina) próximo à data do exame, pelo menos nas 72 horas antes, para não irritar a região.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Preparo para realização de exames laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia).	Diretoria Técnica, Assistencial, Diretor Administrativo, Gerente Administrativo, Gestor do setor de Imagem, Laboratório e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	6° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	6° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	6° mês
Implementar procedimento operacional padrão do Preparo para realização de exames laboratoriais (análise de sangue, urina e fezes), de imagem (radiografia, ultrassonografia e tomografia) e procedimentos diagnósticos (endoscopias / citologia).	Gestor Assistencial, Médico	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	7° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	7° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos e SCIH	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	8° mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

BARBOZA, M. S. et al. Measurement of intestinal permeability using mannitol and lactulose in children with diarrheal diseases. Braz J Med Biol Res, Ribeirão Preto, v. 32, n. 12, p. 1499–1504, 1999. BATISTA, B.L.; RODRIGUES, J.L.; NUNES, J.A.; DE OLIVEIRA, SOUZA V.C.; BARBOSA F. Exploiting dynamic reaction cell inductively coupled plasma mass spectrometry (DRC-ICP-MS) for sequential determination of trace elements in blood using a dilute-and-shoot procedure. Anal Chim Acta, Netherlands, v. 639, n. 1–2, n. 13– 8, 2009. CHENG, M.L.; et al. Metabolic disturbances identified in plasma are associated with outcomes in patients with heart failure: diagnostic and prognostic value of metabolomics. J Am Coll Cardiol, Washington, v. 65, n. 15, p.

1509-20, 2015. GONZÁLEZ-DOMÍNGUEZ, R; CASTILLA-QUINTERO, R; GARCÍA-BARRERA, T; GÓMEZARIZA, J.L. Development of a metabolomic approach based on urine samples and direct infusion mass spectrometry. *Anal Biochem*, Netherlands, v. 465, p. 20- 7, 2014. ORTEGA, R. M.; et al. Vitamin A status during the third trimester of pregnancy in Spanish women: Influence on concentrations of vitamin A in breast milk. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 66, n. 3, p. 564–568, 1997.

1.3.5.13. Segurança do Paciente na UTI Adulto

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Este procedimento operacional padrão tem o objetivo de garantir a redução da ocorrência de eventos adversos e incidentes que possam prejudicar a saúde e o bem-estar do paciente internado no ambiente da unidade de terapia intensiva adulto, promovendo um cuidado mais seguro e qualificado. Para isso, o documento traz as ações práticas em diversas áreas, como a correta identificação do paciente, a higienização das mãos e a prevenção de quedas, visando minimizar riscos e melhorar continuamente os processos de assistência, ações essas que serão executadas por toda equipe assistencial e administrativa/apoio.

2.Âmbito:

No âmbito da UTI Adulto da unidade hospitalar.

3.RecursoS físicos e materiais necessários

- materiais e insumos descritos no POP

4.Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- Realizar as prescrições conforme procedimento operacional padrão padronizado
- Garantir as execuções das boas práticas dentro do setor crítico
- Participar dos treinamentos ofertados pela instituição

Enfermeiro

- Supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica de enfermagem
- Garantir as execuções das boas práticas dentro do setor crítico detalhadas neste POP
- Participar dos treinamentos ofertados pela instituição
- Promover melhoria continua dentro do setor

Técnico de Enfermagem

- Garantir as execuções das boas práticas dentro do setor crítico detalhadas neste POP
- Participar dos treinamentos ofertados pela instituição

Equipe Multidisciplinar

- Garantir as execuções das boas práticas dentro do setor crítico detalhadas neste POP
- Participar dos treinamentos ofertados pela instituição

5. Atividades:

A redução de riscos em relação à segurança do paciente consiste em um dos maiores desafios para os gestores dos hospitais, visto que esse fator contribui para o aumento dos custos, prolonga a internação, causa danos de intensidade variável e até mesmo a morte do paciente. Portanto, é importante a detecção precoce dessas falhas e planejar medidas que propiciam à prevenção. Esse cenário constitui uma preocupação na área da saúde, pois é um fator contribuinte a essa causa é o avanço tecnológico na medicina, devido a maior realização de procedimentos para diagnóstico e terapêuticos (SANTOS et al., 2018).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do paciente consiste em minimizar o risco de dano relacionado ao cuidado de saúde, ou seja, redução do risco de danos desnecessários. Nesse sentido, é importante definir alguns termos para melhor compreensão como o dano é caracterizado pela ocorrência de um comprometimento da estrutura ou função do corpo. O incidente é que poderia resultar em um dano desnecessário, em contrapartida, o evento adverso é considerado um incidente que causa danos ao paciente (BRASIL, 2014).

A resolução da diretoria colegiada – RDC nº 36, de 25 julho de 2013 aborda sobre as ações de segurança do paciente, com o objetivo de promover promoção e qualidade dos serviços prestados independentemente do tipo de instituição. Dentre essa resolução, destacam - se o desenvolvimento e efetivação do núcleo de segurança do paciente (NSP) que visa desenvolver ações voltadas para o paciente e engloba, nesse contexto, o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) que retrata como atividades: identificação do paciente, higienização das mãos, segurança cirúrgica, segurança na prescrição e na administração de medicamentos, sangue, hemoderivados e terapias nutricionais enteral e parenteral, prevenção de quedas, úlcera por pressão, controle de eventos, adicionando as infecções associadas a assistência de saúde (BRASIL, 2013a).

Diante disso, para garantir a segurança do paciente no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva Adulto, minimamente, precisa-se ter elaborado, implantado, sedimentado e gerenciado os: Protocolo de Identificação Segura do Paciente da UTI Adulto

Protocolo de Comunicação Efetiva

Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

Protocolo de Cirurgia Segura

Protocolo de Higienização das Mãos

Protocolo de Prevenção de Quedas e Lesão por Pressão

Protocolo de Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea ao Uso de Cateter Central

Protocolo de Prevenção de Infecção do trato Urinário, relacionado ao Uso de Cateter Vesical de Demora

Protocolo de Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica

Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico

Protocolos dos Riscos Assistenciais (Broncoaspiração, Flebite)

1. Protocolo de identificação do paciente na UTI Adulto

A identificação correta do paciente está prevista na RDC ANVISA nº 36 de julho de 2013, que instituiu ações para promover a segurança do paciente em serviços de saúde. Tal protocolo tem a finalidade de garantir a correta identificação de cem por cento dos pacientes internados na UTI Adulto e a corresponsabilização de todos os agentes envolvidos, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes, assegurando que o cuidado seja prestado à pessoa para qual se destina em todo o processo assistencial.

Recursos físicos e materiais:

Características da pulseira de identificação

- A pulseira de identificação deverá ser na cor branca, com identificadores na cor preta, letra legível, impressão durável, impermeável, segura, inviolável, de material que não se desgaste facilmente quando exposto à água, sabão, álcool, hemocomponentes, fluidos corporais e a qualquer outro líquido ou preparação.
- A pulseira deverá ser confortável, sem cantos, contornos e bordas que possam irritar ou friccionar a pele, não alergênica e fácil de limpar.
- Deve haver espaço suficiente para incluir nomes longos, nome múltiplos e hifenizados.
- Os identificadores devem ter estilo da fonte de fácil leitura, evitando itálico, fonte ornados e simulando manuscrito. O tamanho da fonte deve ser de no mínimo entre 12 e 14 pontos.

Identificadores obrigatórios nas pulseiras e etiquetas

Os identificadores padronizados como obrigatórios para pacientes atendidos no Hospital são de *quatro marcadores de identificação*:

1. Nome completo, sem abreviações.
2. Data do nascimento, no formato curto – exemplo: DD/MM/AAAA.
3. Nome completo da mãe.
4. Número do prontuário do paciente.

Exemplo:

		Nome Completo:			
		Data de nascimento:			
		Nome da mãe:			
		Prontuário:			

Local para colocação da pulseira adulto

A pulseira de identificação deverá ser colocada, preferencialmente, no pulso direito. Caso não seja possível a instalação neste membro, será obedecida a seguinte ordem:

- Pulso esquerdo;
- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo;

Na impossibilidade de colocação nos membros, deverá ser fixada etiqueta de identificação no tórax do paciente.

Pulseira ilegível ou danificada

- Caso esteja ilegível ou danificada, a pulseira deverá ser trocada, imediatamente, pelo enfermeiro responsável pela assistência ao paciente, o mesmo poderá delegar a troca da pulseira a outro membro da equipe de Enfermagem, porém sob sua supervisão.
- Caso o profissional que identificou a ilegibilidade ou defeito na pulseira não seja enfermeiro (a), o mesmo providenciará a substituição, acionando a Recepção. A equipe que estiver no plantão é responsável pela substituição da pulseira.
- Todos os profissionais que prestam assistência direta ou indireta aos pacientes do Hospital têm obrigação quanto a identificação segura dos nossos usuários, portanto, têm o dever de comunicar ao enfermeiro do plantão para a troca da pulseira ilegível e/ou danificada, assim que identificado.

Remoção da pulseira

- A pulseira deverá permanecer por todo período que os pacientes permanecerem no Hospital. Só será removida em caso de alta hospitalar.
- O controlador de acesso da portaria, após confirmação, através de documentos que comprovem a alta hospitalar, irá remover a pulseira e desfigurá-la (cortar em pedaços pequenos);
- Não se deve retirar a pulseira do paciente ainda na enfermaria
- No momento da transferência externa hospitalar, a pulseira não deverá ser retirada.

Identificação do corpo pós-morte

- A identificação do corpo pós-morte deverá seguir o padrão de identificação do paciente preconizado pelo hospital (nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe e n° do prontuário). O corpo deverá ser identificado com duas placas padronizadas para o óbito. A primeira placa deverá ser afixada na pele do paciente, na região do tórax, e a segunda, externamente na embalagem, na parte superior do tórax. A placa de identificação do óbito encontra-se disponível no Interact.

Identificação de material de laboratório e análise patológica

- As etiquetas utilizadas para identificar os tubos de amostras sanguíneas e não sanguíneas coletadas pelo Laboratório, bem como os resultados dos exames, devem conter os quatro identificadores. Mais identificadores poderão ser utilizados de acordo com as rotinas do setor e necessidade da identificação da amostra (exemplo: número da ficha).
- Nos casos de peças para biópsia, além dos identificadores padronizados, serão necessárias as seguintes informações: tipo de peça, solução conservante, data e hora do procedimento. Outros dados poderão ser acrescentados de acordo com o tipo de amostra e rotina do laboratório de análise patológica.
- A identificação das amostras deverá sempre estar fixada no corpo dos tubos e frascos, nunca na embalagem plástica ou tampa.

Identificação de pacientes com o uso de placas no leito

- As placas no leito serão impressas pelo auxiliar administrativo da Recepção no ato da internação do paciente na recepção, através do sistema eletrônico, e anexá-la ao prontuário do paciente.
- A placa deverá ser impressa em tamanho A4 e em formato paisagem.
- A placa de identificação deverá ser afixada, preferencialmente, acima da cabeceira do leito em quadro aviso ou acetato, devendo ser substituída sempre que necessário, a

exemplo da inserção de novas informações e retirada em caso de transferência ou alta dos pacientes. Na Terapia Renal Substitutiva a placa de Identificação é colocada próxima a máquina de diálise e contém informações diferenciadas como peso e dados da diálise.

Indicadores de Monitoramento na UTI Adulto

- Mecanismos de monitoramento e auditorias rotineiras devem ser realizados no setor da Uti Adulto para verificar o cumprimento deste protocolo e garantir a correta identificação de todos os pacientes em todos os cuidados prestados. Devem-se monitorar, minimamente, os seguintes indicadores:

- ✓ Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente.
- ✓ Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na instituição.

Identificação dos Riscos Assistenciais na UTI Adulto

- Os riscos assistenciais deverão ser sinalizados, para pacientes internados na UTI Adulto, na placa de identificação do leito. Esta sinalização deve ocorrer de forma manual, após avaliação específica de cada risco, seguindo o protocolo específico. Devem estar sinalizados, minimamente, os riscos de alergia, flebite, lesão por pressão, queda, broncoaspiração.

2. Protocolo de Comunicação Efetiva na UTI Adulto

Objetivo

Auxiliar os profissionais que compõem o setor da UTI Adulto a reconhecer os momentos críticos existentes na comunicação entre as equipes de saúde, sistematizar as ações para melhoria dos processos comunicacionais entre os profissionais, aprimorando a comunicação institucional entre os setores, dos profissionais com os pacientes e familiares, entre os processos internos e entre outros serviços de saúde.

Sequência Operacional da Rotina:

- Registrar em prontuário, assim que possível, as informações transmitidas verbalmente;
- Adotar relatórios escritos, passagem de plantão beira do leito e/ou relatórios de troca de turnos, a fim de disseminar informações sobre os pacientes entre os profissionais da equipe e evitar a ocorrência de eventos adversos;
- Utilizar quadros e/ou painéis nas unidades com informações sobre pacientes críticos;
- Respeitar os horários padronizados para as passagens de plantão;

- Promover feedback (retorno construtivo) e readback (Ler de volta, repetir ordem verbal) em casos de dúvidas de correntes da falta de clareza na comunicação.
- Viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente;

Fatores pré-disponentes para erros de comunicação:

- Comunicação incompleta e ambígua;
- Displícência no momento de comunicar e ouvir;
- Sobrecarga de trabalho, fadiga, estresse;
- Ambiente com poluição sonora;
- Estrutura hierárquica.

Na UTI Adulto a comunicação ocorrerá através:

- Comunicação verbal;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Prontuário;
- E-mail;
- Comunicados internos.
- A presença de intérprete nos casos de paciente indígena.
- Fomentar e promover processos de Educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas;

Características Essenciais para a Comunicação Efetiva entre os Profissionais dentro da UTI Adulto:

- Clareza;
- Precisão;
- Objetividade;
- Informações completas;
- Informações sem ambiguidade;
- Comunicação em alça fechada.

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade (*readback* ou comunicação em alça fechada).

A Transmissão de Informações nas Unidades deve ser Realizada na Forma:

- A passagem de plantão presencial e *a beira leito* (setores fechados) e padronizada a cada troca de turno para todas as categorias de profissionais.
- Entre horário/plantão: Nome do cliente, diagnóstico médico, estado geral, nível de consciência, dispositivos em uso, exames realizados durante as últimas 24 horas, intercorrências e mudanças no quadro de saúde, pendências para os próximos plantões, novas condutas adotadas, início de novas drogas e mudanças na infusão/concentração, troca de local dos acessos (sugerimos substituir pela palavra “intravenosos”) venoso periférico, integridade da pele, etc..
- Visitas multidisciplinares com o envolvimento da equipe (Núcleos, Coordenadores, supervisores, por áreas entre outros) e, quando possível, do paciente e/ou familiares;
- Discussões multidisciplinares para construção de plano de ação pós-evento adverso grave;
- Rondas em setores envolvendo toda a equipe multiprofissional, núcleo de segurança do paciente a gestão;
- Sempre confirmar as informações recebidas, repetindo-as para o locutor, com a finalidade de conferir se elas foram compreendidas corretamente;
- Toda anotação deve ser escrita, de forma clara, objetiva, contendo as informações necessárias com relação aos procedimentos e atitudes tomadas e descrever (o que foi feito, o porquê da sua não realização e a data).

Orientações para a comunicação segura na passagem de plantão entre profissionais no setor da UTI Adulto:

- As passagens de plantão devem ser realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e com reduzida interrupção, permitindo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas;
- O profissional que receberá o plantão seja pontual (se possível chegar 10 min de antecedência);
- Utilizar nomenclatura adequada, com linguagem clara, direta e objetiva;
- Concentrar-se para receber as informações fornecidas;
- Ser cauteloso ao expor situações particulares do cliente que exigem sigilo profissional.

O Que Comunicar?	Como Comunicar?	Quem?	Quais Ferramentas?
Acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse do setor da UTI Adulto, que aconteceram durante o período trabalhado	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso	Todas as categorias	Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência, Método SBAR

Nota

A passagem de plantão deverá ser realizada prioritariamente entre os membros da mesma categoria, ou seja, médico para médico, enfermeiro para enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem para técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico para farmacêutico, fisioterapeuta para fisioterapeuta e assim sucessivamente.

A passagem de plantão deverá ocorrer na entrega ou na troca de turno de trabalho (diurno para noturno e noturno para diurno).

A Técnica SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Na técnica SBAR, situação (situation) corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação; avaliação (assessment), à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação (recommendation) à Ação necessária/ recomendada (REBRAENSP, 2013).

Estado clínico do paciente e evolução	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado clínico do paciente e como evoluiu durante o plantão	Médico/ Enfermeiro / Técnico de Enfermagem/ Equipe Multiprofissional	Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência, método SBAR
Medicamentos de alta vigilância e reações adversas	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso os medicamentos que o paciente utilizou durante o turno, se apresentou reação adversa.	Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ farmacêutico/ Técnico de farmácia	Comunicação verbal, prontuário, formulário específico, livro de ocorrência, método SBAR

Nota

Informações sobre alergias deverão ser registradas em prontuário, registradas na prescrição e repassadas a cada troca de plantão para evitar eventos adversos.

As suspeitas de reações adversas deverão ser notificadas ao NQSP.

O Que Comunicar?	Como Comunicar?	Quem?	Quais Ferramentas?
Aspectos nutricionais	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso o estado nutricional e aspectos da terapia nutricional. Garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente;	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem/ Nutricionista, Intérprete	Comunicação verbal, prontuário, Formulário específico
Condutas adotada e cuidados específicos (precauções, dispositivos invasivos)	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as condutas adotadas e cuidados específicos	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Prontuário
Exame laboratoriais alterado e condutas efetuadas	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto aos exames laboratoriais alterados e condutas adotadas	Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Comunicação verbal, prontuário, exames
Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto aos procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos	Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban
Cirurgias agendadas e o seu preparo	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto a cirurgia agendada e o seu preparo	Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban.
Presença de acompanhantes	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto a presença e a necessidade de acompanhante	Médico/Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Formulário específico

Intercorrências e ou pendências clínicas	Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso quanto as intercorrências e ou pendências clínicas	Médico/ Enfermeiro/ técnico de Enfermagem	Formulário específico, livro de ocorrência, quadro de avisos, Kanban.

Comunicação na transição do cuidado

- O termo transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais (COLEMAN, 2003 e WHO, 2016). Na transição do cuidado do paciente do Hospital as informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida. São exemplos de estrutura de perguntas abertas: Você pode repetir as pendências na assistência para paciente M.J.A?

Existem três formas de transição do cuidado do paciente:

- Na transferência intra-hospitalar;
- Na transferência inter-hospitalar;
- Na passagem de plantão;
- As transferências intra-hospitalar e inter-hospitalar podem ser temporárias ou definitivas;
- A transição do cuidado intra-hospitalar é a transferência entre unidades da mesma instituição. É considerada temporária quando o paciente é transferido para a realização de um procedimento e retorna para a unidade de origem, e definitiva quando não retorna.

Os quadros abaixo especificam como a comunicação deverá acontecer e as ferramentas a serem utilizadas em cada modalidade, ou seja, são orientações para a comunicação segura na transferência intra-hospitalar e ou interhospitalar temporária.

O Que Comunicar?	Como Comunicar?	Quem?	Quais Ferramentas?
A transferência temporária (exame, cirurgia...)	Ligar para o setor que receberá o paciente confirmando horários de procedimentos e preparos necessários	Médico/Enfermeiro	Telefone
Nota1– Em caso de cirurgias eletivas: a primeira paciente segue conforme o mapa cirúrgico, as seguintes são solicitadas pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem ou assistente administrativo (confirmar se o assistente adm se enquadra nesse processo?) do centro cirúrgico. Nota2– Em caso de cirurgias de urgência: o enfermeiro ou médico das unidades comunica ao centro cirúrgico a necessidade de uma sala de cirurgia. Nota3– Em caso de atrasos ou suspensão de procedimentos o enfermeiro entrará em contato com a unidade de origem para comunicar o ocorrido. O enfermeiro ou médico da unidade onde a paciente se encontra comunica ao paciente/acompanhante/familiar o ocorrido.			
O motivo da transferência	Informar ao paciente e ao acompanhante/familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer	Médico/Enfermeiro	Comunicação verbal e prontuário
Nota–A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição. Nota–O profissional que acompanhar o paciente para exames (sugerimos retirada) deverá permanecer com o mesmo até o término do procedimento e consequente retorno a unidade de origem, realizando o recebimento e passagem das informações sobre o paciente nos momentos da transição do cuidado.			
A história e evolução do paciente registrada sem Prontuário	A saída do prontuário para outra instituição não é permitida. Documentos que devem seguir com o paciente, dentro da necessidade, são: guia de referência/ AIH/ APAC, cópia de exames que possam contribuir para o procedimento/	Médico/Enfermeiro/Técnico de enfermagem	Prontuário completo (24h), Formulário Transição de Cuidados (SBAR)

	avaliação e a evolução médica do dia e prescrição do dia		
Nota –Todos os pacientes devem ser transferidos entre setores do hospital acompanhados do prontuário e profissional de saúde.			
Que Comunicar?	Como Comunicar?	Quem?	Quais Ferramentas?
Medicamentos em uso pelo paciente	Planejar a transferência temporária separando os medicamentos prescritos nas doses previstas para o período de tempo em que o paciente estará em trânsito para a realização do /procedimento e materiais necessários	Farmacêutico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem	Prescrição válida para o dia

–Os medicamentos deverão ser transportados, juntamente com o material e equipamentos necessários para o rimento integral da prescrição.

Nota2–Os medicamentos termolábeis deverão ser transportados, em uma caixa térmica com bateria e controle de temperatura, para preservar suas características para uso.

Resultados esperados e indicadores

- Notificar os eventos adversos relacionados à falhas na comunicação entre os profissionais de saúde ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP).
- Indicador: “Taxa de não conformidade dos registros em prontuário analisados” acompanhado mensalmente pela comissão de revisão de prontuários.

3. PROTOCOLO IMPLANTADO PARA SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Esta parte do protocolo tem por objetivo propor práticas para prevenir o erro de prescrição, que é o tipo de erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto da sua redação como do processo de decisão terapêutica ou da falta de

prescrição de um medicamento que seria necessário, conforme as condições clínicas do paciente, assim garantindo maior segurança ao paciente na UTI Adulto.

Definições

- **Uso seguro de medicamentos:** inexistência de injúria accidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.
- **Erro de medicação:** é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o mesmo encontra-se sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. Os erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.
- **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. O erro de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária. Um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contraindicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos.
- **Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial. Inclui também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação.
- **Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração dos medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias do hospital ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos do hospital.

Boas práticas

Práticas seguras para a prescrição

a) Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- ✓ Nome completo do paciente;
- ✓ Nome da mãe;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Número do prontuário;
- ✓ Alergias.

A identificação do paciente na prescrição hospitalar de usuários internados deve ser realizada via sistema ou, em caso de contingência, manualmente e legível em formulário institucional, contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- ✓ Nome completo do paciente;
- ✓ Nome da mãe;
- ✓ Data de nascimento;
- ✓ Número do prontuário;
- ✓ Especialidade;
- ✓ Unidade de internação e leito hospitalar;
- ✓ Alergias.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar indispensavelmente os 4 descritores de identificação (Nome completo do paciente, Data de nascimento, Número do prontuário e Nome da mãe), de acordo com o Protocolo de Identificação Segura. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde. Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) deve-se adotar: “Suposto...”, acrescido minimamente do número de prontuário.

b) Identificação do prescritor na prescrição

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro deverá ser via sistema (ou manual e legível em formulário institucional, em caso de queda do sistema), com a utilização de carimbo

contendo os elementos de identificação. A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

c) Identificação da instituição na prescrição

A prescrição ambulatorial ou de internação hospitalar, além dos 4 descritores de identificação obrigatórios de identificação do paciente, deve conter também o símbolo do sistema único de saúde (SUS) e a identificação completa do estabelecimento de saúde para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

d) Identificação da data de prescrição

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo médico prescritor. A prescrição de internação hospitalar tem validade de 24 horas, configurada no sistema, sendo necessária avaliação médica diária e nova prescrição a cada dia. A data na prescrição é imprescindível para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição. A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

e) Legibilidade

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre o prescritor e o paciente e entre o prescritor e os demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, da troca de medicamentos com nomes parecidos. Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais. Serão utilizadas prescrições eletrônicas (via sistema) como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. O uso de impressão frente e verso para a prescrição não será utilizado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição). A prescrição manual carbonada em formulário institucional, com o preenchimento de todos os campos e o máximo de legibilidade será utilizada como plano de contingência, sendo destinada uma via à Farmácia e a outra à Enfermagem (que ao fim das checagens, será encaminhada ao prontuário do paciente).

f) Uso de abreviaturas

Para promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde, a prescrição médica não deve conter abreviatura de “unidades” (U) e “unidades internacionais” (UI), utilização

de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO_4 e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros). As abreviaturas “U” e “UI” significando “unidades” e “unidades internacionais”, respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas “U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

g) Denominação dos medicamentos

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a Denominação Comum Brasileira e, em sua ausência, a Denominação Comum Internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a Denominação Botânica, acrescida da parte da planta utilizada. A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamentos durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

h) Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso comum na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes: DOPamina e DOBUtamina; ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA; VimBLASTina e VinCRISTina. Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e/ou do Núcleo de Segurança do Paciente do estabelecimento de saúde deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

i) Expressão de doses

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração seguras. A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de “microgramas”, este deve ser escrito por extenso. Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de “2,5 mL” possa ser erroneamente interpretada como “25 mL”. Não se deve utilizar “ponto” em substituição a vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de

um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

Práticas seguras para a dispensação de medicamentos

a) Boas Práticas de Armazenamento:

A dispensação segura de medicamentos, realizada pela Farmácia, se inicia com a validação/conferência do armazenamento dos produtos recebidos no Hospital, em condições adequadas de conservação e no local certo.

O armazenamento seguro deve ocorrer desde a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), que contempla o quantitativo maior do estoque dos medicamentos adquiridos (por ser a porta de entrada após o recebimento no Almoxarifado), até às Farmácias Central e Satélites que recebem os medicamentos unitarizados e distribuídos pela CAF. Esse procedimento é realizado de forma contínua e sistemática, a fim de que o armazenamento correto, bem como as demais etapas realizadas na CAF (controle de estoque, unitarização e abastecimento) garantam que os medicamentos bem conservados e identificados de forma segura sejam dispensados.

O armazenamento de medicamentos sob controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98) segue a legislação específica, sendo realizada em sala restrita na CAF e em armários com chave nas Farmácias, sendo seu estoque em todos esses locais gerido pelos farmacêuticos da instituição.

O armazenamento dos medicamentos nos estoques é realizado por ordem alfabética e os medicamentos de alta vigilância (ou medicamentos potencialmente perigosos) são identificados com etiqueta colorida vermelha. Os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes devem ser identificados com etiquetas de alerta que proporcione a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo: LAMlvudina e ZIDOvudina; ETILefrina e EPINefrina.

É importante assegurar práticas adequadas para a distribuição dos medicamentos da CAF para as Farmácias Central e Satélites, a fim de evitar erros:

- Toda movimentação de medicamentos deve ser realizada fisicamente e pelo sistema, que controla o estoque e garante a correta identificação do medicamento, lote, validade e quantidade, permitindo a sua rastreabilidade;
- Os medicamentos devem ser corretamente separados, identificados, organizados e deve ser realizada a dupla checagem antes do envio, evitando-se erros;
- O transporte deve ser realizado de modo correto e seguro, observando-se aspectos técnicos (ex: empilhamento máximo, conservação adequada dos termolábeis, etc.);

- Durante o recebimento dos medicamentos nas Farmácias Central e Satélites, a dupla checagem deve ser realizada, considerando-se a identificação do medicamento, lote, validade, quantidade e sua integridade física.

b) Atuação Farmacêutica na Segurança relacionada à Prescrição:

O farmacêutico deve realizar a análise técnica das prescrições (Portaria GM/MS 4283/2010), priorizando aquelas que contêm antimicrobianos e medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, observando-se dose, forma farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade de infusão, tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento e possíveis alergias, devendo ser realizada antes do início da dispensação. Caso observe não conformidade que possa comprometer a segurança do paciente, deve realizar intervenção junto ao prescritor, registrando a mesma e seu desfecho em prontuário através de evolução. Recomenda-se, para auxílio ao farmacêutico no processo de análise da prescrição, que a instituição possua programa informatizado com suporte terapêutico, que incorpore um adequado conjunto de verificações automatizadas em prescrições, tais como triagem para duplicidade terapêutica, alergias, interações medicamentosas, intervalos de dose adequados, alerta para doses superiores às máximas, alertas para medicamentos de alta vigilância e com nomes semelhantes, entre outros.

c) Dispensação Segura de Medicamentos:

A Farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os mesmos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente da Farmácia deve se apresentar com as seguintes características:

- Ser reservado, com restrição de acesso apenas aos colaboradores do setor e outros profissionais com autorização justificada;
- Ser um ambiente limpo, organizado, bem iluminado, com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.
- Ser um local tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras);
- Ter suficiente espaço e instrumentos de trabalho (computadores, seladoras, etc).

Os sistemas de dispensação de medicamentos no Hospital Dr. Abelardo Santos são classificados em:

- Coletivo: para medicamentos multidoses (ex: paracetamol gotas para os pacientes da Pediatria). O sistema coletivo é realizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, levando-se o frasco vazio do medicamento (exceto para pacientes em isolamento de contato) e a prescrição médica. Solicita-se o medicamento em nome de um paciente, para o qual será dada a baixa do frasco na conta, o qual será administrado a vários pacientes sob o controle da enfermagem.
- Individualizado: é realizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, por um período de 24 horas de tratamento. As prescrições, após realizadas pelo prescritor (médico) via sistema até 13h são triadas pelo farmacêutico, sendo produzida após isso uma fita de 12 horas pelo auxiliar de farmácia.

Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

- Dose Unitária: A dispensação por esse método é feita através da prescrição médica, com o medicamento sendo separado, preparado e dispensado para a equipe de enfermagem apenas fazer a administração no paciente.

O auxiliar de farmácia deve separar as prescrições individualmente e sua área de trabalho deve se manter organizada, com suficiente espaço e instrumentos de trabalho que permitam a manutenção dos medicamentos devidamente separados por prescrição e por paciente até a sua dispensação, evitando que medicamentos prescritos e dispensados para um paciente sejam entregues a outros; para tanto, devem ser utilizados embalagens plásticas seladas e identificadas e carros de medicação. Antes da dispensação deve-se realizar a conferência dos medicamentos separados para dispensação, verificando se as informações disponíveis no conteúdo das fitas de medicamentos são correspondentes a prescrição, qualitativa e quantitativamente, para os horários aprazados. Para os medicamentos de alta vigilância e medicamentos com nome semelhante deve haver atenção redobrada e checagem meticulosa antes de sua dispensação. Deve ocorrer dupla checagem das fitas no momento da dispensação dos medicamentos, sendo realizada entre Farmácia e Enfermagem conjuntamente.

d) Prescrição Verbal:

A prescrição verbal deve ser restrita a situações de emergência (considerando-se o risco iminente de morte do paciente), onde o material hospitalar medicamento (mat/med) necessário não seja padronizado no carro de emergência ou maleta de transporte do setor, ou se a quantidade do mat/med padronizado no carro ou maleta já tiver sido esgotada na assistência ao

evento, devendo ser realizada a prescrição e/ou requisição de enfermagem no sistema após a resolução da emergência.

Nestas ocasiões excepcionais, para garantir a conferência da passagem de informação e tornar a comunicação efetiva e segura para o paciente assistido, deve ser utilizada a técnica denominada “*Read Back*” (“Falar de Volta”). Trata-se de falar de volta o que foi solicitado verbalmente para que a informação seja validada com o emissor, fechando o circuito de comunicação.

Os passos para execução da ferramenta aplicada a dispensação de prescrição verbal são:

- d.1) O solicitante deve pedir ao auxiliar de Farmácia em voz alta e com detalhes o que deseja: se for um medicamento, deve informar o nome conforme DCB ou DCI, dose e via de administração; se for um material hospitalar, deve informar o nome, tamanho e/ou número, sendo que para ambos, o solicitante deve falar também a quantidade necessária e qual o nome do usuário ao qual se destina o mat/med.
- d.2) O auxiliar de Farmácia deve escutar a informação emitida pelo solicitante do medicamento ou material hospitalar com atenção e repetir a informação na íntegra e em voz alta ao solicitante.
- d.3) O solicitante deve confirmar se a informação repetida está de acordo com o que necessita.
- d.4) O medicamento ou material hospitalar deve ser dispensado pelo auxiliar de Farmácia fisicamente conforme a solicitação, sendo anotado o que e para quem foi dispensado para cobrança futura.
- d.5) O médico e o enfermeiro do setor solicitante devem encaminhar a prescrição medicamentosa e a requisição de material hospitalar via sistema em nome do paciente em até 1h após a sua estabilização e comunicar o auxiliar de Farmácia para que possa realizar as saídas retroativas do estoque com a documentação padrão obrigatória.

e) Monitoramento e indicador da dispensação segura

A Farmácia registra e notifica erros de dispensação ao Núcleo de Segurança do Paciente. O indicador que monitora os erros nesta etapa da cadeia medicamentosa

Práticas seguras na administração de medicamentos ao paciente da UTI Adulto:

A administração de medicamentos é um processo multi e interdisciplinar, que exige conhecimento técnico e prático. Para a administração segura, são necessários conhecimentos sobre Farmacologia, Anatomia, Fisiologia, Microbiologia e Bioquímica. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos. Um erro na administração de medicamento pode trazer graves consequências

aos pacientes, devendo-se observar a ação, as interações e os efeitos colaterais dos medicamentos.

a) Itens de verificação para administração segura de medicamentos:

A equipe de enfermagem tem seguido tradicionalmente os “certos” na administração de medicamentos e, mais recentemente, são recomendados 9 (nove) “certos”, que são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, registro certo, ação certa, forma certa e resposta certa. Utilizar os nove “certos” não garante que os erros de administração não ocorrerão, mas segui-los pode prevenir significativa parte desses eventos, melhorando a segurança e a qualidade da assistência prestada ao paciente durante o processo de administração de medicamentos.

Paciente certo: deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar a checagem dos 4 descritores de identificação obrigatório da Meta 1 (nome completo do paciente, número de prontuário, data de nascimento e nome da mãe) para confirmar o paciente correto. Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional além de “sim ou não”, tais como: “Por favor, diga-me o seu nome completo?”. Além disso, é importante checar se esse paciente corresponde ao: Nome identificado na pulseira; Nome identificado no leito; Nome identificado no prontuário.

Importante: caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, confirmar com o acompanhante a identificação do paciente. Em caso de pacientes homônimos, homófonos ou homólogos, os mesmos devem ser identificados de acordo com o Protocolo de Identificação Segura – Meta 1, não devendo ficar internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

Medicamento certo: deve-se conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito antes de ser administrado, bem como conhecer o paciente e suas alergias e conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito; identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira, sinalização na identificação beira leito e aviso em prontuário, alertando toda a equipe; todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

Via certa: deve-se identificar a via de administração prescrita, verificando se é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento; avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos, e outros); identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral; realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral; esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Hora certa: deve-se preparar o medicamento de modo a certificar que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica; preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; a antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor, sempre alinhando a comunicação de qualquer represamento também com a Farmácia.

Dose certa: deve-se conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada; certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente; verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; medicamentos de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

Importante: não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

Registro certo da administração: registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; checar o horário da administração do medicamento a cada dose; registrar todas

as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

Orientação correta: esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor; orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização; garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

Forma certa: checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e a via de administração prescritas; checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor; a Farmácia deve, se possível, disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

Resposta certa: observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; registrar em prontuário, notificar e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrados, incluindo respostas diferentes do padrão usual; registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

b) Intervenções específicas:

- Instituir a prática de dupla checagem por dois profissionais, para os cálculos de diluição e administração de medicamentos de alta vigilância.
- REMOVER do estoque das unidades de internação os eletrólitos concentrados (especialmente cloreto de potássio injetável) e bloqueadores neuromusculares.
- Deverão permanecer nas unidades de internação APENAS os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que sejam absolutamente necessários à assistência ao paciente.
- Os eventos adversos relacionados à administração de medicamentos devem ser notificados ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

c) Monitoramento e indicador para a administração segura de medicamento

Estratégias de monitoramento para o uso seguro de medicamentos

- O processo de uso dos medicamentos (prescrição, dispensação e administração) deve estar devidamente descrito em instruções de trabalho setoriais, atualizadas e divulgadas para os profissionais do estabelecimento de saúde;
 - O estabelecimento de saúde deve possuir rotina para transferência interna e externa de pacientes e que contemple a segurança no processo de utilização dos medicamentos na transição do paciente;
 - O estabelecimento de saúde deve proporcionar aos profissionais de saúde, anualmente, educação permanente e treinamento em uso seguro de medicamentos;
 - O estabelecimento de saúde deve possuir política de incentivo à melhoria da segurança do uso de medicamentos, centrado no trabalho em equipe, notificação e ambiente não punitivo.
- Medicamentos de Alta Vigilância (MAVS)

Medicamentos de Alta Vigilância (MAVs) ou Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) são aqueles que apresentam risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Os erros que ocorrem com esses medicamentos não são os mais frequentes, porém suas consequências tendem a ser mais graves, podendo ocasionar lesões permanentes ou a morte.

No Hospital os medicamentos que classificados como de alta vigilância foram avaliados de acordo com a recomendação do ISMP EUA (Institute for Safe Medication Practices), traduzida e adaptada pelo ISMP Brasil. Para atualização dessa lista, o ISMP EUA identificou os medicamentos mais envolvidos em erros de medicação com danos ao paciente notificados ao ISMP National Medication Errors Reporting Program (ISMP MERP) e realizou uma cuidadosa revisão da literatura.

Os MAVs são identificados com etiqueta de rastreabilidade de cor vermelha, a fim de sinalizar a todos o risco e estimular a dupla checagem em todas as etapas do processo. Quando os frascos e ampolas são muito pequenos, para evitar que a etiqueta cubra a identificação do medicamento, os mesmos são acondicionados em um saco vermelho transparente, sendo colocada no saco a etiqueta de identificação vermelha. Quando o medicamento é MAV e também controlado pela Portaria SVS/MS nº 344/98, deve receber ambas as sinalizações na identificação (etiqueta amarela devido ser controlado e saco vermelho transparente devido ser MAV). Quanto ao armazenamento na CAF (Central de Abastecimento Farmacêutica) e Farmácias Central e Satélites, os armários e prateleiras devem ser identificados com fita de cor vermelha. O cadastro no sistema de estoque deve conter a descrição "MAV" ao fim do nome do medicamento, bem como gerar alerta ao prescritor sobre o risco, estando visível na prescrição impressa para ciência

da equipe multiprofissional que assiste o paciente. É recomendável o uso de redundâncias, como a dupla checagem antes do preparo e administração do medicamento, na qual um profissional realiza a checagem paralelamente ao trabalho realizado por outro. Mesmo considerando que todos são susceptíveis a cometer erros, a probabilidade de que duas pessoas cometam o mesmo erro com o mesmo medicamento e o mesmo paciente é menor.

O acesso à relação institucional dos MAVs e ao conhecimento sobre os seus riscos deve ser garantido através do Protocolo de Segurança do Paciente do Hospital, em sua Meta 3, e deve ser difundido no Hospital como um todo através de campanhas educativas, treinamentos e materiais informativos. Abaixo segue a relação dos MAVs, em ordem alfabética e agrupados por classe, bem como os riscos que podem acontecer caso haja falha na utilização dos medicamentos em alguma etapa da cadeia medicamentosa (prescrição, dispensação ou administração):

MEDICAMENTO O (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
Adenosina 3mg/mL amp 2mL IM/EV - MAV	Ampola	Soluções Cardioplégicas	Risco de queda, Dispneia, Hipotensão e Bradicardia
Água estéril para injeção 100mL – EV - MAV	Frasco	Água estéril para injeção, inalação e irrigação em embalagens de 100 mL ou volume superior	Hiponatremia e hemólise
Água estéril para injeção 500mL – EV - MAV	Frasco	Água estéril para injeção, inalação e irrigação em embalagens de 100 mL ou volume superior	Hiponatremia e hemólise
Alteplase 50mg/mL pó para injeção – EV - MAV	Frasco	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Amiodarona (cloridrato) 50mg/mL amp 3mL EV - MAV	Ampola	Antiarrítmicos endovenosos	Risco de queda, Bradicardia, Hipotensão severa, Toxicidade hepática e pulmonar
Anfotericina B 50mg – pó	Frasco-ampola	Medicamentos na forma lipossomal e seus correspondentes	Lesão renal, Parada cardíaca ou Cardiopulmonar

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
lioofilizado – EV - MAV		medicamentos na forma convencional	
ATRAcúrio 10mg/mL frasco 2,5mL – EV - MAV	Frasco-ampola	Bloqueadores neuromusculares	Parada Respiratória
ATRAcúrio 10mg/mL frasco 5mL – EV - MAV	Frasco-ampola	Bloqueadores neuromusculares	Parada Respiratória
BUPIvacaina 0,5% + epinefrina 5mcg/mL frasco 20mL – para infiltração local e perineural, bloqueio nervoso, anestesia caudal e epidural - MAV	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
BUPIvacaina 0,5% 5mg/mL + glicose 80mg/mL amp 4mL – via intratecal - MAV	Ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
BUPIvacaina 0,5% SEM epinefrina frasco 20mL – para infiltração local e perineural, bloqueio nervoso,	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
anestesia caudal e epidural - MAV			
CISATRAcúrio besilato 2mg/mL frasco 5mL - EV - MAV	Frasco- ampola	Bloqueadores neuromusculares	Parada Respiratória
Clopidogrel 75mg - oral - MAV	Comprimido	Antitrombóticos	Distúrbios hemorrágicos
Cloreto de potássio 19,1% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Parada Cardíaca
Cloreto de sódio 20% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Cloreto de sódio hipertônico injetável com concentração maior que 0,9%	Agitação, Tremores e Convulsões
Codeína (fosfato) 30mg + paracetamol 500mg - oral - MAV	Comprimido	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Parada cardiorrespiratória, edema cerebral, coma
Deslanosídeo 0,2mg/mL amp 2mL - EV - MAV	Ampola	Inotrópicos endovenosos	Anorexia, Náusea, Vômito, Fraqueza, Dor de cabeça, Apatia, Diarreia, Bradicardia acentuada e Parada cardíaca
Dexmedetomi dina 100mcg/mL (frasco 2 mL) - EV - MAV	Frasco	Sedativos endovenosos de ação moderada	Bradicardia, Hipotensão e Parada Cardíaca
DIAzepam 10mg - oral - MAV	Comprimido	Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças	Sedação profunda e depressão respiratória

MEDICAMENTO O (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
DIAzepam 5mg – oral - MAV	Comprimido	Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças	Sedação profunda e depressão respiratória
DIAzepam 5mg/mL amp 2mL – IM/ EV - MAV	Ampola	Sedativos endovenosos de ação moderada	Sedação profunda e depressão respiratória
Digoxina 0,05mg/mL – oral - MAV	Frasco	Medicamentos específicos	Hipercalemia pronunciada, Fibrilação ventricular e Parada cardíaca
Digoxina 0,25mg oral - MAV	Comprimido	Medicamentos específicos	Hipercalemia pronunciada, Fibrilação ventricular e Parada cardíaca
DOBUTamina 12,5mg/mL (amp 20 mL) - EV - MAV	Ampola	Inotrópicos endovenosos	Anorexia, Náusea, Vômito, Fraqueza, Dor de cabeça, Apatia, Diarreia, Bradicardia acentuada e Parada cardíaca
DOPamina 5mg/mL (amp 10mL) – EV - MAV	Ampola	Antiarrítmicos endovenosos	Arritmia e Hipertensão grave
Enoxaparina 20mg/ 0,2mL - SC/EV - MAV	Seringa	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Enoxaparina 40mg/ 0,4mL – SC/EV - MAV	Seringa	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Enoxaparina 60mg/ 0,6mL – SC/EV - MAV	Seringa	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
EPINEfrina 1mg/mL (amp 1 mL) – SC/IM/EV - MAV	Ampola	Agonistas adrenérgicos endovenosos	Fraqueza, arritmia, dispneia e hipertensão grave

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
Escetamina (cloridrato) 50mg/mL amp 2mL – IM/EV - MAV	Ampola	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
Escetamina (cloridrato) 50mg/mL frasco 10mL – IM/EV - MAV	Frasco- ampola	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
ETILEfrina (cloridrato) 10mg/mL (amp 1mL) – SC/IM/EV - MAV	Ampola	Agonistas adrenérgicos endovenosos	Fraqueza, arritmia, dispneia e hipertensão grave
Etomidato 2mg/mL amp 10mL – EV - MAV	Ampola	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
Fenobarbital sódico 100mg/mL amp 2mL – EV - MAV	Ampola	Sedativos endovenosos de ação moderada	Náusea, vômito, cefaleia, confusão mental, bradipneia irregular, congestão traqueobranquial, hipotensão arterial e coma
FENTAnila (cittrato) 0,0785mg/mL amp 2mL – IM/EV/via espinal - MAV	Ampola	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão grave e Depressão respiratória
FENTAnila (cittrato) 0,0785mg/mL amp 5mL – IM/EV - MAV	Ampola	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão grave e Depressão respiratória
FENTAnila (cittrato) 0,0785mg/mL	Frasco- ampola	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão grave e Depressão respiratória

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
frasco 10mL – IM/EV - MAV			
FENTAnila (citrato) 0,0785mg/mL+ droperidol amp 2,5 mL – EV - MAV	Ampola	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão grave e Depressão respiratória
Glibenclamida 5mg – oral – MAV	Comprimido	Sulfonilureias de uso oral	Hipoglicemia severa, prolongada, com risco de morte
Glicose 25% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20%	Desidratação, Hiperglicemia, Hipocalemia, Edema Pulmonar e Perda de Consciência
Glicose 50% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Glicose hipertônica com concentração maior ou igual a 20%	Desidratação, Hiperglicemia, Hipocalemia, Edema Pulmonar e Perda de Consciência
Heparina 5.000 UI/mL amp 0,25mL – SC - MAV	Ampola	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Heparina 5.000 UI/mL frasco 5mL – EV - MAV	Frasco- ampola	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Insulina humana NPH 100UI/mL – SC - MAV	Frasco- ampola	Insulina subcutânea e endovenosa	Hipoglicemia grave, Encefalopatia, Edema pulmonar e Convulsão
Insulina humana regular 100UI/mL – SC - MAV	Frasco- ampola	Insulina subcutânea e endovenosa	Hipoglicemia grave, Encefalopatia, Edema pulmonar e Convulsão

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
IoPAMIDOL 300 (612mg/mL) 50mL - EV - MAV	Frasco	Radiocontrastes endovenosos	Anafilaxia
IoPROMIDA 300 (623mg/mL) 50 mL - EV - MAV	Frasco	Radiocontrastes endovenosos	Anafilaxia
ISOflurano frasco 100 mL - inalatório - MAV	Frasco	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
LEVObupivacaína (cloridrato) 0,5% - ISOBÁRICA amp 4mL - raquianestesia - MAV	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal via	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
LIDocaína (cloridrato) 2% SEM epinefrina amp 5mL - solução injetável - MAV	Ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal via	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
LIDocaína (cloridrato) 2% SEM epinefrina frasco 20mL - solução injetável - MAV	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal via	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
LIDocaína 2% + epinefrina 0,005mg/mL frasco 20mL - para infiltração, bloqueio	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por epidural ou intratecal via	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
nervoso, anestesia caudal e peridural - MAV			
LORazepam 2mg – oral - MAV	Comprimido	Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças	Sedação profunda e Depressão respiratória
Metadona 10 mg – oral - MAV	Comprimido	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão, Bradicardia e Depressão respiratória
Metoprolol 1mg/mL amp 5mL – EV - MAV	Ampola	Antagonistas adrenérgicos endovenosos	Bradicardia, Anafilaxia e Hiperglicemia
Midazolam 1mg/mL amp 5mL – IM/EV - MAV	Ampola	Sedativos endovenosos de ação moderada	Sedação profunda, Depressão do sistema nervoso central e respiratória, Hipotensão, Parada respiratória e Encefalopatia hipóxica
Midazolam 2mg/mL frasco 10mL (gotas) - MAV	Frasco	Sedativos de uso oral de ação mínima ou moderada, para crianças	Sedação profunda e depressão respiratória
Midazolam 5mg/mL amp 10mL – IM/EV- MAV	Ampola	Sedativos endovenosos de ação moderada	Sedação profunda, Depressão do sistema nervoso central e respiratória, Hipotensão, Parada respiratória, Encefalopatia hipóxica
Midazolam 5mg/mL amp 3mL – IM/EV - MAV	Ampola	Sedativos endovenosos de ação moderada	Sedação profunda, Depressão do sistema nervoso central e respiratória, Hipotensão, Parada respiratória e Encefalopatia hipóxica

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
Milrinona 1mg/mL (amp 10 mL) – EV - MAV	Ampola	Inotrópicos endovenosos	Anorexia, Náusea, Vômito, Fraqueza, Dor de cabeça, Apatia, Diarreia, Bradicardia acentuada e Parada cardíaca
MORfina (sulfato) 0,2mg/mL amp 1mL – EV/intratecal/p eridural - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e de uso oral	<u>Leve a Moderado:</u> Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e Hipotensão. <u>Grave:</u> Depressão respiratória, Convulsões e Lesão Pulmonar Aguda.
MORfina (sulfato) 10mg/mL amp 1mL – EV - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e de uso oral	<u>Leve a Moderado:</u> Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e Hipotensão. <u>Grave:</u> Depressão respiratória, Convulsões e Lesão Pulmonar Aguda.
MORfina (sulfato) 1mg/mL amp 2mL – EV - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e de uso oral	<u>Leve a Moderado:</u> Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e Hipotensão. <u>Grave:</u> Depressão respiratória, Convulsões e Lesão Pulmonar Aguda.
MORfina (sulfato) 30mg – oral - MAV	Comprimido	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e de uso oral	<u>Leve a Moderado:</u> Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e Hipotensão. <u>Grave:</u> Depressão respiratória, Convulsões, Lesão Pulmonar Aguda.
NALBUfina (cloridrato) 10mg/mL amp 1mL – EV - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Retenção urinária, náuseas, vômito, constipação intestinal, hipotensão, broncoconstrição, bradicardia, rebaixamento de consciência e miose.
NitroGLICERINA 5mg/mL amp 5mL – EV - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Metemoglobinemia, grave hipotensão, bradicardia, <i>angina pectoris</i> e choque

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
NitroPRUSSIA TO de sódio 25mg/mL amp 2mL – IM / EV - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Tontura, Risco de queda, Hipotensão, Bradicardia e Taquicardia
NORepinefrina 2mg/mL (amp 4mL) - EV - MAV	Ampola	Agonistas adrenérgicos endovenosos	Fraqueza, arritmia, dispneia e hipertensão grave
Nutrição Parenteral	Bolsa	Soluções de nutrição parenteral	Infecção, oclusão, trombose da veia central, embolia pulmonar e sepse
Ocitocina 5UI/mL amp 1mL – EV/IM - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Superestímulo uterino, sofrimento fetal, asfixia e morte, hipertonia, tetania ou ruptura uterina
Petidina 50mg/mL (amp 2mL) - EV - MAV	Ampola	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Leve a Moderado: Mioclonia (Espasmos), Bradicardia e Hipotensão. Grave: Depressão respiratória, Convulsões e Lesão Pulmonar Aguda.
Prometazina 25mg/mL (amp 2mL) – IM - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Risco de queda, Sonolência, Palpitação, Vertigens e Tremores
Propofol 10mg/mL emulsão 20mL – EV - MAV	Ampola	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
REMIlfentanila 2mg/mL – EV - MAV	Frasco	Analgésicos opióides endovenosos, transdérmicos e de uso oral	Hipotensão grave e Depressão respiratória
Rocurônio (brometo) 10mg/mL amp 5mL – EV - MAV	Ampola	Bloqueadores neuromusculares	Parada Respiratória

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
ROPIvacaina (cloridrato) 10mg/mL frasco 20mL - solução injetável - MAV	Frasco-ampola	Medicamentos administrados por via epidural ou intratecal	Risco de queda, Hipotensão, Arritmia, Convulsão e Depressão respiratória grave
SEVOflurano 1mg/mL frasco 250mL - inalatório - MAV	Frasco	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
Sulfato de bário 1g/mL 150mL suspensão oral - MAV	Frasco	Radiocontrastes	Anafilaxia
Sulfato de magnésio 10% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Hipotensão, Hipotonia, Depressão respiratória e Parada cardíaca
Sulfato de magnésio 50% amp 10mL - EV - MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Hipotensão, Hipotonia, Depressão respiratória e Parada cardíaca
Suxametônio 100mg - pó liofilizado - EV - MAV	Frasco-ampola	Bloqueadores neuromusculares	Parada Respiratória
Tiopental 0,5g pó p/ solução injetável - EV - MAV	Frasco	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória
Tiopental 1g pó p/ solução injetável - EV - MAV	Frasco	Anestésicos gerais, inalatórios e endovenosos	Depressão Respiratória

MEDICAMENTO (Descrição/ concentração/ via de administração)	APRESENTAÇÃO	Classificação (ISMP, 2019)	Riscos em caso de erro de medicação
Tramadol (cloridrato) 100mg/mL frasco 10mL – oral - MAV	Frasco	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e opióides de uso oral	Depressão respiratória, Hipotensão Grave e Síndrome serotoninérgica
Tramadol (cloridrato) 50mg/mL amp 1mL – IM/EV - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e opióides de uso oral	Depressão respiratória, Hipotensão Grave e Síndrome serotoninérgica
Tramadol (cloridrato) 50mg/mL amp 2mL – IM/EV - MAV	Ampola	Analgésicos endovenosos, transdérmicos e opióides de uso oral	Depressão respiratória, Hipotensão Grave e Síndrome serotoninérgica
Varfarina 5mg – oral - MAV	Comprimido	Antitrombóticos	Hemorragia, Trombocitopenia e Hipercalemia
Vasopressina 20u/mL (amp 1mL) – EV- MAV	Ampola	Medicamentos específicos	Náusea, Hiper-hidrose, Hipernatremia, Palidez e Cólicas abdominais

Resultados esperados e indicadores

- Taxa de erro na administração de medicamentos;
- Taxa de Erros de Dispensação;
- Taxa de adesão as intervenções da Farmácia clínica.

4. Protocolo de Cirurgia Segura – Pacientes internados na UTI Adulto

A Organização Mundial de Saúde (OMS), atenta ao problema da segurança do paciente, publicou em 2007-2008 o segundo Desafio Global para a segurança do paciente, o programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” propondo a implantação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVCS), também conhecido por checklist, com diretrizes e critérios de identificação, cujo objetivo era garantir a segurança dos pacientes cirúrgicos, com vistas à redução da taxa

das principais complicações cirúrgicas. No mesmo ano, o Ministério da Saúde do Brasil aderiu à campanha “Cirurgias Seguras Salvam Vidas” com o intuito de ampliar a adesão dos hospitais da lista elaborada por especialista e assim contribuir com as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente.

O cuidado seguro resulta tanto de ações corretas dos profissionais de saúde, como de processos e sistemas adequados nas instituições e serviços, assim como de políticas governamentais regulatórias, exigindo um esforço coordenado e permanente. Portanto, como mecanismo para fortalecer, organizar, integrar e normatizar os processos de trabalho definiu-se este Protocolo de Segurança do Paciente Cirurgia Segura.

- Etapas Do Preparo Pré-operatório

Etapa 1: Avaliação do Cirurgião

A avaliação pré-operatória objetiva otimizar a condição clínica do paciente candidato a cirurgias com vistas a reduzir a morbidade e a mortalidade perioperatória.

Esta avaliação requer a realização de anamnese, exame físico adequado e, quando necessário, exames complementares definidos a partir de dados sugestivos encontrados na história e no exame físico, e também, na necessidade de monitorizar condições clínicas específicas que possam sofrer alterações durante as cirurgias ou procedimentos associados e diante da indicação cirúrgica, é necessário avaliar o risco envolvido.

Ressalta-se que uma boa anamnese e exame físico são as mais importantes etapas na avaliação pré-operatória para estimar o risco cardíaco, complicações pulmonares e/ou infecciosas e determinar a capacidade funcional.

É neste momento que o Cirurgião deve explicar ao paciente os riscos e os benefícios relacionados ao procedimento, culminando com a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido específico para cirurgia.

Etapa 2: Consulta Pré-Anestésica

A consulta da avaliação pré-anestésica (APA) deverá ser solicitada pelo cirurgião.

O anestesista fará o levantamento de dados para classificação do risco anestésico (ASA)

- Identificação do paciente.
- Antecedentes pessoais e familiares.
- Exame físico, incluindo vias aéreas.
- Diagnósticos cirúrgicos e doenças associadas.
- Tratamento: incluindo fármacos de uso atual e ocasional

- Jejum pré-operatório, conforme diretriz da SBA e ASA.
- Resultados de exames complementares, avaliações solicitadas.
- Estado físico segundo ASA.
- Prescrever pré-anestésico, se for o caso.
- Aplicar o Termo de consentimento livre e esclarecido específico para a anestesia.

Etapa 3: Na Unidade De Internação

Nesta unidade o paciente deverá ser admitido e avaliado por equipe multiprofissional, contemplando, desde o aviso cirúrgico até o encaminhamento do usuário ao Complexo Hospitalar, fazendo-se necessário o cumprimento de algumas etapas para assegurar a realização do procedimento cirúrgico. Assim, confirmar e registrar antes do envio do usuário:

- a) Identificação do usuário;
- b) Cirurgia e/ou procedimento proposto;
- c) Realizar a identificação de alergias medicamentosas, materiais e alimentares;
- d) Jejum;
- e) Uso de adornos e próteses;
- f) Uso de pulseira de identificação;
- g) Preenchimento dos termos de consentimentos informados de anestesia e de cirurgia;
- h) Confirmação da lateralidade;
- i) Realização de exames: laboratoriais e de imagens (se necessário);
- j) Reserva de UTI, se necessário;
- k) Reserva de hemoderivados, se necessário;
- l) Realização de profilaxia no setor de origem.

Etapa 4: No Centro Cirúrgico – Time Out

O Protocolo definido para Cirurgia Segura deverá ser aplicado em todos os casos dos procedimentos invasivos realizados no Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e Complexo Obstétrico, excluindo apenas os pacientes com risco iminente de morte.

A checklist de Cirurgia Segura divide o procedimento invasivo em três fases:

- I - Antes da indução anestésica;
- II - Antes da incisão cirúrgica;

III - Antes de o paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento específico do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Para a utilização do checklist de Cirurgia Segura, uma única pessoa deverá ser responsável por conduzir a checagem dos itens. Este Condutor deverá ser um Profissional de Enfermagem presente na sala cirúrgica. Em cada fase, o condutor da checklist de Cirurgia Segura deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Caso algum item checado não esteja em conformidade, a verificação deverá ser interrompida e o paciente deverá ser mantido na sala de cirurgia até a sua solução.

I - Antes da Indução Anestésica

A fase I do Protocolo – antes da indução anestésica – requer a presença do anestesista e da equipe de enfermagem. O condutor da *checklist* de cirurgia segura deverá confirmar:

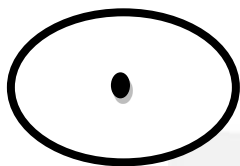
- a) A identificação do Usuário, do Procedimento, a Presença de Prontuário completo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido cirúrgico e anestésico, avaliação pré-anestésica e risco cardiológico, se necessário. Esta confirmação deverá permitir que o usuário verbalize seu nome completo, data de nascimento, nome da mãe e assim comparar estas informações com a pulseira de identificação e registros do prontuário.
- b) O tipo de procedimento planejado e a assinatura do termo de consentimento para cirurgia com o usuário.

Observação: Quando a confirmação pelo usuário não for possível, como no caso de crianças ou pacientes incapacitados, um tutor ou familiar poderá assumir esta função.

- c) O Condutor deverá certificar-se da presença do prontuário completo:
 - Prontuário fixo do dia (Evolução equipe multiprofissional e prescrição médica);
 - SBAR (Situação, Breve histórico, Avaliação e Recomendação);
 - SAEP (Sistematização da Assistência de Enfermagem Pré-operatória);
 - Aviso cirúrgico;
 - Termo de consentimento livre e esclarecido cirúrgico;
 - Termo de consentimento para amputação;
 - Termo de destinação de membro amputado;
 - Avaliação pré-anestésica;
 - Termo de consentimento livre e esclarecido de anestesia;
 - Avaliação cardiológica;

- Exames laboratoriais;
 - Exames de Imagens (radiografia, tomografia, ultrassonografia, ressonância magnética, eletrocardiograma e ecocardiograma);
- d) Os Termos de Consentimento Informados cirúrgicos, devem ser assinados pelo usuário ou seu representante legal, após os esclarecimentos feitos pelo médico membro da equipe cirúrgica, antes do encaminhamento do usuário para o local de realização do procedimento cirúrgico, já os Termos de Consentimento Informado anestésico, a aplicação será realizada pelo anestesista no centro cirúrgico e/ou centro obstétrico, após a explicação e definição do tipo de anestesia a ser aplicada.
- e) Confirmar a demarcação do sítio cirúrgico.

Esta demarcação deverá ser realizada pelo médico membro da equipe cirúrgica no usuário, ao ser admitido no centro cirúrgico. Sempre que possível, tal identificação deverá ser realizada com o usuário acordado e consciente, que confirmará o local da intervenção. Obrigatoriamente, a marcação de lateralidade deverá ser antes do encaminhamento do usuário para a sala cirúrgica em qualquer cirurgia em que a estrutura anatômica ou órgão a ser abordado não for único ou apresentar diferentes níveis. O símbolo padrão, a ser demarcado na pele do usuário, é o ALVO (círculo com ponto no centro). Conforme ilustração abaixo:



Símbolo de demarcação de lateralidade

Recomendações: Quando o usuário não puder compreender ou colaborar com a marcação, o seu responsável ou algum membro da equipe de saúde (não participante da equipe cirúrgica), será responsável para acompanhar a marcação. Nos casos de recusa do usuário e/ou responsável o fato deverá ser registrado em prontuário de modo a garantir a segurança cirúrgica.

Deverá ser realizada marcação da lateralidade com o símbolo padronizado, pelo médico responsável, e deve permanecer visível após o preparo da pele e colocação de campos cirúrgicos.

A marcação deverá ser feita com uma caneta padrão (caneta dermográfica) que não seja facilmente removida com produtos de antisepsia cutânea, que seja resistente a Clorexidina alcoólica e degermante, sangue e fluidos corporais.

O condutor deverá confirmar se o cirurgião fez a demarcação do local da cirurgia no corpo do usuário naqueles casos em que o procedimento cirúrgico envolve lateralidade.

f) Verificar a segurança anestésica

O condutor completa a próxima etapa confirmando com o anestesista a presença da avaliação pré-anestésica, o anestesista explica o tipo de anestesia a ser submetido e aplicando em seguida o termo de consentimento anestésico.

g) Verificar os sinais vitais: funcionamento do monitor multiparâmetros

Antes da indução anestésica, o condutor confirma se o monitor multiparâmetro está funcionando e posiciona o usuário para aferição dos sinais vitais.

h) Verificar alergias conhecidas

O condutor deverá perguntar ou confirmar se o usuário possui uma alergia conhecida (medicamentosa, alimentar e a dispositivos médicos), mesmo se o condutor e equipe tenham conhecimento prévio a respeito da alergia. Em caso de alergia, deverá informar ao anestesista sobre as alergias conhecidas.

i) Verificar a avaliação das vias aéreas e risco de aspiração

O anestesista deverá realizar a avaliação da via aérea, classificando o tipo de via através da classificação, podendo utilizar a classificação de Escala de Mallampati. O risco de aspiração também deverá ser levado em consideração como parte da avaliação da via aérea, de acordo com o Protocolo de Via Aérea Difícil e caso confirme que a via aérea difícil, se há planejamento e suporte para intervenções.

j) Verificar a avaliação de risco de perda sanguínea

O condutor deverá perguntar ao anestesista se o usuário tem risco de perder mais de meio litro de sangue (> 500 ml) ou mais de 7 ml/kg em crianças durante a cirurgia, a fim de assegurar o reconhecimento deste risco e garantir a preparação para essa eventualidade. Confirmar com a equipe de enfermagem, se necessário, a solicitação da reserva ou presença de sangue/hemocomponentes.

k) Verificar a presença de próteses

O condutor deverá perguntar a equipe de enfermagem se o usuário está sem as próteses (dentária, óculos e auditivas), joias, anéis e alianças e roupas sintéticas.

l) Verificar a presença de marcapasso

- Verificar a presença do dispositivo eletrônico por entrevista direta com o usuário ou acompanhante ou exame físico e de imagem;

- Verificar o tipo de aparelho;
 - Verificar se o paciente é dependente exclusivo do implante eletrônico;
 - Verificar a funcionalidade do aparelho e se ele se encontra em boas condições e atualizado. Se possível solicitar avaliação e liberação do cardiologista responsável pelo implante.
- m) Confirmar verbalmente a revisão das condições de esterilização, equipamentos e infraestrutura.

O condutor ou o técnico de enfermagem (circulante) da cirurgia deverá confirmar verbalmente a realização da esterilização dos materiais, com a confirmação por meio dos indicadores de esterilização, evidenciando que o processo tenha sido bem-sucedido. Além de confirmar a verificação das condições dos equipamentos, infraestrutura, a presença do OPME.

II – Antes da incisão cirúrgica (Pausa Cirúrgica)

A pausa cirúrgica é uma pausa momentânea feita pela equipe imediatamente antes da incisão cirúrgica, a fim de confirmar que as várias verificações essenciais para a segurança cirúrgica foram empreendidas e que envolveram toda equipe de cirurgia.

a) Identificar todos os membros da equipe

O condutor solicitará que cada pessoa na sala se apresente pelo nome e função. Nas equipes cujos membros já estão familiarizados uns com os outros, o condutor pode apenas confirmar que todos já tenham sido apresentados, mas quando ocorrer a presença de novos membros ou funcionários que tenham se revezado dentro da sala cirúrgica desde o último procedimento, estes devem se apresentar.

b) Confirmar verbalmente a identidade do usuário, o sítio cirúrgico e o procedimento.

Imediatamente antes da incisão cirúrgica, é conduzida uma nova confirmação pela equipe cirúrgica (cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem)

- O nome do usuário,
- O procedimento cirúrgico a ser realizado
- Marcação do sítio cirúrgico
- Quando necessário, o posicionamento do usuário.

c) Verificar a previsão de etapas ou eventos críticos

O condutor da checklist de cirurgia segura fará uma rápida discussão com o cirurgião, anestesista e enfermagem a respeito do planejamento operatório, das etapas críticas e possíveis eventos de riscos, assim como a duração cirúrgica prevista.

d) Prever perdas sanguíneas importantes

O cirurgião deverá informar se há possível perda sanguínea durante o procedimento. Confirmar com a equipe de enfermagem, se necessário, a solicitação da reserva ou presença de sangue / hemocomponentes.

e) Revisar Eventuais Complicações Anestésicas

O anestesista deverá revisar o planejamento e as preocupações específicas para ressuscitação cardiopulmonar. Deverá informar também a previsão do uso de sangue, hemocomponentes e hemoderivados, além da presença de comorbidades e características do usuário passíveis de complicação, como doença pulmonar ou cardíaca, arritmias, distúrbios hemorrágicos, etc.

f) Verificar exames de imagem

Os exames de imagem deverão estar na sala e expostos de maneira adequada para uso durante a cirurgia.

g) Verificar a realização da profilaxia antimicrobiana

O condutor confirmará se os antimicrobianos profiláticos foram administrados até 60 minutos antes da incisão cirúrgica. O membro da equipe responsável pela administração de antimicrobianos (geralmente o anestesista) deverá realizar a confirmação verbal de qual antibiótico de escolha e a hora administrada.

Nota - a indicação da profilaxia deverá seguir o protocolo da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH.

III – Antes do Usuário Deixar a Sala de Cirurgia

a) Confirmar o Nome do Procedimento

O condutor deverá confirmar com o cirurgião e a equipe exatamente qual procedimento foi realizado.

b) Verificar a Correta Contagem de Instrumentais, Gazes, Compressas, Agulhas e Lâminas de Bisturi

O profissional de enfermagem ou o instrumentador deverá confirmar verbalmente a conclusão das contagens finais de compressas, gazes e instrumentais. Nos casos de cirurgia com cavidade aberta, a conclusão da contagem de instrumental também deve ser confirmada.

- Etapa 5: Recuperação Pós Anestésica

A sala de RPA (setor destinado para recuperação pós-cirúrgica).

Todos os pacientes serão avaliados conforme os riscos de eventos pós-anestésicos e outros (náuseas e vômito, dor, sangramento, hipóxia, hipotensão, queda e outros).

Baseados nos riscos serão realizadas as intervenções de enfermagem na RPA.

Avaliação do paciente será realizada por meio do índice de Aldrette e Kroulik (para adultos) e Escala de Steward (para crianças até 12 anos e 11 meses) pela equipe de anestesistas, na admissão e nos intervalos preconizados pelo protocolo.

A alta da RPA será realizada quando o valor da escala de Aldrette e Kroulik corresponder acima de 8 e Steward acima de 6; estabilidade dos sinais vitais; melhora do nível de consciência; ausência de sangramento ativo e retenção urinária; ausência de náuseas e vômitos; dor sobre controle; perfil criança

A alta da RPA será realizada pelo anestesista responsável, com identificação do mesmo, através de análise da escala em conjunto com a enfermeiro(a).

Resultados esperados e indicadores:

- – Indicadores

Taxa de adesão ao protocolo de cirurgia segura

- – Resultados Esperados

Adesão ao protocolo de cirurgia segura por todos os membros da equipe cirúrgica.

Notas importantes:

Nota - a padronização do número de compressas dentro dos pacotes é de 05 unidades, para facilitar o processo de contagem e conferência e de 10 unidades de gazes por pacote.

As compressas cirúrgicas adquiridas pela instituição todas devem ser com fio radiopacos.

c) Registros completos

O condutor deverá confirmar o registro completo em prontuário do procedimento intraoperatório, incluindo procedimento executado; o Registro completo da anestesia com a descrição dos medicamentos administrados, assim como o Registro de Enfermagem. Todos os registros deverão conter o nome e registro do conselho do profissional.

d) Conferencia das condições da cicatriz cirúrgica, da venóclise e acesso central, sonda vesical e dreno

O condutor com a equipe de enfermagem presente na sala deverá confirmar:

- Identificação do soro e venóclise se houver;
- Identificação dos acessos;
- Identificação do dreno;
- Fixação e identificação adequada da sonda vesical se houver;

- Condições da pele ao redor da cicatriz cirúrgica;
 - Identificação do curativo.
- e) Confirmar a identificação da amostra anatomopatológicas e membros amputados

O profissional de enfermagem deverá confirmar a identificação/etiquetagem correta de qualquer amostra patológica obtida durante o procedimento pela leitura do nome do usuário. Descrição da amostra com indicação anatômica do local de origem da amostra e quaisquer outras indicações orientadoras. Os membros amputados devem ser etiquetados e com a confirmação de lateralidade confirmada pela equipe cirúrgica. A destinação deverá ser realizada conforme autorização prévia da família, se para sepultamento e/ou descarte hospitalar.

Nota - aconselha a dupla conferência da amostra e do membro amputado, sendo que duas pessoas conferem a identificação da peça ou membro.

5. Protocolo de Higienização das Mãos

A higienização das mãos é reconhecida, mundialmente, como uma medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Por este motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e controle de infecções dentro dos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes. Estudos sobre o tema, mostram que a adesão dos profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante e na rotina diária ainda é baixa, devendo ser estimulada e conscientizada entre os profissionais de saúde. Torna-se imprescindível reformular esta prática nos serviços de saúde, na tentativa de mudar a cultura prevalente entre os profissionais de saúde, o que pode resultar no aumento da adesão destes às práticas de higienização das mãos. Dessa forma, exige a atenção de gestores públicos, diretores e administradores dos serviços de saúde e educadores para o incentivo e a sensibilização dos profissionais à questão. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos nos serviços de saúde, visando a segurança e a qualidade da atenção prestada.

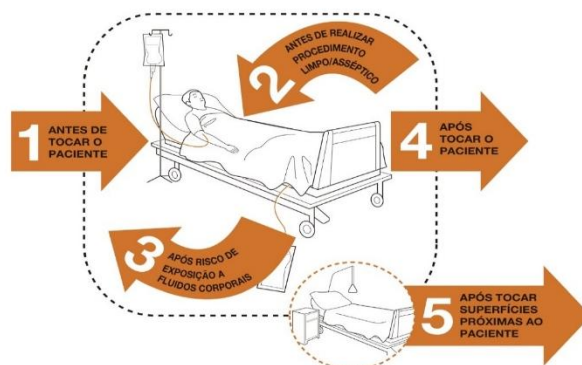
Definições

- **Higienização das mãos:** É um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (definidas a seguir) e a antisepsia cirúrgica das mãos.
- **Higiene das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob forma líquida.

- **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico.
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxágue em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos.
- **Preparação alcoólica para higienização das mãos sob a forma líquida:** preparação contendo álcool, na concentração final de 70% destinado à aplicação nas mãos para reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras:** preparações contendo álcool, na concentração final de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes em laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vivo, destinadas a reduzir o número de microrganismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.
- **Degermação das mãos:** é a realização da higienização das mãos com água e solução antisséptica degermante com auxílio de escova. Visa eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.
- **Microbiota transitória:** micro-organismos encontrados na superfície da pele em associação à presença de gordura e sujeira. É a principal responsável pela maioria das infecções cruzadas hospitalares e, por encontrar-se na superfície da pele, pode ser facilmente removida pela higienização das mãos. É adquirida através do contato e manipulação dos pacientes e do ambiente.

A higienização das mãos deve ocorrer nos momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para que haja a prevenção das IRAS causadas por transmissão cruzadas, seguindo os “5 momentos para a Higiene das mãos” durante toda assistência ao paciente. A ANVISA também recomenda 5 momentos importantes para realizar a higienização das mãos, voltados diretamente ao atendimento ao paciente.

Os 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes. A equipe multiprofissional deve identificar os 05 momentos para realizar a higienização das mãos.

1º Antes do contato com o paciente: deve ser feita antes de entrar em contato com o paciente para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.

2º Antes de realizar procedimento: deve ser feita imediatamente antes da realização de qualquer procedimento limpo e/ou asséptico para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.

3º Após exposição a fluidos corporais: deve ser feita imediatamente após o risco de exposição a fluidos corporais e a após a remoção de luvas, para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismo do paciente a outros profissionais ou pacientes.

4º Após contato com o usuário: deve ser feita após o contato com o paciente, com as superfícies e objetivos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetivos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.

5º Após tocar em superfícies próximas ao usuário: deve ser feita após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente mesmo sem ter tido contato com o paciente para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Medidas Para Evitar O Ressecamento Das Mãos Do Profissional

- a) Molhar as mãos em água corrente antes de aplicar o produto;
- b) Utilizar água fria ou morna (nunca utilizar água quente);
- c) Secar as mãos completamente;
- d) O uso de creme emoliente dentro da instituição deve ser sempre evitado, pois a camada protetora que forma dificulta a penetração dos produtos de higiene das mãos. Deve ser usado creme individual nas mãos para protegê-la do efeito de ressecamento ao sair da instituição;
- e) Utilização de luvas de procedimento sem adição de pó.

Cuidados Com A Pele Das Mãos

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- O uso de cremes de proteção para as mãos ajuda a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas.

Os seguintes comportamentos devem ser evitados:

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar as mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a risco de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

Os seguintes princípios devem ser seguidos:

- Enxugar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças e extensões para evitar acúmulo de sujidades e dificultar a

higienização das mãos, conforme política institucional do uso de adornos.

- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras, anéis, alianças, etc.
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

Cuidados Especiais

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos, seu uso por profissionais de saúde deve ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para preparo e manejo de medicações;
- Na administração de medicações, lavar as mãos e calçar as luvas na frente do paciente para reduzir a possibilidade de contaminação em superfícies e materiais;
- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com o sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminar o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefone, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas

Instruções Operacionais

Orientações técnicas sobre higienização das mãos de acordo com cada método vide Protocolo de Higienização das Mãos do SCIH.

6. Protocolo de Prevenção de Queda e Lesão de Pele

Quedas de pacientes contribuem para aumentar o tempo de permanência hospitalar e os custos assistenciais, gerar ansiedade na equipe de saúde, além de produzir repercussões na credibilidade da instituição, além de repercussões de ordem legal. Além disso, podem interferir na continuidade do cuidado. Dentre os pacientes que sofreram queda, há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência.

Geralmente a queda de pacientes em hospitais está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente físico, entre os fatores vinculados ao paciente destacam-se: idade avançada (principalmente idade acima de 85 anos), história recente de queda, redução da mobilidade, incontinência urinária, uso de medicamentos e hipotensão postural.

Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência e inadequação dos recursos humanos. As intervenções com multicomponentes tendem a ser mais efetivas na prevenção de quedas. Fazem parte dessas intervenções:

- Avaliação do risco de queda;
- Identificação do paciente com risco com a sinalização à beira do leito ou pulseira,
- Agendamento dos cuidados de higiene pessoal;
- Revisão periódica da medicação;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes,
- Educação dos pacientes e dos profissionais,
- Revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas.

Queda: Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc.), incluindo vaso sanitário.

Avaliação do risco de queda

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do paciente com o emprego de uma escala adequada ao perfil de pacientes da instituição. Esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. Na admissão deve-se também avaliar a presença de fatores que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda, especialmente risco aumentado de fratura e sangramento. Osteoporose, fraturas anteriores, uso de anticoagulante e discrasias sanguíneas são algumas das condições que podem agravar o dano decorrente de queda.

Fatores de risco para queda

- a) Demográfico: crianças < 5anos e idosos > 65 anos.
- b) Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade.

c) Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

- acidente vascular cerebral prévio;
- hipotensão postural;
- tontura;
- convulsão;
- síncope;
- dor intensa;
- baixo índice de massa corpórea;
- anemia;
- insônia;
- incontinência ou urgência miccional;
- incontinência ou urgência para evacuação;
- artrite;
- osteoporose;
- alterações metabólicas (como, por exemplo, hipoglicemia).

Funcionalidade:

- dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária,
- necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- fraqueza muscular e articulares;
- amputação de membros inferiores;
- deformidades nos membros inferiores.

Comprometimento sensorial:

- visão;
- audição;
- tato.

Equilíbrio corporal:

- marcha alterada.

Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- anti-histamínicos;
- antipsicóticos;
- antidepressivos;
- digoxina;
- diuréticos;
- laxativos;
- relaxantes musculares;
- vasodilatadores;
- hipoglicemiantes orais;
- insulina;
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

Obesidade severa.

História prévia de queda.

Paciente com alto risco de queda:

- a) Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco.
- b) Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas.
- C) Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

Paciente com baixo risco de queda:

- a) Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco.
- b) Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

As escalas de avaliação de risco de queda não são universais, sendo cada uma delas específicas para determinado tipo de paciente, por exemplo adulto e pediátrico. Todas as escalas apresentam vantagens, mas também limitações operacionais e metodológicas. As utilizadas com maior frequência no Brasil e internacionalmente são: Morse e St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY). Essas duas escalas possuem semelhanças quanto à gradação dos fatores que predispõem à queda e permitem, portanto, classificar o grau de risco que o paciente apresenta para cair, possibilitando orientar as intervenções necessárias para evitar a ocorrência de queda.

Ações preventivas:

A unidade de saúde, orientada pelo seu Núcleo de Segurança do Paciente, deverá adotar medidas gerais para a prevenção de quedas de todos os pacientes, independente do risco. Essas medidas incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como: pisos antiderrapantes, mobiliário e iluminação adequados, corredores livres de obstáculos (por exemplo, equipamentos, materiais e entulhos), o uso de vestuário e calçados adequados e a movimentação segura dos pacientes. Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária. A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Medidas Específicas:

A unidade de saúde, orientada pelo Núcleo de Segurança do Paciente, devem definir o(s) profissional(ais) responsável(eis) por avaliar o risco de queda e definir as ações de caráter preventivo para pacientes que apresentem tal risco. Medidas individualizadas para prevenção de queda para cada paciente devem ser prescritas e implementadas.

Além disso, políticas e procedimentos devem ser estabelecidos e implementados pela unidade para assegurar a comunicação efetiva entre profissionais e serviços sobre o risco de queda e risco de dano da queda nas passagens de plantão, bem como sobre as medidas de prevenção implantadas.

Deve-se fazer a reavaliação do risco dos pacientes em caso de transferência de setor, mudança do quadro clínico, episódio de queda durante a internação ou na identificação de outro fator de risco. Na presença ou no surgimento de risco de queda, este deve ser comunicado aos pacientes e familiares e a toda equipe de cuidado. Por exemplo, pacientes que começam a receber sedativos têm seu risco de queda aumentado. No caso da ocorrência de queda, esta deve ser notificada e o paciente avaliado e atendido imediatamente para mitigação/atenuação dos

possíveis danos. A avaliação dos casos de queda no setor em que ocorreu, permite a identificação dos fatores contribuintes e serve como fonte de aprendizado para o redesenho de um processo de cuidado mais seguro.

A tabela a seguir contém medidas específicas que devem ser utilizadas para prevenção de queda conforme o fator de risco apresentado pelo paciente dentro da UTI Adulto.

Fator de risco	Medidas
Idade	Medidas para reduzir o risco de queda de pacientes idosos estão contempladas nos itens abaixo.
Histórico de Queda	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível. Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
Necessidades fisiológicas e higiene pessoal	Supervisão periódica para avaliação do conforto e segurança do paciente. Verificar o uso de diuréticos, laxantes e/ou se o paciente está em preparo de cólon para exames ou procedimento cirúrgico. Manter o paciente confortável no que tange às eliminações, realizando a troca frequente em caso de uso de fraldas ou programando horários regulares para levá-lo ao banheiro. Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante

Fator de risco Medidas	Medidas
Medicamentos	Realizar periodicamente revisão e ajuste da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda. Solicitar avaliação de farmacêutico quando houver dúvidas quanto ao risco aumentado devido ao uso de medicamentos (doses, interações, possíveis efeitos colaterais e quadro clínico do paciente). Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
Uso de Equipamentos/ Dispositivos	Orientar quanto ao dispositivo/equipamento e a sua necessidade de uso. Avaliar o nível de dependência e autonomia após a instalação de equipamentos, para planejamento da assistência relacionado à mobilização deste paciente Alocar os equipamentos/dispositivos de maneira a facilitar a movimentação do paciente no leito ou a sua saída Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Mobilidade/Equilíbrio	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.

Fator de risco	Medidas
Cognitivo	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
	Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama.
	Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível
	Orientar paciente e acompanhante para somente levantar do leito acompanhado por profissional da equipe de cuidado, mesmo na presença de acompanhante.
Condições Especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras condições clínicas)	Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível.
	Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
	Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).

Resultados esperados e indicadores

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão.
- Número de quedas com dano.
- Número de quedas sem dano.
- Índice de quedas $[(n^\circ \text{ de eventos} / n^\circ \text{ de paciente-dia}) * 1000]$: este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

6.B. Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão

Uma das consequências mais comuns, resultante de longa permanência em hospitais, é o aparecimento de alterações de pele. A incidência aumenta proporcionalmente à combinação de fatores de riscos, dentre eles, idade avançada e restrição ao leito. A manutenção da integridade da pele dos pacientes restritos ao leito tem por base o conhecimento e a aplicação de medidas de cuidado relativamente simples. A maioria das recomendações para avaliação da pele e as medidas preventivas podem ser utilizadas de maneira universal, ou seja, tem validade tanto para a prevenção de lesão por pressão (LPP) como para quaisquer outras lesões da pele. Diferentemente de boa parte das alterações de pele, a LPP tem sido alvo de grande preocupação para os serviços de saúde, pois a sua ocorrência causa impacto tanto para os pacientes e seus familiares, quanto para o próprio sistema de saúde, com o prolongamento de internações, riscos de infecção e outros agravos evitáveis. As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar:

- Cuidados de longa permanência: as taxas de prevalência variam entre 2,3% a 28% e as taxas de incidência entre 2,2 % a 23,9%.
- Cuidados agudos: as taxas de a prevalência estão em torno de 10 a 18% e de incidência variam entre 0,4% a 38%.
- Atenção Domiciliar: as taxas de prevalência variam entre 0% e 29% e as de incidência variam entre 0% e 17%. Lesões por pressão causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

As recomendações para a prevenção devem ser aplicadas a todos os indivíduos vulneráveis em todos os grupos etários. As intervenções devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes e de pessoas vulneráveis, que estejam em risco de desenvolver lesões por pressão e que se encontrem em ambiente hospitalar, em cuidados

continuados, em lares, independentemente de seu diagnóstico ou das necessidades de cuidados de saúde.

2.1 Definição:

- Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.
- Cisalhamento: deformação que sofre um corpo quando sujeito à ação de forças Cortantes.
- Estadiamento de LPP: classificação da LPP, que auxilia na descrição clínica da profundidade observável de destruição tecidual.

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com eritema que não embranquece Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.

Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.

Lesão por Pressão Tissular Profunda: descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece. Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.

Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

- **Intervenções**

A maioria dos casos de LPP pode ser evitada por meio da identificação dos pacientes em risco e da implantação de estratégias de prevenção confiáveis para todos os pacientes identificados como de risco. As seis etapas essenciais de uma estratégia de prevenção de LPP são:

ETAPA 1

- **Avaliação de lesão por pressão na admissão de todos os pacientes**

A avaliação de admissão dos pacientes apresenta dois componentes:

A avaliação do risco de desenvolvimento de LPP e;

A avaliação da pele para detectar a existência de LPP ou lesões de pele já instaladas. A pronta identificação de pacientes em risco para o desenvolvimento de LPP, por meio da utilização de ferramenta validada, permite a adoção imediata de medidas preventivas. A avaliação de risco deve contemplar os seguintes fatores: a) mobilidade; b) incontinência; c) déficit sensitivo e; d) estado nutricional (incluindo desidratação). Obs. A escala de Braden é a ferramenta mais amplamente utilizada dentre as várias disponíveis. Em casos de pacientes pediátricos, deve-se utilizar uma ferramenta apropriada, como por exemplo, a escala de Braden pediátrica.

ETAPA 2

- Reavaliação diária de risco de desenvolvimento de LPP de todos os pacientes internados. A complexidade e a gravidade dos pacientes internados resultam na necessidade de reavaliação diária do potencial e do risco de desenvolvimento de LPP. A reavaliação diária permite aos profissionais de saúde ajustar sua estratégia de prevenção conforme as necessidades do paciente. O grau de risco, conforme especificado em várias ferramentas, permite que os profissionais implantem estratégias individualizadas para os pacientes.

ETAPA 3

- Inspeção diária da pele. Pacientes que apresentam risco de desenvolvimento de LPP, de acordo com etapas 1 e 2, necessitam de inspeção diária de toda a superfície cutânea, da cabeça aos pés. Estes pacientes, em geral hospitalizados, podem apresentar deterioração da integridade da pele em questão de horas. Em virtude da rápida mudança de fatores de risco em pacientes agudamente enfermos, a inspeção diária da pele é fundamental. Deve ser dada atenção especial a áreas de alto risco para desenvolvimento de LPP.

ETAPA 4

- Manejo da Umidade:
manutenção do paciente seco e com a pele hidratada. Pele úmida é mais vulnerável, propícia ao desenvolvimento de lesões cutâneas, e tende a se romper mais facilmente. A pele deve ser limpa, sempre que apresentar sujidade e em intervalos regulares. O processo de limpeza deve incluir a utilização cuidadosa de um agente de limpeza suave que minimize a irritação e a secura da pele. Deve-se tomar cuidado para minimizar a exposição cutânea à umidade decorrente de incontinência, transpiração ou exsudato de feridas. Quando estas fontes de umidade não puderem ser controladas, a utilização de fraldas e absorventes é recomendada, com o objetivo de minimizar o contato da pele com a umidade. Agentes tópicos que atuam como barreiras contra a umidade e hidratam a pele também podem ser utilizados. O tratamento da pele ressecada com hidratantes tem se mostrado especialmente efetivo na prevenção de LPP.

ETAPA 5

- Otimização da nutrição e da hidratação A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir a revisão de fatores nutricionais e de hidratação. Pacientes com déficit nutricional ou desidratação podem apresentar perda de massa muscular e de peso, tornando os ossos mais salientes e a deambulação mais difícil. Edema e menor fluxo sanguíneo cutâneo geralmente acompanham os déficits nutricionais e hídricos, resultando em lesões isquêmicas que contribuem para as lesões na pele. Pacientes malnutridos podem apresentar uma probabilidade duas vezes maior de lesões cutâneas. Líquidos, proteínas e ingesta calórica são importantes aspectos para a manutenção de um estado nutricional adequado. Suplementos nutricionais podem ser necessários caso a ingesta não seja suficiente. É recomendado que nutricionistas sejam consultados nos casos de pacientes com desnutrição a fim de avaliar e propor intervenções mais apropriadas.

ETAPA 6

- Minimizar a pressão A redistribuição da pressão, especialmente sobre as proeminências ósseas, é a preocupação principal. Pacientes com mobilidade limitada apresentam risco maior de desenvolvimento de LPP. Todos os esforços devem ser feitos para redistribuir a pressão sobre a pele, seja pelo reposicionamento a cada 02 (duas) horas ou pela utilização de superfícies de redistribuição de pressão. O objetivo do reposicionamento a cada 2 horas é redistribuir a pressão e, conseqüentemente, manter a circulação nas áreas do corpo com risco de desenvolvimento de LPP. A literatura não sugere a frequência com que se deve reposicionar o paciente, mas duas horas em uma única posição é o máximo de tempo recomendado para pacientes com capacidade circulatória normal.

O reposicionamento de pacientes de risco alterna ou alivia a pressão sobre áreas suscetíveis, reduzindo o risco de desenvolvimento de lesão por pressão. Travesseiros e coxins são materiais facilmente disponíveis e que podem ser utilizados para auxiliar a redistribuição da pressão. Quando utilizados de forma apropriada, podem expandir a superfície que suporta o peso. Geralmente a pele de pacientes com risco para LPP rompe-se facilmente durante o reposicionamento, portanto, deve-se tomar cuidado com a fricção durante este procedimento. Superfícies de apoio específicas (como colchões, camas e almofadas) redistribuem a pressão que o corpo do paciente exerce sobre a pele e os tecidos subcutâneos. Se a mobilidade do paciente está comprometida e a pressão nesta interface não é redistribuída, a pressão pode prejudicar a circulação, levando ao surgimento da lesão. Pacientes cirúrgicos submetidos à anestesia por período prolongado geralmente apresentam risco aumentado de desenvolvimento de LPP, portanto, todos estes pacientes (no momento pré, intra e pós-operatório) devem receber avaliação de risco da pele. Os profissionais de saúde devem avaliar os pacientes no pré-operatório, que passarão por procedimentos cirúrgicos prolongados e realizarem a colocação de

placa de hidro coloide na região sacra e trocanteres; no intraoperatória, deverão realizar mudança de decúbito ou descompressão, sempre que possível e no pósoperatório aplicar a escala de Braden.

c) Mudança de decúbito ou reposicionamento

A mudança de decúbito deve ser executada para reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo.

A frequência da mudança de decúbito será influenciada por variáveis relacionadas ao indivíduo (tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica global, objetivo do tratamento, condição individual da pele, dor e pelas superfícies de redistribuição de pressão em uso).

Avaliar a pele e o conforto individuais. Se o indivíduo não responde ao regime de posicionamentos conforme o esperado, reconsiderar a frequência e método dos posicionamentos.

A mudança de decúbito mantém o conforto, a dignidade e a capacitação funcional do indivíduo.

Reposicionar o paciente de tal forma que a pressão seja aliviada ou redistribuída. Evitar sujeitar a pele à pressão ou forças de torção (cisalhamento). Evitar posicionar o paciente diretamente sobre sondas, drenos e sobre proeminências ósseas com hiperemia não reativa. O rubor indica que o organismo ainda não se recuperou da carga anterior e exige um intervalo maior entre cargas repetidas.

O reposicionamento deve ser feito usando 30° na posição de semi-Fowler e uma inclinação de 30° para posições laterais (alternadamente lado direito, dorsal e lado esquerdo), se o paciente tolerar estas posições e a sua condição clínica permitir. Evitar posturas que aumentem a pressão, tais como o Fowler acima dos 30°, a posição de deitado de lado a 90°, ou a posição de semideitado.

Se o paciente estiver sentado na cama, evitar elevar a cabeceira em ângulo superior a 30°, evitando a centralização e o aumento da pressão no sacro e no cóccix.

Quando sentado, se os pés do paciente não chegam ao chão, coloque-os sobre um banquinho ou apoio para os pés, o que impede que o paciente deslize para fora da cadeira. A altura do apoio para os pés deve ser escolhida de forma a fletir ligeiramente a bacia para frente, posicionando as coxas numa inclinação ligeiramente inferior à posição horizontal.

Deve-se restringir o tempo que o indivíduo passa sentado na cadeira sem alívio de pressão. Quando um indivíduo está sentado numa cadeira, o peso do corpo faz com que as tuberosidades isquiáticas fiquem sujeitas a um aumento de pressão. Quanto menor a área, maior a pressão que ela recebe. Consequentemente, sem alívio da pressão, a LPP surgirá muito rapidamente.

Medidas preventivas para fricção e cisalhamento

Elevar a cabeceira da cama até no máximo 30° e evitar pressão direta nos trocanteres quando em posição lateral, limitando o tempo de cabeceira elevada, pois o corpo do paciente tende a escorregar, ocasionando fricção e cisalhamento.

A equipe de enfermagem deve usar forro móvel ou dispositivo mecânico de elevação para mover pacientes acamados durante transferência e mudança de decúbito. Sua utilização deve ser adequada para evitar o risco de fricção ou forças de cisalhamento. Deve-se verificar se nada foi esquecido sob o corpo do paciente, para evitar dano tecidual.

Utilizar quadro de avisos próximo ao leito para estimular o paciente a movimentar-se na cama, quando necessário.

Avaliar a necessidade do uso de materiais de curativos para proteger proeminências ósseas, a fim de evitar o desenvolvimento de úlcera por pressão por fricção.

Observação: Apesar da evidência de redução de cisalhamento no posicionamento da cabeceira até 30°, para os pacientes em ventilação mecânica e traqueostomizados com ventilação não invasiva, é recomendado decúbito acima de 30° para a prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação – PAV.

c) Materiais e equipamentos para redistribuição de pressão

I. Uso de colchões na prevenção de LPP

- Utilizar colchões de espuma altamente específica em vez de colchões hospitalares padrão, em todos os indivíduos de risco para desenvolver LPP.
- Use uma superfície de apoio ativo (sobreposição ou colchão) para os pacientes com maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão, quando o reposicionamento manual frequente não é possível.
- Sobreposições ativas de alternância de pressão e colchões de redistribuição de pressão têm uma eficácia semelhante em termos de incidência de lesões por pressão.

II. Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcâneos

- Os calcâneos devem ser mantidos afastados da superfície da cama (livres de pressão).
- Os dispositivos de prevenção de LPP nos calcâneos devem elevá-los de tal forma que o peso da perna seja distribuído ao longo da sua parte posterior, sem colocar pressão sobre o tendão de Aquiles. O joelho deve ter ligeira flexão.
- Utilizar uma almofada ou travesseiro abaixo das pernas (região dos gêmeos) para elevar os calcâneos e mantê-los flutuantes. Observação: A hiperextensão do joelho pode causar obstrução

da veia poplítea, que pode predispor a uma Trombose Venosa Profunda – TVP. III. Uso de superfície de apoio para prevenir lesões por pressão na posição sentada

- Utilizar um assento de redistribuição de pressão para os pacientes com mobilidade reduzida e que apresentam risco de desenvolvimento de úlceras por pressão quando estes estiverem sentados em uma cadeira. Almofadas de ar e espuma redistribuem melhor a pressão, já as almofadas de gel e de pele de carneiro causam maior pressão.

Medidas preventivas para lesão por pressão conforme classificação de risco

Os fatores de risco identificados na fase de avaliação fornecem informações para o desenvolvimento do plano de cuidados. Segue as recomendações das medidas preventivas conforme a classificação do risco:

- Risco baixo (15 a 18 pontos na escala de BRADEN).

- Cronograma de mudança de decúbito;
- Otimização da mobilização;
- Proteção do calcanhar;
- Manejo da umidade, nutrição, fricção e cisalhamento, bem como uso de superfícies de redistribuição de pressão.

- Risco moderado (13 a 14 pontos na escala de BRADEN):

- Continuar as intervenções do risco baixo;
- Mudança de decúbito com posicionamento a 30°.

- Risco alto (10 a 12 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco moderado;
- Mudança de decúbito frequente;
- Utilização de coxins de espuma para facilitar a lateralização a 30°. 5.7.4.

- Risco muito alto (≤ 9 pontos na escala de BRADEN).

- Continuar as intervenções do risco alto;
- Utilização de superfícies de apoio dinâmico com pequena perda de ar, se possível;
- Manejo da dor.

Resultados esperados e indicadores

- Percentual de pacientes submetidos a avaliação de risco para LPP na admissão.

- Percentual de pacientes recebendo avaliação diária para LPP.
- Incidência de LPP.
- Prevalência de pacientes com LPP
- Percentual de Pacientes de Risco Recebendo Cuidado Preventivo Adequado para Lesão por Pressão

7. Protocolo de Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea associada ao Uso de Cateter Central em pacientes internado ns UTI Adulto

Trata-se de um protocolo que aborda a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea (IPCS), relacionada a cateteres intravasculares. Cateteres intravasculares podem ser periféricos (curtos, inseridos em vasos periféricos) ou centrais (inseridos diretamente em vasos centrais ou em vasos periféricos; sua terminação está posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso). Os cateteres venosos centrais (CVC), comumente utilizados para administração de medicamentos, soluções, hemoderivados, nutrição parenteral e para o monitoramento hemodinâmico, podem apresentar complicações infecciosas.

A origem da infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter central (ICSRC) pode ser por:

- Colonização extraluminal, mais comum nas duas primeiras semanas, ocorre quando bactérias da pele alcançam a corrente sanguínea após terem formado “biofilmes” na face externa do dispositivo;
- Colonização da via intraluminal ocorre após as duas primeiras semanas e principalmente nos cateteres de longa permanência. À medida que o tempo passa, aumenta o número de manipulações do hub, favorecendo sua contaminação;
- Infusão de soluções contaminadas, devido à adoção de práticas inadequadas de preparo e de falhas em seguir recomendações preconizadas de injeção segura;
- Disseminação hematogênica que embora seja rara pode ocorrer por colonização da ponta do dispositivo.

Cerca de 50% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessitam da inserção de um cateter venoso central (CVC), porém esse dispositivo pode causar infecção devido à contaminação do local de inserção ou à migração da flora do paciente para o lúmen do cateter. Uma vez que o CVC rompe a integridade da pele possibilitando infecções por bactérias e fungos, passíveis de disseminação hematogênica acarretando sepsis.

A prevenção de IPCS é fundamental para aumentar a segurança do paciente, sendo necessária a implementação de intervenções destinadas à diminuição da taxa de infecção e redução das graves consequências de saúde pública. Intervenções multimodais destinadas a facilitar a

implementação de medidas baseadas em evidências para evitar a infecção, promover o trabalho em equipe e a cultura de segurança, têm mostrado eficácia para reduzir as taxas de infecção. O risco de IPCS em pacientes internados em UTI é elevado, relacionado ao uso simultâneo de múltiplos dispositivos invasivos, à manipulação frequente dos cateteres e sua permanência por períodos prolongados de tempo. São quatro as fontes reconhecidas de contaminação do cateter que podem levar à IPCS, podendo ocorrer pela via intraluminal ou extraluminal:

- Colonização ou migração da microbiota cutânea a partir do sítio de inserção, durante a introdução do cateter ou manipulação do seu óstio;
- Contaminação direta do cateter e/ou suas conexões por quebra de técnica asséptica pela equipe;
- Contaminação do líquido infundido;
- Contaminação do líquido infundido;
- Disseminação hematogênica a partir de outro foco de infecção. A prevenção de infecção e os esforços de controle devem incluir outras populações vulneráveis, como os pacientes: submetidos à hemodiálise, no intra-operatório e oncológicos. Deve ser ressaltado que a inserção e manuseio de cateteres arteriais periféricos também estão relacionados com risco de infecção. Foram identificados como fatores de risco independentes para IPCS:
- Hospitalização prolongada antes do cateterismo;
- Duração prolongada da cateterização;
- Colonização microbiana pesada no local de inserção;
- Colonização microbiana pesada do hub do cateter;
- Cateterismo de veia jugular interna;
- Cateterismo de veia femoral em adultos;
- Neutropenia;
- Prematuridade;
- Razão reduzida enfermeiro-paciente na UTI;
- Nutrição parenteral total;

- Cuidados com o cateter com qualidade inferior (por exemplo, a manipulação excessiva do cateter), e
- Transfusão de hemoderivados.

Infecção primária de corrente sanguínea (IPCS):

É a presença de um ou mais microrganismos na corrente sanguínea, cuja origem dos mesmos não está relacionada a nenhum outro foco de infecção (foco primário), conforme definido nos critérios diagnósticos nacionais. Neste sentido o foco primário é a própria corrente sanguínea, e por isso a infecção é denominada de infecção primária de corrente sanguínea.

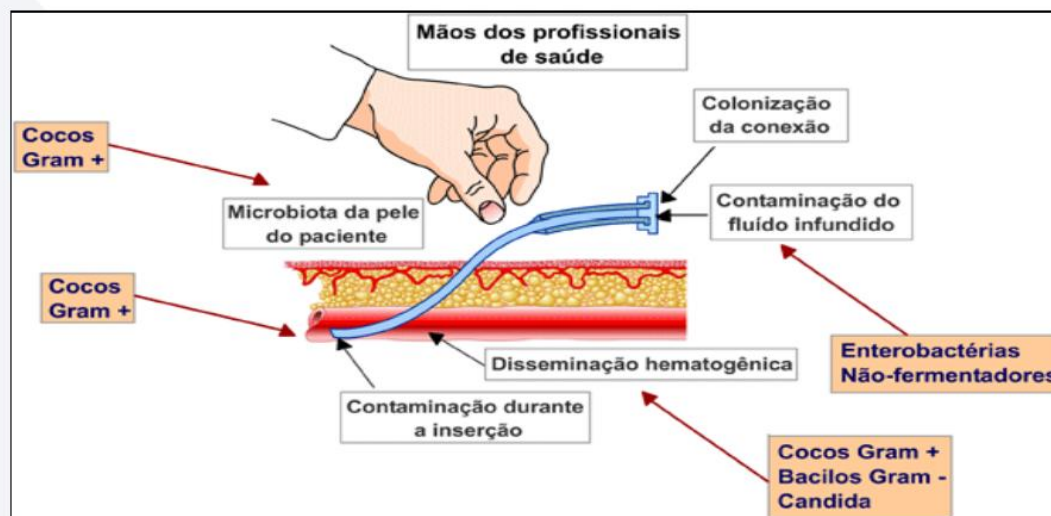
Infecção primária de corrente sanguínea laboratorialmente confirmada (IPCSL) associada a um cateter central:

Infecção primária da corrente sanguínea confirmada laboratorialmente em paciente em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (a partir do D3, sendo o dia da inserção considerado D1, independentemente do horário de inserção) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este havia sido removido no dia anterior.

Cateter central:

Dispositivo intravascular utilizado para infusão, coleta de amostra sanguínea ou monitoramento hemodinâmico, cuja terminação esteja posicionada próxima ao coração ou em um grande vaso. São considerados grandes vasos: aorta, artéria pulmonar, veias cavas, veias braquicefálicas, veias jugulares internas, veias subclávias, veias ilíacas externa e comum, veias femorais e em recém-nascidos todo cateter umbilical venoso ou arterial.

4.4. Principais meios de infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter



CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE INFECÇÃO PRIMÁRIA DE CORRENTE SANGUÍNEA LABORATORIALMENTE CONFIRMADA (IPCSL) ASSOCIADA A CATETER CENTRAL EM PACIENTES ADULTOS

Critério 1:

IPCSL associada a um cateter central causada por microrganismo patogênico em adultos > 28 dias Paciente > 28 dias em uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior. Apresenta microrganismo patogênico bacteriano ou fúngico, não incluído na lista de microrganismos comensais

1, isolado em amostra sanguínea : 1. Identificado a partir de uma ou mais amostras de sangue obtidas em hemocultura

OU

2. Identificado gênero e espécie ou pelo menos o gênero, por métodos validados de teste microbiológico não baseado em cultura

E O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso.

Critério 2:

IPCSL associada a um cateter central causada por microrganismo contaminante de pele em adultos

Uso de cateter central por um período maior que dois dias consecutivos (sendo o D1 o dia de instalação do dispositivo) e que na data da infecção o paciente estava em uso do dispositivo ou este foi removido no dia anterior

E

Apresenta pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Febre ($>38^{\circ}\text{C}$)
- Calafrios
- Hipotensão (pressão sistólica ≤ 90 mmHg em adultos)

E

Apresenta microrganismos contaminantes de pele, por exemplo: *Corynebacterium* spp. (exclui *C. diphtheriae*), *Bacillus* spp. (exclui *B. anthracis*), *Propionibacterium* spp., *Staphylococcus* coagulase negativa, *Streptococcus* do grupo viridans, *Aerococcus* spp. e *Micrococcus* spp, identificados em DUAS ou mais hemoculturas, coletadas em momentos distintos, no mesmo dia ou no máximo no dia seguinte.

E

O microrganismo identificado não está relacionado a outro foco infeccioso

E

Os sinais/sintomas e o resultado da hemocultura ocorreram no período de janela da Infecção.

CONSIDERAÇÕES DURANTE A INSTALAÇÃO DO CATETER VENOSO CENTRAL (PROCEDIMENTO)

Inserção

- Forneça e mantenha de fácil acesso uma lista de indicações para o uso de cateteres centrais para evitar seu uso desnecessário.
 - Não realizar punção em veia femoral de rotina, pois a inserção neste sítio está associada a maior risco de desenvolvimento de ICSRC.
 - Na escolha do sítio de inserção, considerar risco para outras complicações não infecciosas (por exemplo, evitar inserção em subclávia para cateteres de hemodiálise por risco de estenose)
 - Preferir inserção guiada por ultrassom. Ao menos duas metanálises relacionaram o uso desta tecnologia com menores complicações mecânicas.
- a) Preferir ecografia bidimensional ao uso do doppler.

b) A experiência com a técnica é principalmente obtida com dados de inserção em jugular interna. A inserção guiada por ecografia é possível em veia subclávia, no entanto, a técnica é mais difícil de ser adequadamente realizada.

- Não há recomendação para o uso de flebotomia como via de acesso de forma rotineira.
- Utilizar kits que contenham todos os insumos necessários para a adequada inserção do cateter central.
- A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotizador elétrico ou tesouras. Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção.
- Higienizar as mãos antes e após a inserção e para qualquer tipo de manipulação do cateter.

a) Higiene das mãos com água e sabonete líquido quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais.

b) Usar preparação alcoólica para as mãos (60 a 80%) quando não estiverem visivelmente sujas.

c) O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.

- Utilizar barreira máxima estéril no momento da inserção dos cateteres centrais

a) Todos os profissionais envolvidos na inserção devem utilizar gorro, máscara, avental estéril de manga longa, luvas estéreis. Utilizar também óculos de proteção.

b) Utilizar campo estéril ampliado, de forma a cobrir o corpo todo do paciente (cabeça aos pés).

c) Estas mesmas medidas devem ser aplicadas na troca do cateter por fio guia.

- Realizar o preparo da pele com solução alcóolica de gliconato de clorexidina > 0,5%

a) Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos e deve ser realizada por meio de movimentos de vai e vem.

b) Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção

- A degermação prévia à antissepsia da pele não é recomendada rotineiramente, estando reservada para casos onde exista sujidade visível.

- Cateteres inseridos em situação de emergência ou sem a utilização de barreira máxima devem ser trocados para outro sítio assim que possível, não ultrapassando 48 horas.

Cobertura, fixação e estabilização

- Considere o uso de dispositivos de estabilização sem sutura para redução do risco de IPCS. - Usar gaze e fita adesiva estéril ou cobertura transparente semipermeável estéril para cobrir o sítio de inserção.
- Em caso de sangramento ou diaforese excessivos, preferir gaze e fita adesiva estéril a coberturas transparentes.
- Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 48 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, independente do prazo, se estiver suja, solta ou úmida. Não atrasar a troca da cobertura que perder a sua integridade, pois isto se associa a quatro – doze vezes o risco de IPCS.
- As coberturas, cateteres e conexões devem ser protegidos com plástico ou outro material impermeável durante o banho.
- Realizar desinfecção das conexões, conectores valvulados e ports de adição de medicamentos com solução antisséptica a base de álcool, com movimentos aplicados de forma a gerar fricção mecânica, de 5 a 15 segundos;
- Avaliar no mínimo uma vez ao dia o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto.

Troca/remoção

- Remover cateteres desnecessários;
- Não realizar troca pré-programada dos cateteres centrais, ou seja, não os substituíss exclusivamente em virtude de tempo de sua permanência;
- Pacientes provenientes de outras unidades hospitalares, deverão ser avaliados quanto a troca de dispositivos invasivos, e no caso de dificuldades ou instabilidade hemodinâmica do paciente, proceder com cuidados de manutenção.

Práticas recomendadas para a prevenção de infecção primária de corrente sanguínea em pacientes internados na uti adulto

Cuidados com os líquidos e sistemas de infusão (equipo, bureta, extensor e torneirinha):

- Usar técnica asséptica no preparo de soluções, administrar imediatamente após o preparo ou refrigerar se recomendado pelo fabricante;
- Dar preferência a sistemas fechados de infusão;
- Antissepsia com álcool 70% ao abrir frascos de soro e de medicamentos;
- Observar: turvação, fendas e perfurações, vedação e perda de vácuo, data de validade;

- Manter o sistema de infusão sempre fechado;
- Administrar medicações em local próprio (injetor lateral, torneirinhas, extensões) com antissepsia prévia das conexões com álcool 70%;
- Trocar equipos simples, buretas, extensões, torneirinhas e outros dispositivos a cada 72 horas e, sempre que ocorrer refluxo de sangue, no caso de infusões intermitentes, como antimicrobianos, sangue e hemoderivados, trocar imediatamente o sistema de infusão ou no máximo em 24h;
- Trocar o sistema de infusão NPT a cada 24 horas.

Observação: Uma das principais vias de entrada de microrganismo na corrente sanguínea é pelas conexões das linhas de infusão. A limpeza das conexões com álcool a 70% é fundamental antes da utilização destas vias. Nunca deixe uma conexão aberta! Mantenha sempre as conexões, não utilizadas, fechadas com a tampa de proteção.

Síntese das recomendações para a prevenção da infecção de corrente sanguínea relacionada ao CVC (Bundles)

- Higiene das mãos;
- Barreira máxima estéril (checklist inserção);
- Seleção do cateter e sítio de inserção;
- Preparo da pele (antissepsia com clorexidina);
- Estabilização do cateter/coberturas;
- Flushing e manutenção do cateter (fricção do hub com álcool 70%);
- Cuidados com o sítio de inserção;
- Revisão diária da necessidade de manter o cateter durante a visita multidisciplinar.

8. Protocolo de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Relacionado ao uso de Cateter de Demora nos Pacientes de UTI Adulto

Objetivo

Prevenir a infecção do trato urinário relacionado ao uso do cateter vesical de demora.

Considerações Gerais

Orientação ao paciente Pré-Procedimento: Informar ao paciente e a família o que vai ser feito e sua finalidade para tranquilizá-los e obter colaboração;

Orientação Pós-Procedimento: Orientar aos familiares para evitar manipulação desnecessária, manter a bolsa abaixo do nível da bexiga. Mudar a coleta apenas quando for absolutamente necessário;

Cuidados a serem observados

Sempre evitar a sondagem;

Caso haja necessidade de sondagem, dar preferência a SVA (sondagem vesical de alívio), mesmo que repetidas vezes;

Deve-se escolher a sonda de menor calibre para cada paciente;

Introduzir a sonda sem traumatizar a uretra. Pequenos traumas, mesmo que microscópicos, aumentam a incidência de infecção;

A assepsia deve ser rigorosa, e todo procedimento deve ser feito sem qualquer contaminação;

Sistema fechado (Sonda-sistema coletor) nunca deve ser quebrado. Quando ocorrer obstrução, deve-se trocar todo o sistema e nunca fazer a lavagem;

A drenagem da urina na bolsa coletora deverá ser feita regulamente de forma asséptica, nunca deixando que o frasco de coleta encoste-se à bolsa coletora. Este frasco coletor deve ser de uso exclusivo do paciente;

Não é necessária a rotina periódica de troca de sonda vesical de demora;

Deve-se observar para que não ocorra desconexão da sonda e do tubo coletor.

A irrigação não deve ser realizada;

Lavagem e desinfecção das mãos antes e após qualquer procedimento com sonda e essencial;

Em recém-nascidos de até 3 meses de vida usar clorexidina para desinfecção. Nunca usar anti-sépticos à base de iodo.

Indicação criteriosa;

Remoção precoce do cateter vesical permanente.

Materiais Necessários:

Bandeja de cateterismo vesical;

Sonda estéril;

Gel lubrificante;

Seringa de 20 ml;

Ampola de água destilada;

Solução antisséptica;

Esparadrapo;

Coletor de urina sistema fechado;

Luva estéril;

Luvras de procedimento.

PROCEDIMENTO

Responsável:
Enfermeiro

Preparar todo o material;

Higienizar as mãos, secar e friccionar álcool glicerinado;

Posicionar o paciente e descobrir apenas a região genital do mesmo;

Colocar adequadamente a comadre (no caso de paciente do sexo feminino);

Abrir a bandeja de cateterismo com técnica asséptica;

Calçar as luvas de procedimento;

Higienizar a região peri-vaginal com água/sabão ou clorexidine degermante com movimentos contínuos de cima para baixo;

Em pacientes do sexo masculino, segurar o corpo do pênis, retirar o prepúcio delicadamente e fazer a limpeza com movimentos circulares em toda a glândula;

Enxaguar com SF 0,9% ou água destilada;

Retirar as luvas e friccionar álcool glicerinado nas mãos;

Calçar as luvas estéreis;

Colocar o campo estéril sobre a região do paciente;

Visualizar a uretra, afastando os grandes e pequenos lábios com os dedos, mantendo-os afastados até o final da técnica;

Fazer assepsia no meato urinário com clorexidine em um só movimento uretral para anal para pacientes do sexo feminino e movimentos circulares para pacientes do sexo masculino;

Lubrificar a sonda com vaselina ou glicerina estéril;

Segurar a sonda firmemente e introduzi-la na uretra até o retorno da urina;

Em pacientes do sexo masculino, segurar o corpo do pênis, elevando-o a um ângulo de aproximadamente 65°, com o prepúcio já retraído, e introduzir a sonda até o retorno da urina;

Insuflar o balonete com 15 ml de água destilada, usando a seringa estéril da bandeja de cateterismo;

Tracionar vagarosamente a sonda e fixá-la no paciente com esparadrapo (conforme POP 085);

Conectar a bolsa coletora na parte distal da sonda, tomando cuidado para não contaminá-las;

Fixar a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga e acima do chão;

Retirar todo o material usado;

Retirar as luvas, higienizar as mãos, friccionar álcool glicerinado e anotar no prontuário.

Manutenção Adequada do Cateter Urinário:

Para a manutenção do cateter urinário deverão ser respeitados os cuidados listados abaixo:

A avaliação deverá acontecer a cada turno, diariamente, até o momento de retirada do cateter.

Fixação do cateter: manter adequadamente seguro para evitar qualquer movimento e tração;

Manter o sistema fechado de drenagem;

Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;

Manter a bolsa coletora com a capacidade máxima de 2/3 (1,300ml) de urina;

Realizar a higienização diária da região periuretral;

Revisão Diária da Indicação do Cateter Urinário:

A reavaliação diária da necessidade de manutenção do cateter urinário deverá ser realizada pela equipe multidisciplinar.

Recomenda-se a sua retirada em até 72 horas após a inserção, devendo ser registrada em prontuário a justificativa para a permanência deste cateter por intervalo superior a este.

Observações:

Trocar todo o sistema quando ocorrer desconexão, quebra da técnica asséptica ou vazamento;

Para exame de urina, coletar pequena amostra através de aspiração de urina com agulha estéril após desinfecção do dispositivo de coleta e levar a amostra imediatamente ao laboratório para cultura.

Esvaziar a bolsa coletora regularmente, utilizando recipiente coletor individual e evitar contato do tubo de drenagem com o recipiente coletor;

Manter sempre a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga;

Não é necessário fechar previamente o cateter antes da sua remoção. Considere o uso de cateteres externos como uma alternativa para cateteres uretrais em pacientes do sexo masculino cooperativos, sem retenção urinária ou obstrução do trato urinário;

O cateterismo intermitente é preferível a cateteres uretrais de demora ou suprapúbica em pacientes com disfunção de esvaziamento vesical;

Se utilizar cateterismo intermitente, realizar a intervalos regulares para evitar hiperdistensão da bexiga;

Estratégias não recomendadas para prevenção de itu:

Não utilizar rotineiramente cateter impregnado com prata ou outro antimicrobiano;

Não triar rotineiramente bacteriúria assintomática em pacientes com cateter;

Não tratar bacteriúria assintomática, exceto antes de procedimento urológico invasivo e período de gravidez.

Evitar irrigação do cateter:

- Não realizar irrigação vesical contínua com antimicrobiano como rotina de prevenção de infecção;
- Não utilizar instilação rotineira de soluções antissépticas ou antimicrobiana em sacos de drenagem urinária;
- Se houver previsão de obstrução, utilizar sistema fechado de irrigação;
- Quando houver obstrução do cateter por muco, coágulos ou outras causas, proceder à irrigação intermitente;

Não utilizar rotineiramente antimicrobianos sistêmicos profiláticos;

Não trocar cateteres rotineiramente.

9. Protocolo de Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAV) em Pacientes de UTI Adulto

Este protocolo trata sobre a prevenção de infecção do trato respiratório relacionado ao uso de ventilação mecânica. A pneumonia relacionada à assistência à saúde é principalmente de origem aspirativa. A principal fonte são as secreções das vias aéreas superiores, seguida pela inoculação exógena de material contaminado ou pelo refluxo do trato gastrointestinal.

Os pacientes internados e, especialmente, os pacientes em ventilação mecânica são um grupo de risco aumentado para pneumonia. Este risco maior deve-se essencialmente a três fatores:

- 1 - Diminuição das defesas do paciente;
- 2 - Risco elevado de ter as vias aéreas inoculadas com grande quantidade de material contaminado;
- 3 - Presença de microrganismos mais agressivos e resistentes aos antimicrobianos no ambiente, superfícies próximas, materiais dessa forma colonizando o próprio paciente. A patogênese da pneumonia relacionada à assistência à saúde envolve a interação entre patógeno, hospedeiro e variáveis epidemiológicas que facilitam esta dinâmica. Os fatores de risco para pneumonia relacionada à assistência à saúde podem ser categorizados da seguinte forma:

1. Fatores que aumentam a colonização da orofaringe e estômago por micro-organismos -
Administração de agentes antimicrobianos, admissão em Unidade de Terapia Intensiva, presença de doença pulmonar crônica de base;

2. Condições que favorecem aspiração do trato respiratório ou refluxo do trato gastrointestinal - Intubação endotraqueal ou intubações subsequentes, utilização de sonda nasogástrica (posição supina), coma; procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior, imobilização devido a trauma ou outra doença;
3. Condições que requerem uso prolongado de VM - com exposição potencial a dispositivos respiratórios, contato com mãos contaminadas ou colonizadas, principalmente de profissionais da área da saúde;
4. Fatores do hospedeiro - extremos de idade, desnutrição, condições de base graves, incluindo imunossupressão.

Pacientes hospitalizados na UTI Adulto, em especial aqueles em VM, constituem grupo de risco aumentado para pneumonia. Estimativas apontam que aproximadamente 33% dos pacientes com quadro de PAV evoluem para óbito em decorrência desta infecção. A pneumonia relacionada a assistência à saúde pode trazer grave repercussão para o paciente e tem grande impacto nas taxas de morbimortalidade, tempo de internação hospitalar e aumento dos custos assistenciais. Diante disso, é fundamental a aplicação das várias medidas de prevenção a fim de se prevenir a ocorrência deste evento, principalmente a PAV, que é uma das mais frequentes infecções relacionadas à assistência à saúde dentro das UTIs brasileiras.

CONCEITOS

Pneumonia: Infecção pulmonar identificada pela utilização de uma combinação de critérios (imagem radiológica, clínicos e laboratorial).

Pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV): pneumonia em paciente em VM por um período maior que dois dias de calendário (sendo que o D1 é o dia de início da VM) e que na data da infecção o paciente estava em VM ou o ventilador mecânico havia sido removido no dia anterior.

Ventilador mecânico (VM): é definido como o dispositivo utilizado para auxiliar ou controlar a respiração de forma contínua, inclusive no período de desmame, por meio de traqueostomia ou intubação endotraqueal. Dispositivos utilizados para expansão pulmonar não são considerados ventiladores.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Medidas Específicas

- **Manter decúbito elevado (30-45°):** Manter pacientes em posição de semirecumbente, ou seja, com elevação da cabeceira em 30 a 45°, salvo na existência de contraindicação, tem demonstrado associação com um risco reduzido de aspiração pulmonar. A utilização do decúbito

elevado reduz o risco de aspiração do conteúdo gastrointestinal ou orofaríngeos e de secreção nasofaringe, por este motivo, diminui a incidência de PAV especialmente em pacientes recebendo nutrição enteral. Outra razão para o acréscimo desta intervenção é a melhoria dos parâmetros ventilatórios quando na posição semi-recumbente. Por exemplo, os pacientes nesta posição apresentam um maior volume corrente quando ventilados com pressão de suporte e redução no esforço muscular e na taxa de atelectasia.

- **Adequar diariamente o nível de sedação e o teste de respiração espontânea:** A utilização da interrupção diária da sedação e a avaliação da prontidão do paciente para a extubação são parte integrante do Ventilator Bundle e têm sido correlacionadas com uma redução do tempo de ventilação mecânica e, portanto, a uma redução na taxa de PAV. Apesar dos benefícios gerados pela interrupção diária da sedação, esta intervenção pode apresentar alguns riscos. O exemplo disso está na extubação acidental, no aumento do nível de dor e ansiedade e na possibilidade de dessincronia com a ventilação, o que pode gerar períodos de dessaturação. É importante implementar a visita multidisciplinar na UTI adulto e pediátrica com avaliação diária da sedação, avaliar a prontidão neurológica para extubação, incluir precauções para evitar a extubação acidental, tais como maior monitorização e vigilância, e implementação de uma escala a fim de evitar aumento da sedação.

- **Aspiração da secreção subglótica rotineiramente:** A utilização da cânula orotraqueal, com um sistema de aspiração de secreção subglótica contínua ou intermitente, é recomendada para pacientes que irão permanecer sob VM acima de 48h ou 72h. O acúmulo de secreção no espaço subglótico é uma variável associada ao maior risco de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica. Esta secreção acumulada torna-se colonizada pela microbiota da cavidade oral. Em pacientes submetidos à ventilação mecânica e uso de antimicrobianos, esta microbiota é composta principalmente de bacilos Gram-negativos e é importante fonte de bactérias resistentes aos antimicrobianos. A rotina de aspiração deve ser prescrita de acordo com a necessidade de cada paciente, pela maior ou menor produção de secreção e realizada com técnica estéril. Essa medida reduz PAV, tempo de ventilação mecânica, internação na UTI e está associada a menor utilização de antibióticos.

- **Higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral):** O entendimento que a PAV é propiciada pela aspiração do conteúdo da orofaringe amparou a lógica de se tentar erradicar a colonização bacteriana desta topografia com o objetivo de reduzir a ocorrência de PAV. Diversos estudos têm demonstrado diminuição das pneumonias associadas à ventilação quando a higiene oral é realizada com clorexidina veículo oral (0,12%). Muitos protocolos preconizam a higiene da cavidade oral com clorexidina oral, formulação de 0,12%, com uma pequena esponja, evitando lesões da cavidade, três a quatro vezes ao dia. O profissional deve ficar atento para alergias, irritação da mucosa ou escurecimento transitório dos dentes. Atualmente, a Instituição possui

escovas de dentes individuais, limpador de língua e clorexidina oral a 0,12%. Solicitar parecer do serviço de odontologia sempre que necessário.

•**Cuidados com o circuito do ventilador**

- A troca do circuito respiratório deve ser realizada apenas se o mesmo estiver visivelmente sujo ou com mau funcionamento. Esta recomendação é classificada como qualidade da evidência I pela SHEA. Portanto, não é recomendada a troca rotineira deste dispositivo.

•**Umidificadores:**

Umidificadores passivos (filtros trocadores de calor e umidade - HME) ganharam ampla aceitação nos cuidados da prática clínica; no entanto, não existe nenhum consenso sobre sua superioridade em termos de prevenção PAV, tempo de internação e mortalidade, em comparação com umidificadores ativos (umidificadores aquecidos). A preferência do sistema passivo de umidificação das vias respiratórias em pacientes mecanicamente ventilados é devido à facilidade de manuseio e ausência de condensados nos circuitos além do relativo baixo custo. Umidificadores aquecidos podem ser a preferência em pacientes com copiosa quantidade de secreções respiratórias, hemoptise abundante, ou naqueles com maior susceptibilidade à atelectasias, porém, a água e condensados formados são possíveis fontes de microrganismos. Substituir o sistema de umidificação quando em mau funcionamento ou visivelmente contaminado. Recomenda-se a troca dos umidificadores passivos a partir de 48 horas, podendo ser utilizado no máximo até 7 dias.

• **Monitorizar pressão de cuff:**

A manutenção da correta pressão de cuff (Pcuff) nos pacientes submetidos à ventilação mecânica é essencial. Excessiva pressão pode comprometer a microcirculação da mucosa traqueal e causar lesões isquêmicas, porém se a pressão for insuficiente, pode haver dificuldade na ventilação com pressão positiva e vazamento da secreção subglótica por entre o tubo e a traqueia. A pressão do cuff do tubo oro traqueal ou da traqueostomia deve ser o suficiente para evitar vazamento de ar e a passagem de secreção (microaspiração) que fica acima do balonete. Recomenda-se, portanto, que esta pressão permaneça entre 25 e 30cmH₂O.

•**Utilização de ventilação mecânica não-invasiva (VMNI):**

O uso de VMNI tem demonstrado redução na incidência de VAP comparado com ventilação mecânica invasiva em pacientes com falência respiratória. A VMNI tem sido uma alternativa efetiva nos pacientes com insuficiência respiratória devido a edema agudo pulmonar cardiogênico ou na doença pulmonar obstrutiva crônica, e no desmame da VM. O uso da VMNI não está recomendado para pacientes comatosos.

Síntese das recomendações para a prevenção de Infecção do Trato Respiratório Relacionado ao Uso de VM (Bundle)

- Realizar higienização rigorosa das mãos, independente do uso de luvas.
- Realizar higiene oral com Gluconato de Clorexidina 0,12%; Manter cabeceira elevada (30-45°), se não houver contraindicação, principalmente quando receber nutrição por sonda;
- Realizar controle efetivo da pressão do cuff do tubo endotraqueal; manter entre 25 a 30 cm H₂O;
- Quando usar sistema fechado de aspiração, realizar avaliação diária acerca das condições do cateter e capacidade de aspiração;
- Não realizar troca rotineira do circuito ventilatório. Trocar apenas em casos de falhas, sujidades ou quando o paciente receber alta;
- Evitar sedações desnecessárias;
- Prever e antecipar o desmame ventilatório e extubação.

Bundle de prevenção de PAV da UTI preenchido pela equipe multidisciplinar

Realizar higiene oral 3 vezes ao dia;

Manter a cabeceira da cama elevada (30° – 45°);

Evitar sedação profunda;

Verificar diariamente a necessidade de extubação;

Manter a pressão do balonete da cânula traqueal entre 25 e 30 cmH₂O;

Manutenção do sistema de ventilação mecânica conforme as recomendações

INDICADORES

Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica;

Taxa de uso de ventilação mecânica;

Taxa de adesão ao Bundle de prevenção de PAVM.

10. Protocolo de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico em Pacientes de UTI Adulto**CONCEITOS**

Infecção de Sítio Cirúrgico Infecção de sítio cirúrgico são infecções que acontecem após procedimentos cirúrgicos comprometendo incisão cirúrgica, cavidades ou tecidos adjacentes.

Podem ser diagnosticadas entre 30 dias após a realização do procedimento cirúrgico ou até 90 dias após uso de próteses ou implantes cirúrgicos.

Os procedimentos cirúrgicos são classificados de acordo com seu potencial de contaminação:

- *Cirurgia limpa*: são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;
- *Cirurgia Potencialmente*: são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.
- *Cirurgia Contaminada*: são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

Procedimento cirúrgico

Ocorre quando há pelo menos uma incisão (incluindo abordagem laparoscópica e orifícios de broca craniana), realizada em um centro cirúrgico (sala de cirurgia, sala de cesariana, ou sala de radiologia intervencionista), feita através da pele, membrana mucosa ou de uma incisão que foi deixada aberta durante um procedimento cirúrgico anterior.

Data da infecção

Para ISC, a data da infecção é a data da realização do procedimento cirúrgico.

Infecções de sítio cirúrgico de notificação nacional obrigatória

As infecções de sítio cirúrgico de notificação nacional obrigatória para o ano de 2024 são infecções que ocorrem após: cirurgia cesariana, implante de prótese mamária, implante de prótese de quadril primária, implante de prótese de joelho primária, infecções pós revascularização do miocárdio e infecções pós-cirurgia de derivação interna neurológica.

Classificação e critérios definidores de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC)

ISC Incisional Superficial (IS)

Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento) e envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta da incisão superficial.
- Cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente (não serão considerados os resultados de culturas positivas quando coletadas através de swabs -hastes com ponta de algodão).
- A incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor.
- Diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou outro médico assistente.

ISC Incisional Profunda (IP)

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos a incisão (ex.: fáscia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade.
- Deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura $>38^{\circ}\text{C}$), dor ou tumefação localizada.
- Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem.
- Diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou outro médico assistente.

ISC Órgão/ Cavidade (OC)

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- Cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtido assepticamente.
- Presença de abscesso ou outra evidência que a infecção envolve os planos profundos da ferida identificada em re-operação, exame clínico, anatomopatológico ou de imagem;
- Diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO CIRÚRGICA

Recomendações Básicas

Preparo do paciente:

- Avaliação pré-operatória a nível ambulatorial;
- Reduzir tempo de internação pré-operatório em cirurgias eletivas, sendo a meta um tempo inferior a 24 horas (h);
- Organização do agendamento de internação e cirurgia;
- Durante o banho, com antisséptico adequado, ter o acompanhamento e a orientação da Equipe de Enfermagem;
- Compensar doenças subjacentes;
- Tratar infecções em sítio remoto, exceto nas situações em que o quadro clínico não permita o adiamento do procedimento.

Remoção de Pelos ou Tricotomia

Tricotomia na unidade de procedência do paciente somente se necessário, imediatamente antes do ato operatório e preferencialmente com tricotomizador elétrico. **Não utilizar lâminas;**

Controle de glicemia no pré-operatório e no pós-operatório imediato

Manter níveis glicêmicos

Preparo da pele

- Realizar degermação do membro ou local próximo da incisão cirúrgica antes de aplicar solução antisséptica;
- Realizar antisepsia no campo operatório no sentido centrífugo circular (do centro para a periferia) e ampla o suficiente para abranger possíveis extensões da incisão, novas incisões ou locais de inserções de drenos, com clorexidina alcoólica 0,5%.

Abordagens NÃO recomendadas

- Utilizar vancomicina como droga profilática rotineiramente;
- Postergar a cirurgia para prover nutrição parenteral;
- Utilizar suturas impregnadas com antissépticos de rotina;
- Utilizar curativos impregnados com antissépticos de rotina.

Banho

- Orientar previamente o paciente nas cirurgias eletivas quanto aos cuidados préoperatórios e banho. Tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, noite

anterior ou manhã da cirurgia, utilizando o antisséptico fornecido pela equipe de enfermagem juntamente com o kit operatório.

- Incluir a higiene do couro cabeludo e o cuidado com as unhas;
- Dar atenção especial à higiene da cabeça nas cirurgias cranioencefálicas;
- Observar que o cabelo deve estar seco antes de ir para o bloco cirúrgico;
- Enfatizar a importância da higiene oral nos casos que houver previsão de intubação oro traqueal fazer higiene oral com clorexidina 0,12%.

Antissepsia cirúrgica das mãos

- Remover todos os adornos das mãos e antebraços, como anéis, relógios e pulseiras, antes de iniciar a antissepsia cirúrgica das mãos;
- É proibido o uso de unhas artificiais;
- Manter unhas curtas;
- Manter o leito ungueal e subungueal limpos, utilizar uma espátula para remover a sujeira;
- Evitar o uso de escovas por lesar as camadas da pele e expor bactérias alojadas em regiões mais profundas da pele; se o seu uso for inevitável, estas devem ser estéreis e de uso único.
- Utilizar esponja para a realização da fricção da pele com antisséptico degermante (Clorexidina 2% ou Polivinilpirrolidona-iodo - PVPI);
- Duração do procedimento: deve ser de 3 a 5 minutos para o primeiro procedimento do dia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subsequentes, se realizadas dentro de 1 hora após a primeira fricção;

Recomendações no transoperatório

Profilaxia antimicrobiana ao paciente na UTI Adulto

- Seguir protocolo institucional;
- administrar dose efetiva de 0 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica;
- Vancomicina e Ciprofloxacina: iniciar infusão 1 a 2 horas antes da incisão;
- Na maioria das cirurgias uma única dose antes da incisão é suficiente. Em cirurgias longas, repetir o antibiótico após um intervalo igual a duas vezes o tempo da meia vida do antimicrobiano; contar a partir da infusão da primeira dose;
- A profilaxia antibiótica não deve ser estendida por mais de 24 horas.

Paramentação cirúrgica

- Usar máscara que cubra por total a boca e nariz quando da entrada na sala cirúrgica, se a cirurgia estiver por começar, em andamento ou se houver material cirúrgico exposto;
- Usar gorros que cubram por completo cabelos da cabeça e face quando da entrada na sala cirúrgica;
- Utilizar capotes e vestimentas cirúrgicas que sejam barreiras efetivas caso sejam molhadas ou contaminadas (materiais que resistam à penetração de líquidos);
- Trocar vestimentas que apresentem-se visivelmente sujas, contaminadas por sangue ou por material potencialmente contaminante;
- Utilizar luvas estéreis após a escovação das mãos e antebraços;
- Colocar as luvas após estar paramentado com o capote estéril. Uso de dois pares de luvas independente de perfuração.

Cuidados com ambiente e estrutura da UTI Adulto

- Manter controle de temperatura (21-24°C), umidade, pressão e filtração do ar (manutenção preventiva) – checagem de vazão, limpeza de ductos e grelhas, e trocas de filtros;
- Manter a ventilação na sala cirúrgica com pressão positiva em relação ao corredor e áreas adjacentes com no mínimo 15 trocas de ar por hora, uso de filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air);
- Esterilização de todo o instrumental cirúrgico, não utilizar a esterilização flash como rotina ou alternativa para a redução do tempo;
- Manter dentro da sala operatória somente materiais e equipamentos necessários ao procedimento;
- Manter janelas lacradas para não interferir com o sistema de ventilação;
- Controlar o número de pessoas na sala operatória;
- Evitar a circulação de pessoal entre as salas operatórias;
- Restringir conversação desnecessária durante o procedimento cirúrgico;
- Manter as portas da sala operatória fechadas, exceto para a passagem de equipamentos, pessoas e pacientes, limitando a entrada às pessoas essenciais.

Cuidados de Limpeza do ambiente da Terapia Intensiva Adulto

- Manter a limpeza e organização da sala operatória durante todo o procedimento cirúrgico;
- Realizar a limpeza e desinfecção da sala cirúrgica a cada procedimento realizado;

- Realizar limpeza terminal diariamente, após a última cirurgia do período, incluindo todas as superfícies e acessórios da sala.

Recomendações no pós-operatório

– Cuidados com a ferida operatória

- Utilizar técnica asséptica;
- Feridas com cicatrização por primeira intenção, manter curativo estéril por 24h, exceto se houver drenagem da ferida ou indicação clínica;
- Feridas com cicatrização por segunda e terceira intenção, escolher a cobertura adequada conforme a avaliação da ferida quanto ao exsudato e presença de sinais infecciosos;
- Substituir o curativo antes das 24h, se molhar, soltar, sujar ou a critério médico;
- Limpar os locais de inserção dos pinos do fixador externo com soro fisiológico 0,9%, removendo crostas e sujidades. Após a limpeza, realizar toque de álcool a 70%; primeiro na inserção dos pinos, depois na área periferia e por último, no fixador.

DRENOS CIRÚRGICOS em Paciente da UTI Adulto

Os drenos cirúrgicos são dispositivos utilizados para remoção de ar e secreções (exsudato purulento, sangue ou outros tipos de secreções, decorrentes de procedimento cirúrgico) do leito de uma ferida ou cavidade. Apesar de não ser responsável por promover cicatrização da ferida ou impedir a infecção, seu uso é necessário para retirar o excesso de líquidos de um sítio cirúrgico, evitando o acúmulo do mesmo, que pode tornar-se um foco de infecção. Drenos laminares são pouco espessos, achatados, maleáveis. A drenagem ocorre por capilaridade (através da superfície externa do dreno). Drenos tubulares têm formato de tubo, produzidos de material menos flexível, não colabam, o escoamento de secreções ocorre pela luz do tubo.

MONITORAMENTO DAS ISC

Indicadores Mensurados na UTI Adulto

- Incidência de infecção de sítio cirúrgico por especialidade;
- Busca fonada das cirurgias limpas (mastologia e ortopedia);
- Checklist de cirurgia segura

11.Riscos Assistenciais

Protocolo de Prevenção de Broncoaspiração na UTI Adulto

Objetivos

- Reduzir a ocorrência de broncoaspiração em pacientes internados;

- Definir medidas preventivas para broncoaspiração.

A broncoaspiração representa uma das principais causas de morte por infecções associadas à assistência à saúde, sendo essa situação muito preocupante quando se considera o envelhecimento da população, o tempo de internação e suas comorbidades.

As manifestações clínicas da pneumonia aspirativa variam desde a ausência de sintomas até a insuficiência respiratória aguda, com consequências clínicas que podem evoluir de forma aguda, subaguda ou lentamente progressiva.

A aspiração de secreção para o parênquima pulmonar resulta em pneumonia bacteriana e geralmente apresenta evolução aguda, com sintomas após horas ou alguns dias depois do evento sentinela. Em um estudo com pacientes com pneumonia e idade maior que 80 anos, os pacientes que receberam o diagnóstico de pneumonia aspirativa apresentaram maior mortalidade, hipernatremia e lesão renal aguda em comparação com os demais. (PEBMED, 2019).

A pneumonia aspirativa está associada a maior mortalidade do que outras formas de pneumonia adquirida na comunidade (29,4% contra 11,6%), um achado que implica maior vigilância em relação à identificação de fatores de risco e precocidade no diagnóstico. Sendo necessário a implementação de um protocolo que atue de maneira preventiva nos pacientes com risco de broncoaspiração.

Definições

Broncoaspiração - É definida como a entrada de conteúdo, endógeno ou exógeno, colonizados por bactérias residentes, ou não, do tubo digestivo para o trato respiratório inferior (traqueia, brônquios e pulmões), ocasionando alterações inflamatórias e, geralmente associado a crescimento bacteriano. As substâncias mais comuns são os resíduos gástricos e as secreções colonizadas contidas na cavidade orofaríngea, favorecendo a ocorrência de pneumonia.

Avaliação para Risco de Broncoaspiração

Os pacientes internados precisam ser avaliados na admissão e diariamente quanto à presença dos seguintes fatores de risco:

- Alterações neurológicas associadas à disfagia;
- Doenças e cirurgias de cabeça e pescoço;
- Doenças do refluxo gastroesofágico;
- Pacientes críticos acima de 65 anos;
- Primeiras 24h pós extubação de pacientes que permaneceram > 48h sob IOT;

- Desconforto respiratório durante ou após a ingesta alimentar;
- Sinais de engasgo e/ou voz molhada;
- Reflexo de tosse diminuído;
- Rebaixamento do nível de consciência;
- Presença de sonda naso/oro gástrica/enteral;
- Sialorréia e/ou acúmulo de resíduo alimentar em cavidade oral;
- Sensação de bolo parado na garganta; dor ao engolir. Prótese dentária mal adaptada. Uso de drogas sedativas. Caso apresente UM ou MAIS fatores de risco, o mesmo deverá ser classificado como paciente com ALTO RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO, sinalizando o risco com placa a beira leito e na passagem de plantão, para a implementação das medidas preventivas recomendadas.

Prevenção

- A alimentação por via oral é preferível ao invés da via enteral, com o uso de uma dieta consistente (macia, podendo ser amassada) e com líquidos espessados, ao invés de purês e líquidos finos;
- A cabeceira deve ser elevada para os pacientes receberem alimentação enteral, ao invés da posição supina, para minimizar o risco de broncoaspiração de resíduos gástricos;
- A má higiene oral se constitui como importante fator de risco para pneumonia aspirativa;
- Estimular a mastigação o máximo possível, com o intuito de facilitar a deglutição;
- Em caso de tosse, engasgo e falta de ar, interromper a alimentação e comunicar a equipe;
- Regular a quantidade de alimento fornecido por vez (a colher não deve estar muito cheia, nem muito vazia);
- Evitar fatores de distração, como: televisão, celular, conversas, entre outros durante a alimentação;
- Manter a cabeceira do leito elevada ou o paciente sentado após alimentação por, aproximadamente, 45 minutos

Diagnóstico

O diagnóstico de pneumonia aspirativa depende da história clínica característica, com broncoaspiração testemunhada, presença de fatores de risco e achados compatíveis na imagem do tórax, infiltrados em segmentos pulmonares dependentes de gravidade: segmento superior do lobo inferior ou segmento posterior do lobo superior, se o paciente estiver em posição supina

durante o evento de broncoaspiração; quando a macroaspiração ocorre em paciente sentado ou em ortostase, os segmentos mais frequentemente acometidos são os basais, o lobo médio e a língua.

Vale ressaltar, que em estágios iniciais da pneumonia aspirativa, a radiografia de tórax pode não apresentar alterações, sendo melhor identificadas pela tomografia de tórax.

Acompanhamento

Pacientes com pneumonia aspirativa tem pior prognóstico que os demais com pneumonia adquirida em comunidade (29,4 contra 11,6% de letalidade, respectivamente). Deve-se acompanhar a melhora do quadro clínico com leucometria e provas inflamatórias, como VHS e PCR. Não há necessidade de controle radiográfico, uma vez que qualquer pneumonia pode demorar semanas para apresentar melhora da imagem. Uma nova imagem é indicada em casos de suspeita de complicações como derrame pleural parapneumônico.

Intervenções imediatas diante do vômito com risco de broncoaspiração

- Interromper a infusão da dieta, se instalada;
- Lateralizar a cabeça do paciente;
- Elevar a cabeceira da cama a 45°, se não houver contraindicação;
- Aspirar a cavidade oral, faríngea e traqueal, para remoção dos resíduos da dieta;
- Investigar sinais de broncoaspiração: tosse, cianose, queda dos níveis de saturação de oxigênio, dispneia ou apneia, ausculta de crepitações ou sibilos, presença de aspirado traqueal com resíduos gástricos e hipotensão arterial;
- Registrar o evento no prontuário do paciente;
- Notificar o evento de broncoaspiração, caso ocorra.

12.Riscos Assistenciais

Protocolo de Flebite na UTI Adulto

Objetivo

Padronizar os critérios de identificação dos pacientes com risco para flebite e definir as ações de prevenção e tratamento.

Introdução

O uso de dispositivos intravenosos pode acarretar prejuízos à saúde da população, no entanto eles são essenciais durante o processo assistencial, sendo papel dos profissionais envolvidos a prevenção das complicações, que podem ser decorrentes do próprio paciente, do dispositivo

empregado e/ou do cuidado prestado. A prevenção de iatrogenias relacionadas ao acesso venoso perpassa principalmente pelos profissionais de enfermagem, podendo em algumas partes ser compartilhada pelo profissional médico. A flebite caracteriza-se por uma inflamação aguda da veia, causando edema, dor, eritema ao redor da punção e um "cordão" palpável ao longo do trajeto. Pode ser classificada quanto ao tipo e quanto ao grau.

Classificação quanto ao Tipo

- **Mecânica** - Pela inserção traumática ao vaso, calibre inadequado do dispositivo em relação ao vaso escolhido.
- **Química** - Pela agressividade dos componentes da medicação ao vaso.
- **Bacteriana** - Causada pelo tempo de troca do dispositivo, quebra da técnica asséptica, curativos úmidos e sujos.
- **Pós-infusional** - Quando se refere ao processo inflamatório de um vaso que já não apresenta cateter in situ e manifesta-se de 48 a 96 horas após sua retirada.

Classificação quanto ao Grau

- **Grau 0** - Sem sinais clínicos.
- **Grau 1** - Presença de rubor, com ou sem dor local ou edema, sem endurecimento e cordão fibroso não palpável.
- **Grau 2** - Pelo menos dois sinais/sintomas: presença de eritema, com ou sem dor local e ou edema local.
- **Grau 3** - Além dos sinais clínicos do grau 2, acrescenta-se a presença de um cordão fibroso palpável ao longo da veia.
- **Grau 4** - Presença de dor, com eritema e ou edema, com endurecimento e cordão fibroso palpável igual ou maior que 1cm de comprimento com drenagem purulenta

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS / RESPONSÁVEIS

ATIVIDADE	RESPONSABILIDADE
Realizar boas práticas da terapia infusional	Equipe de enfermagem e médico
Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado	Equipe de enfermagem
Realizar avaliação de flebite	Equipe de enfermagem
Organizar o material pós-procedimento	Equipe de enfermagem
Evoluir no prontuário eletrônico a realização da avaliação de flebite registrando a conduta realizada	Equipe de enfermagem
Realizar notificação de eventos adversos dos casos de flebite	Equipe de enfermagem

Ações preventivas de flebite

As boas práticas da terapia infusional auxiliam no processo de redução de casos de flebite, como também possíveis casos de infecções de corrente sanguínea relacionadas:

- Higienizar as mãos antes e após o preparo de medicações;
- Higienizar as mãos antes e após manuseio do dispositivo intravenoso;
- Utilização de técnicas assépticas durante a inserção e manipulação do dispositivo intravenoso;
- Realização da técnica “scrub the hub” na extremidade do conector em cada manipulação;
- Realização de salinização de cateter venosos (flushing) antes e após cada medicação com 10 mL de solução fisiológica 0,9%;
- Utilização de técnica de pressão com fluxo turbilhonar (ver Definições) ao final de cada medicação administrada;
- Manter pressão positiva clampeando o polifix antes do final da infusão salina, desacoplando a seringa logo após;
- Correta fixação do dispositivo intravenoso periférico;
- Manipulação de medicamentos intravenosos de forma asséptica;
- Seleção de dispositivo vascular periférico com base na terapia infusional descrita no plano terapêutico determinado ao paciente e de acordo com o calibre do vaso que será puncionado; • Conhecer o medicamento administrado, respectivo diluente, volume e tempo de infusão adequada.

Processo de avaliação

- Higienização das mãos;
- Separar todos os materiais que serão utilizados para avaliação;
- Higienizar as mãos antes de adentrar ao leito do paciente;
- Inspeccionar o óstio (se a cobertura for de película estéril transparente semi oclusiva) e o trajeto do acesso periférico em busca de possíveis sinais flogísticos e/ou formação de cordão fibroso;
- Se a cobertura for com fita adesiva ou esparadrapo, retirar a fita com auxílio de gaze úmida, tendo atenção para a remoção não traumatizar a pele do paciente, nem remover acidentalmente o dispositivo venoso periférico. Após avaliação, realizar novo curativo e cobertura;
- Descarte dos materiais utilizados;
- Higienização das mãos.

Fixação com fita transparente: recomendada a troca do filme em caso de sujidade, umidade ou não aderência. Fixação com fita adesiva: após avaliação, utilizar tira nova da fita adesiva para manutenção. A avaliação tem como base a escala de Maddox, que se caracteriza pela visualização do dispositivo intravenoso periférico, enumerando e classificando a condição na qual este dispositivo se encontra no momento da avaliação, numa escala de 0 a 5.

Para auxiliar no processo de sistematização da assistência, em conjunto à Escala de Avaliação da Flebite e de acordo com as pontuações encontradas na escala está inserido as ações que deverão ser realizadas.

ESCALA DE MADDOX – FLEBITE				
INDICADOR	GRAVIDADE	DIAGNÓSTICO		AÇÃO
Sítio de inserção íntegro	0	Não há sinal de flebite	Sem Dor	Observar evolução
Dor ou Rubor (se 1 desses critérios existe, já considerar)	1	Possível início da Flebite		Manter cuidados conforme protocolo
Dor, Rubor e Edema (se 2 destes critérios estiverem presentes, já considerar)	2	Início da flebite	Dor moderada	Monitorar com frequência e considerar a troca, realizar notificação de eventos adversos

Dor, Rubor e Edema (neste grau, todos os critérios acima devem estar presentes)	3	Flebite em Evolução		Remover, registrar, fazer nova punção, realizar notificação de eventos adversos
Dor, Rubor, Edema e cordão venoso (neste grau, todos os critérios acima citados devem estar presentes)	4	Início de tromboflebite	Dor intensa	Remover, registrar, fazer nova punção, iniciar tratamento do local, realizar notificação de eventos adversos
Dor, Rubor, Edema, cordão venoso e pus (neste grau, todos os critérios acima citados devem estar presentes)	5	Tromboflebite em evolução		Remover, registrar, fazer nova punção, iniciar tratamento do local, comunicar o médico e realizar notificação de eventos adversos

Observações

- Avaliar diariamente a necessidade do uso de cateteres vasculares removendo aqueles cuja permanência não seja mais necessária ou em caso de sinais flogísticos;
- Aplicar diariamente a Escala de Maddox para avaliação de sinais de flebite;
- Fazer o rodízio das punções a cada 96 horas, no máximo, mesmo que a veia pareça íntegra (em crianças a duração de um acesso venoso é maior, e deve ser avaliado diariamente);
- Realizar o registro da Avaliação de Flebite e a conduta realizada, no prontuário eletrônico.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão de Segurança do paciente na UTI adulto	Diretoria Técnica, Assistencial, SCIH e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	3° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	3° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	3° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Segurança do paciente na UTI adulto	Diretoria Técnica, Assistencial, SCIH e NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento Institucional	4° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	4° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP Avaliadores Internos e SCIH	– Checklist cronograma de visita de acompanhamento do POP	e In loco	5° mês

7. Notas importantes

- Todos os incidentes envolvendo identificação do paciente devem ser notificados no Interact ao Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP), investigados pelo serviço.
- A implementação das recomendações geradas pelas investigações deve ser monitorada pelos gestores das áreas e NQSP.

8.Referências

NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES Nº 07/2021. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Notificação nacional obrigatória para o ano de 2022. ANVISA. Brasília, 29 de dezembro de 2021.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde - Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Anvisa 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.

_____. Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

_____. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

_____. Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

_____. Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.

_____. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.

1.3.5.14. Internações para cirurgias eletivas

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1. OBJETIVO

Descrever o fluxo de programação cirúrgica, a partir de um sistema informatizado que possa explicitar a fila de cirurgias, centralizar e acompanhar toda a programação cirúrgica bem como gerenciar os leitos cirúrgicos, garantindo assim uma ação eficiente e de maior produtividade.

2. Âmbito:

Aplica-se ao HRDJSN SES MS, que realiza procedimentos cirúrgicos.

3. Recursos físicos e materiais necessários (se houver):

- Enfermarias cirúrgicas equipadas com gases medicinais;
- Monitores multiparamétricos;
- Bombas de infusão;
- Carrinho de emergência;
- CME rastreável conforme RDC 15/2012;
- Kits de curativos e analgesia;
- Sistema de registro eletrônico: Sistema CORE, PR.

4. Atribuições De Cada Categoria Profissional

- NIR
- AMBULATORIO
- Departamento de Tecnologia da Informação;
- Equipe de Agência Transfusional;

- Equipe de Anestesia;
- Equipe de Especialidades Médicas Cirúrgicas;
- AUDITORIA INTERNA (SES MS)
- Gerência de Atenção ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- Gerência de Laboratório de Patologia Clínica;
- Gerência de Radiologia e Imagem
- Núcleo de Órtese e Prótese e Materiais Especiais;

ABREVIATURAS E SIGLAS

- IO - Intra-Operatório;
- IOT - Intubação Orotraqueal;
- PO – Procedimento Operacional;
- RPA – Recuperação Pós-anestésica;
- SWALIS - Surgical Waiting List Info System (Sistema Informatizado de Lista de Espera para Cirurgia)
- TC – Tomografia Computadorizada;
- UTI – Unidade de Terapia Intensiva.

5. Atividades

CONCEITOS

- Áreas Técnicas: áreas responsáveis em atender as necessidades de recursos tecnológicos, exames, materiais, insumos e hemoderivados

(Equipe de Anestesia, Equipe de Agência Transfusional, Equipe de Processamento de Artigos, Gerência de Atenção ao Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, Gerência de Laboratório de Patologia Clínica, Gerência de Radiologia e Imagem e Núcleo de Órtese e Prótese e Materiais Especiais).

- Cirurgia Eletiva: cirurgia que não tem caráter de emergência ou urgência, possível de ser programada de acordo com a necessidade do paciente e capacidade do serviço de saúde.
- Cirurgia de Urgência: cirurgia em que há risco de vida ou perda de membro corporal, caso o paciente não seja operado em um curto intervalo de tempo.

- Gerente: responsável pela coordenação da programação cirúrgica e gerenciamento de leitos (Núcleo de Regulação Interno/ Equipe de Regulação Interna).
- OPME Eventual: Órteses, próteses e/ou materiais especiais utilizados na assistência não padronizados, de uso esporádico, que não se encontram disponíveis em nossa Instituição, requerendo análise e aprovação para sua aquisição.
- Sistema CORE: sistema informatizado institucional elaborado para conhecimento da demanda cirúrgica existente e centralização e acompanhamento da programação cirúrgica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Todo procedimento cirúrgico, seja eletivo deve ser cadastrado no Sistema CORE;
 - O Sistema CORE envolve as seguintes etapas: indicação cirúrgica pelo profissional médico a nível ambulatorial, regional,;
 - Solicitação do procedimento cirúrgico no Sistema CORE
 - Preparação dos recursos por meio das áreas técnicas;
 - Gerenciamento de todas as solicitações e leitos cirúrgicos pela Equipe de Regulação Interna (NIR)
- No atendimento ambulatorial, o médico cirurgião responsável pelo paciente, identificando a necessidade de realização do procedimento cirúrgico, deve preencher todos os campos pertinentes ao paciente e a cirurgia, incluindo as necessidades de recursos tecnológicos, materiais, insumos e hemoderivados.
- Na revisão técnica, os responsáveis pelas áreas técnicas recebem uma notificação acerca do recurso necessário para o procedimento cirúrgico, devendo registrar parecer quanto à disponibilidade do recurso solicitado na data sugerida da cirurgia;
- Caso o parecer quanto à disponibilidade de algum recurso não seja favorável, isto é, o recurso solicitado não estará disponível na data cirúrgica sugerida, a área técnica deve entrar em contato com o médico cirurgião responsável pelo paciente, verificando a possibilidade de mudança da data cirúrgica ou manutenção da data cirúrgica sem o referido recurso solicitado.
- Mediante essa indisponibilidade do recurso e contato com o profissional médico, se houver mudança da data cirúrgica, o paciente deve ser avisado pelo NIR, ou se o profissional médico preferir, ele mesmo entra em contato com o paciente.

Caso o parecer quanto à disponibilidade de todos os recursos seja favorável, isto é, todos os recursos solicitados estarão disponíveis na data cirúrgica sugerida, o status de todas as áreas técnicas solicitadas estará como “FINALIZADO”;

- Após consulta e indicação cirúrgica, com solicitação via AIH, paciente é encaminhado a auditoria interna da SES MS. para autorização de AIH e direcionamento ao NIR.
- Se o procedimento cirúrgico a ser realizado não necessitar de leito de internação, podendo ser realizado em nível ambulatorial, o médico cirurgião responsável pelo paciente deve também preencher todos os campos pertinentes ao paciente e a cirurgia, incluindo as necessidades de recursos tecnológicos, materiais, insumos e hemoderivados, contudo, optando pela modalidade cirúrgica: “AMBULATORIAL” e ou Hospital dia, a qual, por sua vez, não demandará a impressão e entrega de nenhum pedido de internação, apenas do aviso do procedimento em Centro Cirúrgico e pedido de reserva de algum material outrora indicado. •
- Para todo procedimento cirúrgico que necessitar de leitos, haverá reserva ou providência de leitos. Em se tratando de procedimento eletivo, o gerente de enfermagem e gestão de leitos identifica o tipo de leito solicitado pelo médico cirurgião: leito dia, leito rotativo e/ou enfermaria e, UTI, durante o período de programação cirúrgica, organiza e reserva o leito necessário.
- Para que a reserva ou providência de leitos ocorra de forma efetiva, é necessário o preenchimento correto de todas as informações solicitadas no processo, tais como: tipo de acomodações, número de diárias estimadas, necessidade de leito de UTI no pós-operatório e horário da cirurgia, sendo o médico solicitante o responsável por todas essas informações;
- A rotatividade dos leitos cirúrgicos deve ser monitorada pelas especialidades médicas que os utilizam, seja acompanhando o tempo de internação programado ou ajustando o planejamento de alta, a fim de otimizar seu uso e obter um índice de intervalo de substituição satisfatório;
- O tempo mínimo para inserção do pedido cirúrgico eletivo será de 7 (sete) dias, considerando a organização das diferentes áreas técnicas.

Os cancelamentos cirúrgicos que se fizerem necessários no dia previsto da cirurgia, por motivos de: alteração clínica do paciente, ausência do paciente ou necessidade de substituição por paciente de urgência,

ACESSO E CRITÉRIOS PARA INTERNAÇÃO EM UTI NO PÓS-OPERATÓRIO

- As solicitações de procedimentos cirúrgicos eletivos que demandarem leito de UTI no pós-operatório devem respeitar o fluxo de acesso e os critérios estabelecidos para internação;
- A UTI A é a unidade de referência para os procedimentos cirúrgicos eletivos e a regulação de seus leitos é de responsabilidade exclusiva da NIR A;

- Após a solicitação de leito de UTI, a gestão de leitos faz a reserva do leito com a gestão da UTI A, cabendo apenas a esta equipe (NIR) a retirada do aviso bem como sua reserva;
- A reserva de leitos da UTI A para os procedimentos cirúrgicos eletivos seguirá os critérios de prioridade abaixo relacionados:
 - Pacientes portadores de neoplasia, com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico;
 - Número de vezes que a cirurgia foi cancelada; - Pacientes portadores de doenças benignas com alta probabilidade de recuperação e sem nenhuma limitação de suporte terapêutico;
 - Pacientes que necessitam de intervenções de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limitação de intervenção terapêutica;
- As complicações intra-operatórias/RPA são:
 - Sangramento/alteração de coagulação;
 - Lesão de alça, ureter, vasos ou órgãos;
 - Insuficiência Respiratória ($SpO_2 < 90\%$, $FR > 40\text{ipm}$);
 - Broncoespasmo não revertido;
 - Edema agudo de pulmão;
 - Hipotensão não revertida;
 - Sinais de hipoperfusão tecidual;
 - Reações Alérgicas moderadas ou graves;
 - Diurese diminuída ($< 0,5\text{ml/hora}$);
 - Parada cardiorrespiratória;
 - Padrão ventilatório inadequado após extubação ou após observação na RPA;
 - Sinais de sepse (conforme protocolo institucional);
 - Agitação psicomotora na RPA, com necessidade de sedação contínua;
 - Ocorrência de arritmias novas e persistentes;
 - Alteração eletrocardiográfica indicativas de isquemia;
 - Poli transfusão;
 - Instabilidade hemodinâmica no intra-operatório;

- Necessidade de manutenção de IOT no pós-operatório imediato por razões cirúrgicas ou anestésicas;
- Impressão subjetiva de má evolução;
- Crise hipertensiva no IO ou na RPA.

Alterações laboratoriais mais comuns que justifiquem monitorização em UTI:

- HB 7,7;
- Glicemia >400;
- Exames de imagem: TC de crânio com hemorragia, contusão e etc.;
- Ocorrência de pneumotórax no IO

Devem ser avaliados imediatamente após término da cirurgia:

- Cirurgias de grande porte (Laparotomia Exploradora, Cirurgia de Aorta, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia Vascular, Esofagectomia, Ressecção abdominoperineal, Hepatectomia, Cirurgias Torácicas);
- Perda estimada de sangue > 1000 ml; - Fezes, pus ou sangue na cavidade;
- Cirurgia de Emergência (menos que 2 h da admissão)
- Complicações cirúrgicas que necessitem de monitorização intensiva no pós-operatório;

Em qualquer momento, durante o fluxo do paciente cirúrgico, o médico responsável (cirurgião e/ou anestesista) poderá indicar monitorização pós-operatória, baseado nos critérios acima ou somente pela impressão subjetiva de má evolução;

Para as solicitações de procedimentos cirúrgicos de urgência que demandarem leito de UTI no pós-operatório, o médico responsável pelo paciente deve verificar junto a NIR possibilidade de leitos remanescentes de eletiva. Caso não haja leitos disponíveis na UTI A, verificar junto à equipe médica da UTI B, que são de caráter geral, isto é, destinada a qualquer tipo de demanda;

Caso haja dificuldades de acesso aos leitos de qualquer uma das UTIs, a Diretoria Técnica dos respectivos departamentos hospitalares deve ser acionada.

6.Plano de implantação e revisão:

1º fase (Jan/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.

2º fase (Jan/26) – Capacitação IMEDIATA de profissionais recém-admitidos com treinamentos. (Técnica – Enfermeiros/ Cuidados: todos da equipe assistencial)

Revisão: semestral

ORIENTAÇÕES GERAIS

- As áreas técnicas devem acompanhar diariamente os pedidos cirúrgicos inseridos no Sistema PR, a fim de garantirmos uma ação eficiente e de maior produtividade;
- As especialidades cirúrgicas podem consultar, a qualquer tempo, o andamento de seu pedido cirúrgico, visualizando o status e os pareceres de cada área técnica;
- A relação de OPMEs Eventuais pode ser encontrada junto ao Núcleo de Órtese e Prótese e Materiais Especiais do HRDJSN,
- Se algum recurso, no momento do preenchimento do pedido, não for encontrado cadastrado no Sistema, o requisitante deve entrar em contato com a respectiva área técnica, a qual, por sua vez, se responsabilizará pelo acompanhamento desse pedido e pelo cadastramento do recurso junto ao DTI;

7. Notas importantes (se houver)

Não se aplica.

8. Referências

- FARIA, E.; COSTA, K. R. A.; SANTOS, M. S.; FUMIO, M. K. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. RAS. Vol. 12. Nº 47. Abr-Jun, 2010.
- SEVIR. Fluxo de Acesso às Cirurgias Eletivas no Estado do Ceará. Nota Técnica Nº 01. Ceará – Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação Em Saúde – SEVIR, 2020.
- SINJ-DF. Ordem de Serviço Nº 109, de 31 de março de 2014. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal. 2014.

1.3.5.15. Acidente de Trabalho com Material Biológico

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Estabelecer diretrizes e procedimentos padronizados para o atendimento imediato e o gerenciamento de acidentes ocupacionais com exposição a material biológico potencialmente contaminado por agentes como HIV, HBV e HCV, conforme as recomendações da NR-01 (Gerenciamento de Riscos Ocupacionais) e NR-32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde). Este documento visa garantir a segurança e a saúde dos trabalhadores, reduzir a transmissão de doenças e assegurar a rastreabilidade de todos os atendimentos realizados. Aplica-se a todas as categorias profissionais com risco de contato com fluidos corporais e materiais contaminados.

2.Âmbito:

Este procedimento aplica-se a todos os setores hospitalares da unidade, incluindo Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, CME, Laboratório de Análises Clínicas, Pronto Socorro, CME, UTI Adulto, Serviços de Nutrição, Limpeza Hospitalar, Enfermagem, Equipe Multidisciplinar, SESMT, e demais áreas assistenciais e de apoio onde haja possibilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Equipamento de Proteção Individual – EPI

São empregados para proteger o pessoal da área de saúde do contato com agentes infecciosos, tóxicos ou corrosivos, calor excessivo, fogo e outros perigos. A roupa e o equipamento servem também para evitar a contaminação do material em experimento ou em produção.

Tabela 02 - Recomendações para utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) nas Precauções Básicas de Biossegurança:

Procedimento	Higiene das mãos	Luvas	Capote (avental)	Máscara e óculos de proteção
Exame de paciente sem contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra	X	-	-	-
Exame de paciente, incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não íntegra	X	X	_*	-
Coleta de exames de sangue, urina e fezes	X	X	-	-
Realização de curativos	X	X	_*	- **
Aplicações parenterais de medicações	X	X	-	- **
Punção ou dissecação venosa profunda	X	X	X	X
Aspiração de vias aéreas e intubação traqueal	X	X	X	X
Endoscopias, broncoscopias	X	X	X	X
Procedimentos dentários	X	X	X	X
Procedimentos com possibilidade de respingo de sangue e secreções	X	X	X	X
Mudança de decúbito	X	X	X	X

A utilização de capotes (aventais) está indicada durante os procedimentos em que haja possibilidade de contato com material biológico, como na realização de curativos de grande porte em que haja maior risco de exposição ao profissional, como grandes feridas cirúrgicas, queimaduras graves e lesões de decúbito.

O uso de óculos de proteção está recomendado somente durante os procedimentos em que haja possibilidade de respingo.

Proteção De Mãos E Braços (Luvas)

As luvas são usadas como barreira de proteção prevenindo contra contaminação das mãos ao manipular material contaminado, reduzindo a probabilidade que microrganismos presentes

no ambiente e nas mãos sejam transmitidos / adquiridos durante procedimentos.

Imagem 01 – Proteção de mãos e braços



Luva de procedimento látex



Luva à base de borracha natural (laranja)



Luva à base de borracha natural (amarela)



Luva para proteção contra agentes químicos



Luva para proteção contra agentes mecânicos e químicos



Luva de raspa



Luva térmica



Luva de malha de aço

O uso de luvas não substitui a necessidade de Higienização das mãos, reduzir o risco de Infecções associadas a cuidados assistenciais, porque elas podem ter pequenos orifícios imperceptíveis ou danificar-se durante o uso, podendo contaminar as mãos quando removidas.

- Usar luvas de látex sempre que houver risco de contato com sangue, fluídos do corpo dejetos, trabalho com microrganismos;
- Usar luvas de PVC para recolher os resíduos e no setor de Lavanderia (área suja);
- Não usar luvas fora da área de trabalho, não abrir portas e não atender telefone com luva;
- Luvas de látex – SHL.

As luvas protegem de sujeira grosseira. Elas devem ser usadas em procedimentos que envolvam sangue, fluidos corporais, secreções, excreções (exceto suor), membranas, mucosas, pele não íntegra e durante a manipulação de artigos contaminados. As luvas devem ser trocadas após contato com material biológico, entre as tarefas e procedimentos num mesmo paciente, pois podem conter uma alta concentração de microrganismos. Remova as luvas logo após usá-las, antes de tocar em artigos e superfícies sem material biológico e antes de atender outro paciente evitando a dispersão de microrganismos ou material biológico aderido nas luvas. Higienize as mãos imediatamente após a retirada das luvas para evitar a transferência de microrganismos a outros pacientes e materiais.

Obs: O colaborador que apresentar alergia de algum material da luva, o gestor deverá encaminhar para atendimento médico no setor Acolhimento, posteriormente, o colaborador deverá apresentar o laudo no Setor SESMT para que seja solicitado ao Setor Suprimentos a compra da luva adequada ao colaborador.

Proteção Ocular E Facial

Os óculos de proteção e o escudo/viseira/protetor facial (*face shield*) são utilizados em procedimentos e servem para proteger as mucosas dos olhos, nariz e boca de respingos (gotículas) gerados pela fala, tosse ou espirro de pacientes ou durante atividades de assistência e de apoio. Estas gotículas geradas por fonte humana têm diâmetro de até 5µ e se dispersam até um metro de distância quando se depositam nas superfícies. Elas podem ser de sangue, fluidos corporais, secreções e excreções ou líquidos contaminados como aquelas geradas durante a lavagem de materiais contaminados. Os procedimentos de maior risco e dispersão de respingo são: broncoscopia, aspiração oral, nasal ou endotraqueal, passagem de sonda gástrica, cirurgias, suturas, técnicas laboratoriais de bioquímica e microbiologia. Outra indicação de uso destes equipamentos é durante a manipulação de produtos químicos.

Imagem 02 – Proteção ocular e facial



Óculos de proteção



Protetor facial

Proteção Respiratória (Máscaras E Respiradores)

Usados para proteger as vias respiratórias contra poeiras tóxicas, vapores orgânicos ou químicos e microrganismos. Na unidade faz-se o uso de quatro modelos de EPIs que visam à proteção dos colaboradores contra a inalação de agentes nocivos à saúde, são eles:

Respirador PFF2/N95 – É utilizada para proteção das vias respiratórias em ambientes hospitalares contra presença de aerodispersóides e prevenção de disseminação de alguns agentes de transmissão por via respiratória, como o *Mycobacterium tuberculosis*, o vírus do Sarampo, o vírus da H1N1/Gripe tipo A, o vírus COVID-19 e similares. Os respiradores de proteção respiratória (N95/PFF2 ou equivalente) poderão, excepcionalmente, ser usadas por período maior (uso prolongado) ou por um número de vezes maior que o previsto pelo fabricante (uso intermitente), desde que sejam utilizadas pelo mesmo profissional e que seja seguida, minimamente, a recomendação que visa minimizar a contaminação desta. O profissional de saúde deve utilizar um protetor facial (*face shield*), pois este equipamento protegerá a máscara de contato com as gotículas expelidas pelo paciente. Pode ser guardada, para um próximo uso, em um saco de papel e os tirantes para o lado de fora do saco de papel; deve ser identificada com o seu nome e data de abertura (sugere-se que seja no próprio saco de papel); não dobrar e/ou amassar, pois isso irá comprometer a filtração da mesma; o profissional deve continuamente avaliar a adequada adaptação da sua máscara à face de elasticidade de suas alças de fixação à cabeça bem como a integridade da sua estrutura; poderá ser utilizada pelo período máximo de 14 (catorze) dias desde que em boas condições; deve ser trocada em caso de estar úmida, rasgada, com defeito de vedação ou elásticos soltos.

Respirador PFF2 Carvão Ativado – Filtra gases tóxicos e odores. Seu uso também está indicado para ambientes ou atividades com odor fétido e desagradável.

Respirador Purificador De Ar Tipo Peça Semifacial – Para proteção das vias respiratórias do usuário contra a inalação de partículas sólidas, quando utilizados com filtros mecânicos ou combinados, e contra gases e vapores, quando utilizado com filtros químicos ou combinados.

Máscara cirúrgica – É uma barreira que cobre o nariz e a boca, indicada para proteger o colaborador de saúde de infecções por inalação de gotículas transmitidas a curta distância e pela projeção de sangue ou outros fluídos corpóreos que possam atingir suas vias respiratórias.

As máscaras e respiradores são de uso individual, intransferível e reutilizável. Tem vida útil variável dependendo do tipo de contaminante, sua concentração, da frequência respiratória do usuário e da umidade do ambiente. Os respiradores PFF2/N95 e PFF2 Carvão Ativado devem ser trocados sempre que se encontrar saturado (entupido), perfurado, rasgado ou com elástico solto, ou quando o usuário perceber o cheiro ou gosto do contaminante e/ou com 14 dias de uso. Não deve ser feito nenhum tipo de reparo. Manusear com as mãos limpas e guardar em local limpo.

Imagem 03 – Proteção respiratória



Respirador PFF2/N95



Respirador PFF2 – Carvão ativado



Respirador purificador de ar tipo peça
semifacial

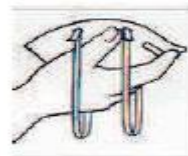


Máscara cirúrgica

Tabela 04 – Orientações para a colocação dos respiradores sem manutenção

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DOS RESPIRADORES SEM MANUTENÇÃO

a) Segure o respirador na palma da mão, com a espuma interna na direção da ponta dos dedos. As tiras elásticas devem ficar soltas e para baixo.



b) Leve o respirador ao rosto cobrindo a boca e o nariz. Puxe o elástico de cima, passando-o pela cabeça e ajustando-o acima das orelhas.



c) Depois faça o mesmo com o elástico inferior, ajustando-o na nuca. Posicione o respirador no rosto de modo a permitir um bom campo visual.



d) Com dois dedos de cada mão, Pressione o grampo de ajuste nasal com os dedos de forma a moldá-lo ao seu formato de nariz. Isto lhe garantirá um bom ajuste.



e) Para verificar a vedação, coloque as mãos na frente do respirador e sople fortemente. O ar não deve vazar pelas laterais. Caso isto aconteça, reinicie a colocação do respirador até conseguir um bom ajuste.



f) Para retirá-lo, comece pelo elástico abaixo das orelhas, passando-o pela cabeça. A seguir, proceda da mesma forma com o outro elástico.

Fonte: SESMT

Proteção Do Tronco (Avental)

O avental (limpo não estéril) serve para proteger a pele e prevenir sujidade na roupa durante

procedimentos que tenham probabilidade de gerar respingos ou contato de sangue, fluidos corporais, secreções ou excreções. O avental deve ser selecionado de acordo com a atividade e quantidade de fluido encontrado (plástico ou tecido). O avental impermeável está indicado para lavagem de materiais em áreas de expurgo (CME) e áreas sujas (SPR, Central de Resíduos - abrigo externo, SND e Endoscopia). O avental sujo será removido após o descarte das luvas e as mãos devem ser higienizadas e assim reduzir o risco de infecções associadas a cuidados assistenciais.

Imagem 03 – Proteção do tronco



Avental confeccionado em PVC com forro de poliéster, tipo barbeiro, manga longa



Avental confeccionado em PVC com forro de poliéster, tipo barbeiro, sem manga



Avental confeccionado em polipropileno (SMS)



Avental confeccionado em tecido de algodão com tratamento retardante a chamas e revestido em silicone



Avental confeccionado em VINIL tipo barbeiro, manga longa



Avental confeccionado em VINIL, sem manga

Proteção Auditiva

Refere-se a dispositivos usados para proteger as orelhas, seja externamente de elementos como frio, intrusão por água e outras condições ambientais, detritos ou especificamente contra ruídos. Esses dispositivos são Equipamentos de Proteção Individual (EPI), sendo obrigatoriamente de uso pessoal, conhecidos também por dispositivos de proteção auditiva, que tem por finalidade

diminuir os riscos existentes no ambiente, e proteger contra o surgimento de possíveis doenças ocupacionais.

Imagem 04 – Proteção auditiva



Protetor auditivo tipo concha



Protetor auditivo tipo plug

Tabela 04 – Orientação para a colocação do protetor tipo concha

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR TIPO CONCHA

a) A haste deve estar sobre o topo da cabeça; alinhe a altura das conchas de acordo com a posição de suas orelhas. Encaixe as conchas em suas orelhas de forma que elas estejam totalmente inseridas no círculo interno da almofada.



b) Retire o excesso de cabelo que fica entre o abafador e a orelha.



c) Certifique-se de que a vedação esteja satisfatória, sem a interferência de objetos como elásticos de respiradores ou armações de óculos. A orelha deve estar sempre solta dentro do círculo interno da concha; evite com que ela esteja presa ou pressionada pela almofada.



ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR TIPO CONCHA

d) As conchas devem ficar alinhadas verticalmente para proporcionar melhor vedação. Nunca use com as conchas viradas para trás.



Fonte: SESMT

Tabela 05 – Orientações para a colocação do protetor tipo plug

ORIENTAÇÕES PARA A COLOCAÇÃO DO PROTETOR TIPO PLUG

a) Com as mãos limpas, segure o protetor pela haste.



b) Para facilitar a inserção do protetor, puxe a orelha na diagonal para cima e para trás.



c) Insira o protetor no canal auditivo até o fundo, de forma que não gere desconforto.

*Proteção De Pés E Pernas*

A proteção dos pés e pernas contra animais peçonhentos, torções, escoriações, derrapagens, umidade, objetos cortantes e ação de produtos químicos é conferida por botas, botinas e perneiras de segurança. Esses equipamentos também são encontrados em diferentes modelos e materiais, mas os de couro e os de PVC são os mais comuns.

Imagem 05 – Proteção de pés e pernas



Calçado confeccionado em EVA com solado de borracha antiderrapante



Calçado tipo bota PVC cano longo, impermeável, sem biqueira



Calçado tipo bota PVC cano curto, impermeável, sem biqueira

Outros Equipamentos

Jaleco

Os vários tipos de jalecos são usados para fornecer uma barreira de proteção e reduzir a oportunidade de transmissão de microrganismos. Previnem a contaminação das roupas pessoal, protegendo a pele da exposição a sangue e fluidos corpóreos, salpicos e derramamentos de material infectado.

- São de uso constante nos laboratórios;
- Devem sempre ser de mangas $\frac{3}{4}$ e de cor branca, confeccionados em algodão ou fibra sintética (não inflamável);
- Os descartáveis devem ser resistentes e impermeáveis;
- Uso de jaleco é permitido somente nas áreas de trabalho. Nunca em refeitórios ou fora dos locais de Trabalho;
- Jalecos nunca devem ser colocados nos armários onde são guardados objetos pessoais.

Uniforme De Algodão

Composto de calça e blusa.

Touca Descartável

A Toca descartável está indicada especificamente para profissionais que trabalham com procedimentos que envolvam dispersão de aerossóis, projeção de partículas e proteção de pacientes quando o atendimento envolver procedimentos cirúrgicos.

Imagem 06 -Touca descartável



Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)

São equipamentos que possibilitam a proteção dos colaboradores de forma coletiva. Os EPCs estão previstos nas NRs 04 e 09, trata-se de todo dispositivo ou sistema de âmbito coletivo, destinado à preservação da integridade física e da saúde dos trabalhadores, assim como a de terceiros. São os equipamentos que neutralizam o risco na fonte, dispensando, em determinados casos, o uso dos equipamentos de proteção individual.

Fluxo Laminar De Ar

Classe II, onde o ar é filtrado em filtros HEPA, antes de entrar e antes de sair da cabine, protegendo o manipulador, o ambiente e o material;

Extintores

De acordo com a NBR 12693 – Sistemas de proteção por extintores de incêndio, um extintor é um aparelho manual utilizado com a finalidade de combater princípios e focos de fogo que contém um determinado agente extintor para certos tipos de incêndios.

Hidrantes

Sistema de hidrantes prediais para combate a incêndio.

Imagem 07 – Hidrante



Fita Antiderrapante

Utilizado para evitar escorregões em vias de acesso que possuem inclinação (rampas de acesso) e escadas.

Programa De Gerenciamento Dos Resíduos De Serviços De Saúde

Os resíduos são segregados na origem, acondicionados conforme descrito no Programa de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde.

Equipamentos, Bancadas E Pias

- Cada setor deverá proceder à limpeza das bancadas e equipamentos após o uso;
- No início e final do expediente as bancadas deverão ser limpas com álcool 70%;
- As pias deverão ser limpas no início do expediente;
- Refrigeradores que armazenam medicamentos precisam ser limpos conforme rotina de limpeza de geladeira.

Medidas De Prevenção Com Material Perfurocortante

A prevenção da exposição ao sangue ou a outros materiais biológicos é a principal medida para que não ocorra contaminação por patógenos de transmissão sanguínea nos serviços de saúde. Precauções Padrão ou Precauções Universais são normatizações que visam reduzir a exposição aos materiais biológicos. Essas medidas devem ser adotadas na manipulação de artigos médico-hospitalares e na assistência a todos os pacientes, independentemente de seu diagnóstico.

Cuidados Com Materiais Perfurocortantes

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos que envolvam a manipulação de material biológico potencialmente contaminado ou material perfurante/cortante.
- Usar sempre luvas quando existir a possibilidade de contato com sangue ou secreções.
- É proibido reencapar, entortar, quebrar ou retirar agulha da seringa com as mãos.
- Treinamento técnico eficiente sobre o processo: Preparação - administração - trajeto - descarte;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimento que envolvam materiais perfurocortantes.

Padronização Das Caixas De Perfurocortantes

Os resíduos perfurocortantes deverão ser descartados no local de geração em caixa coletora para perfurocortante. Quando o conteúdo atingir a marca tracejada da caixa, esta deverá ser trocada imediatamente. Para a montagem da caixa o colaborador e/ou outro profissional, deve seguir criteriosamente todas as orientações de montagem da caixa (vide caixa) e adotar as seguintes recomendações: anotar com pincel data da montagem da caixa, nome do montador,

data de troca, obedecendo o tempo máximo de permanência de 90 dias, desde que, não apresentem umidade, rasgos ou outras condições que representem riscos aos trabalhadores.

Descarte De Material Perfurocortante

- Todo o material perfurocortante (agulhas, scalpels, lâmina de bisturi etc.), deve ser descartado em recipientes específicos;
- O profissional que usou o material é responsável pelo seu correto descarte;
- Os recipientes para descarte de material perfurocortante devem estar apoiados sobre suportes adequados e o mais próximo do local onde é realizado o procedimento.
- Ao transportar tubos de ensaio, seringas ou artigos que contenham fluídos biológicos, nunca os leve nas mãos, mas sim em caixas rígidas ou em suportes apropriados.

Programa De Imunização Ocupacional

Sabidamente há um risco aumentado de aquisição e de transmissão de doenças infecciosas em ambiente hospitalar: tanto o paciente como os profissionais de saúde têm maior risco de exposição a certas doenças infecciosas, assim como ambos podem ser o veículo de transmissão e disseminação de doenças. O profissional de saúde está exposto a diversas doenças infecciosas em sua prática diária: transmissíveis por via respiratória (tuberculose, varicela, rubéola, sarampo, influenza, viroses respiratórias, doença meningocócica, caxumba e COVID), transmissíveis pela exposição a sangue e fluídos orgânicos (HIV, hepatite B, hepatite C, raiva) de transmissão fecal-oral (hepatite A, poliomielite, gastroenterite, cólera) e transmitida pelo contato com o paciente (escabiose, pediculose, colonização por estafilococos).

O papel do profissional de saúde como transmissor de doenças infecciosas na prática clínica não pode ser desprezado. O risco de o profissional transmitir doenças aumenta, caso as técnicas não sejam empregadas corretamente e ele esteja susceptível a certas doenças transmissíveis.

Por estarem mais expostos a certas doenças transmissíveis, os profissionais de saúde devem estar adequadamente imunizados além de obviamente utilizar corretamente as técnicas de proteção individual para minimizar o risco de aquisição de certas doenças infecciosas:

A vacinação é a ferramenta mais eficaz para a prevenção de certas doenças infecciosas de possível transmissão em ambiente hospitalar (hepatite B, varicela, sarampo, influenza, caxumba, rubéola, meningite e COVID). A vacinação adequada de profissionais de saúde diminui o risco de aquisição de doença por diminuir o número de susceptíveis a doenças imunopreveníveis.

Calendário De Vacinação Ocupacional

Tabela 06 – Vacinação ocupacional

VACINA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
B		
HEPATITE	A vacina previne a infecção pelo vírus da hepatite B	Em casos de reação anafilática;
FEBRE AMARELA – FA	A vacina está indicada para prevenir contra a febre amarela	- Para menores de 6 meses; - Para imunodeprimidos; - Portadores de doenças autoimunes
TRÍPLICE VIRAL – TV	A vacina protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola.	- Em casos de reação anafilática; - Para gestantes;
DUPLA ADULTO – dT	A vacina é indicada para prevenir contra o tétano	Para menores de 7 anos;
INFLUENZA	A vacina é indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra complicações da doença	Para menores de 6 meses;
Dtpa	Indicada como imunização primária para prevenir o tétano e para profissionais da saúde que prestam assistência a menor de <1 ano	Em casos de reação anafilática;
COVID	A vacina previne contra as formas graves de infecção por SARS-COV 2	Em casos de reação alérgica grave
VARICELA	Indicada para proteger contra a varicela zoster	- Para imunodeprimidos; - Para mulheres que pretendem engravidar nos próximos 30 dias.
Meningo	Indicada para proteger contra a meningite	Em casos de reação anafilática;

Obs¹: A vacinação dos colaboradores, prestadores de serviços, residentes é realizada seguindo as Orientações Técnicas do Manual de Vacinação do Ministério da Saúde, Calendário Vacinal Ocupacional de Trabalhadores da Saúde e das recomendações do Manual da Sociedade Brasileira de Imunização - SBIM.

Obs²: Para os casos de reação vacinal o colaborador deve abrir o pronto atendimento no setor de acolhimento e passar por avaliação médica para estabelecimento do evento supostamente atribuível a imunização.

4. Atribuições de cada categoria profissional

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

BIOMEDICO (A) AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- Realizar a conferência de estoque e pedidos de hemocomponentes.
- Realizar exames imuno-hematológicos pré-transfusionais;
 - Supervisionar e orientar o registro dos formulários e sistemas relacionados ao serviço de hemoterapia conforme legislação, garantindo a rastreabilidade dos hemocomponentes transfundidos;
 - Supervisionar as atividades desenvolvidas pelos técnicos de patologia clínica;
 - Validar a entrada e saída(solicitações) de hemocomponentes no sistema Informatizado;
 - Desenvolver o programa de treinamentos e capacitações para a equipe do setor;
 - Realizar o controle de qualidade interno dos reagentes;
 - Realizar avaliação externa de qualidade dos ensaios de proficiência, teórica e prática em imuno-hematologia;
 - Realizar solicitação de compras dos reagentes utilizados na realização dos exames imuno- hematológicos;
 - Realizar conferência das solicitações dos pedidos de transfusão no sistema Informatizado;
 - Realizar o controle de estoque dos reagentes e armazenamento;
 - Levantar os dados estatísticos (hemoprod e produção) e enviar mensalmente para o hemocentro;
 - Levantar os dados de produção diária do mapa mensal de hemoterapia e enviar para o same diariamente e mensalmente;
 - Realizar pedido de estoque de hemocomponentes ao hemocentro;
 - Registrar eventos e não conformidades no sistema SAS;
 - Elaborar documentos voltados para o setor;
 - Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
 - Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor;
 - Realizar e participar de reuniões do setor.

- Desprezar bolsas, amostras de pacientes e reagentes vencidos, de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos.

ENFERMEIRO (A) AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- Supervisionar e orientar o registro dos formulários e sistemas relacionados ao serviço de hemoterapia conforme legislação, garantindo a rastreabilidade dos hemocomponentes transfundidos;
- Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos hemoterápicos nas unidades, visando assegurar a qualidade dos hemocomponentes transfundidos;
- Desenvolver o programa de hemovigilância;
- Identificar, investigar e notificar (ANVISA) junto a RT da Agência Transfusional, as reações transfusionais ocorridas, bem como, os outros incidentes e eventos adversos do ciclo do sangue e realizar a análise crítica dos mesmos em reuniões mensais no comitê Transfusional e comitê de gerenciamento de riscos;
- Acompanhar os pacientes que necessitam de preparo pré-transfusional por meio de auditorias;
- Validar as solicitações de hemocomponentes no sistema informatizado;
- Realizar auditoria do processo transfusional das unidades assistenciais;
- Executar o processo de retrovigilância/soroconversão junto ao centro de hemoterapia fornecedor;
- Desenvolver o programa de treinamentos e capacitações para profissionais do serviço transfusional e membros da equipe multiprofissional da instituição sobre transfusão segura, reações transfusionais e uso racional do sangue;
- Realizar junto ao RT da Agência transfusional as reuniões periódicas do comitê transfusional, bem como, cumprir com as demais atividades da comissão conforme regimento interno e plano de ação anual;
- Coordenar as campanhas de doação de sangue realizadas em parceria com o Hemocentro Regional conforme Cronograma;
- Registrar eventos e não conformidades no sistema SAS;
- Elaborar os documentos voltados para o setor.
- Enviar o relatório mensal de transfusões para o Hemocentro Regional;

- Alimentar , acompanhar os indicadores e fazer a análise crítica dos mesmos junto ao comitê transfusional.

FARMACEUTICO (A) BIO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- Realizar a conferência de estoque e pedidos de hemocomponentes
- Realizar exames imuno-hematológicos pré-transfusionais;
- Supervisionar e orientar o registro dos formulários e sistemas relacionados ao serviço de hemoterapia conforme legislação, garantindo a rastreabilidade dos hemocomponentes transfundidos;
- Supervisionar as atividades desenvolvidas pelos técnicos de patologia clínica;
- Validar a entrada e saída(solicitações) de hemocomponentes no sistema Tasy;
- Desenvolver o programa de treinamentos e capacitações para a equipe do setor;
- Realizar o controle de qualidade interno dos reagentes;
- Realizar avaliação externa de qualidade dos ensaios de proficiência, teórica e prática em imuno-hematologia;
- Realizar solicitação de compras dos reagentes utilizados na realização dos exames imuno- hematológicos;
- Realizar conferência das solicitações dos pedidos de transfusão no sistema Informatizado;
- Realizar o controle de estoque dos reagentes e armazenamento;
- Levantar os dados estatísticos (hemoprod e produção) e enviar mensalmente para o hemocentro
- Levantar os dados de produção diária do mapa mensal de hemoterapia e enviar para o same diariamente e mensalmente
- Realizar pedido de estoque de hemocomponentes ao hemocentro;
- Registrar eventos e não conformidades no sistema SAS;
- Elaborar documentos voltados para o setor;
- Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- Levantar e monitorar os resultados dos indicadores do setor.
- Realizar e participar de reuniões do setor.

- Desprezar bolsas, amostras de pacientes e reagentes vencidos, de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos;

TÉCNICO (A) LABORATORIO AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- Proceder a realização de exames laboratoriais, imunohematológicos conforme instruções de trabalho;
- Realizar triagem das amostras;
- Realizar liberação de hemocomponentes para as unidades;
- Solicitar materiais de uso, quando necessário;
- Observar a validade dos reagentes utilizados no setor;
- Analisar material biológico de pacientes;
- Repassar para o superior as não-conformidades;
- Limpar, organizar e conservar os equipamentos, bancadas e armários, visando facilitar o bom desempenho das atividades;
- Auxiliar a análise e interpretação de informações obtidas de medições, determinações, identificações, conforme orientação;
- Interpretar resultados dos exames imunohematológicos;
- Auxiliar a confecção de laudos, relatórios técnicos e estatísticos;
- Realizar exames do paciente, tipagem sanguínea pesquisa de anticorpos, dentre outros;
- realizar exames de compatibilidade do paciente com a bolsa de sangue sempre verificar o hemograma atual do paciente;
- Realizar coletas de amostras biológicas dos pacientes;
- Enviar diariamente via email, as pendências de hemocomponentes e pedidos.

ALMOXARIFADO

ASSISTENTE SUPRIMENTOS

- Realizar cotação de preços de materiais diversos; Pesquisar e cadastrar fornecedores e suas referências;
- Acompanhar o fluxo de entrega dos materiais solicitados e verificar o cumprimento dos prazos acordados;

- Providenciar regularização dos erros de notas fiscais e controlar processos contábeis entre setor de compras, contabilidade e financeiro;
- Providenciar troca de material e produtos que estão com data de validade próximo ao vencimento;
- Manter cadastro atualizado de produtos e fornecedores conforme critérios estabelecidos nas normas e rotinas do setor;
- Realizar o feedback ao fornecer sobre as compras, bem como monitorar processos em andamento;
- Participar da organização, realização e conclusão dos inventários que se fizerem necessário

AUX. ALMOXARIFADO

- Auxiliar as atividades de almoxarifado em geral;
- Armazenar e realocar os produtos em locais devidamente adequados;
- Apoiar o abastecimento para possíveis reposições;
- Auxiliar as preparações de inventário;
- Fornecer apoio em controles administrativos do setor;
- Reportar ao superior imediato informações sobre o estoque;
- Separar medicamentos e produtos afins de acordo com as requisições das farmácias solicitadas.

AMBULATÓRIO

ENFERMEIRO (A) AMBULATORIO

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;

- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis;
- Conduzir reuniões de comissões TRR, TCP E TCC;
- Ser membro ativo das comissões, times e grupos de trabalho desenvolvidas na instituição, quando solicitados pela gestão.
- Planejar e organizar ações de educação em saúde com base no perfil de atendimento;
- Realizar atividades relacionadas a sua função quando solicitado pela chefia imediata;
- Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM AMBULATORIO

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;

AUDITORIA DE PRONTUARIO

AUX. ADMINISTRATIVO AUDITORIA DE PRONTUARIOS

- Prestar suporte às atividades administrativas;

- Revisar os documentos do prontuário do paciente, verificando os documentos obrigatórios, e na ausência destes, comunicar o setor responsável para tratativa;
- Conferir e organizar os documentos dos prontuários no setor de internação e na saída do paciente, preenchendo o check list dos documentos do prontuário;
- Registrar em protocolo documentos passivos de correções, levar e buscar;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Monitorar os prontuários dos pacientes com alta e encerramentos administrativos;
- Conferir e revisar prontuários recebidos, coletando informações no âmbito quantitativo;
- Preparar os prontuários para retirada do faturamento.

COORD (A). ADMINISTRATIVO AUDITORIA DE PRONT

- Garantir a efetividade das execuções dos processos dentro do setor;
- Coordenar e avaliar a equipe de auditoria de prontuários e analisar os relatórios emitidos;
- Realizar orientação para a equipe quanto as atualizações de fluxos e processos;
- Acompanhar o cumprimento e atividades das Auditorias;
- Cobrar e fazer cumprir entrega de relatórios;
- Realizar relatórios setoriais quando solicitado;
- Discutir problemáticas dos processos com a equipe e propor oportunidade de melhorias;
- Acompanhar a entrega de prontuários ao faturamento;
- Atuar junto a gestão do faturamento para alinhamento dos itens obrigatórios dos documentos de faturamento.

ENFERMEIRO (A) AUDITORIA DE PRONTUARIO

- Conhecer as Resoluções e Legislações que regem o Prontuário do Paciente;
- Conhecer os procedimentos: médicos, de enfermagem, nutrição, farmácia e fisioterapia realizada dentro da instituição para desenvolver um trabalho com fundamentação científica e com conteúdo;

- Realizar auditorias in loco e pós alta nos prontuários registrando em formulário padrão e planilha específica;
- Auxiliar no recebimento do prontuário do paciente após a alta hospitalar estabelecendo conferência entre os registros e os itens cobrados em contrato e faturamento, verificando as distorções/falhas e devolvendo ao setor de saída para as tratativas necessárias;
- Monitorar junto aos administrativos a organização dos prontuários das saídas hospitalares e dos encerramentos administrativos;
- Acompanhar in loco as atividades dos administrativos;
- Atuar junto aos administrativos, detectando incoerência e ausência de Laudo de AIH e demais documentos referente ao processo de cirurgia, auxiliando na resolução;
- Manter atualizada a planilha de controle de prontuários;
- Detectar intercorrências clínicas que levem a procedimentos especiais, mudança de procedimento, procedimentos cirúrgicos que necessitem de novo laudo de AIH;
- Acompanhar e auxiliar a entrega dos prontuários ao faturamento dentro do prazo de cobrança;
- Analisar a composição e os itens obrigatórios dos prontuários nos procedimentos médicos, de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e toda a equipe multiprofissional, bem como o registro das ações dos profissionais junto ao paciente, informando as distorções detectadas junto ao setor que gerou a não conformidade;
- Atuar junto à Diretoria médica sobre registros médicos em prontuário;
- Manter interação com as equipes de saúde do Hospital: Corpo Clínico, Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Serviço Psico Social, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e demais;
- Registrar em impresso próprio as não conformidades da Assistência detectadas durante o processo de auditoria interna, encaminhando para a coordenação e diretoria para providências cabíveis, registrando no sistema SUITE SA as não conformidades e incidentes de segurança;
- Zelar pelo cumprimento do contrato de Interação de Processos;
- Responder e justificar possíveis auditorias externas sobre as dúvidas e questionamentos que surjam durante a análise do prontuário seja in loco ou através do relatório interno de auditoria hospitalar;

- Estar em contato direto e fazer parceria com equipe multiprofissional mantendo uma boa convivência com intuito de melhorar os registros em prontuários;
- Manter atualizados e aplicados os instrumentos normativos do setor (manuais, instruções de trabalho, formulários);
- Cumprir com o Plano de Ação Setorial junto à sua equipe;
- Levantar, alimentar, monitorar e analisar os resultados dos indicadores, promovendo junto aos envolvidos ações de melhoria cabíveis.

CAF - CEN DE ABAST FARMA

ASSISTENTE ADMIN JR FARMACIA

- Realizar atividades administrativas diversas;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários;

COORD (A). FARMACIA

- Coordenar a equipe de farmácia, filtrar informações e direcioná-las buscando soluções apropriadas para cada caso relacionado à terapia medicamentosa;
- Apresentar planejamento estratégico, para implantação de processos de melhorias, visando à qualidade no atendimento ao paciente;
- Conferir os aparelhos automatizados e efetuar ronda nas farmácias satélites e posto de enfermagem;
- Avaliar tecnicamente os profissionais da área de farmácia, padronizar e auditar processos;
- Capacitar multiplicadores para distribuir as informações e treinamentos aos demais colaboradores;

- Monitorar a logística dos estoques e realizar validação do planejamento de compra junto ao setor de Suprimentos;
- Elaborar e propor ações de melhorias, a fim de qualificar as atividades e projetos;
- Coordenar e avaliar inventários de medicamentos em períodos específicos;
- Coordenar os resíduos químicos (grupo B) enviados para incineração de acordo com a RDC 306 de 07/12/2004;
- Responsabilizar-se pelas documentações de regularização do setor de farmácia;
- Coordenar as rotinas de controle e armazenagem e escrituração dos medicamentos controlados conforme Portaria 344/98 junto à vigilância sanitária;
- Pesquisar junto a ANVISA sobre medicamentos suspensos e/ou interditados;
- Participar efetivamente das comissões.

FARMACEUTICO (A)

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;
- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.

- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

LIDER FARMACIA

- Garantir a perfeita execução das farmácias (limpeza e organização) e o cumprimento de normas de segurança;
- Responsabilizar-se pelos inventários rotativos e conferências de acurácia ordinárias/extraordinárias;
- Assegurar o cumprimento do abastecimento dos satélites adequados junto ao setor fornecedor;
- Realizar orientação das rotinas de trabalho para os auxiliares de farmácia, de acordo com os objetivos da área seguindo as instruções de treinamento realizada pela equipe;
- Auditar as rotinas de controle e armazenagem dos medicamentos;
- Enviar mensalmente análise de estoque ao supimentos;
- Controlar movimentação , análise de estoque e análise de consumos;
- Enviar email material e medicamento próximo ao vencimento ao suprimento as planilhas.

CALL CENTER E AGENDAMENTO

TELEFONISTA

- Originar e receber ligações telefônicas;
- Realizar controles de ligações;
- Promover orientações e informações seguras;
- Direção e monitorar as ligações realizadas e recebidas;
- Atender às solicitações dos usuários externos e internos;
- Emitir relatórios administrativos de indicadores;
- Orientar usuários sobre as normas da Unidade.

CCIH -SERV CONT INFE HOSP

ENFERMEIRO (A) CCIH

- Realizar o levantamento, condensação e divulgação das Notificações de Infecção;

- Proceder ao levantamento epidemiológico;
- Realizar Busca Ativa e Passiva dos casos de Infecção Hospitalar e DNC;
- Proceder junto ao médico infectologista às recomendações de isolamento para os pacientes com infecções transmissíveis;
- Elaborar relatórios mensal e trimestral pertinentes as atividades desenvolvidas, realizar visitas técnicas;
- Realização de Educação continuada (treinamentos, oficinas e integrações);
- Inspecionar e acompanhar o processo da coleta da água e do ar;
- Elaborar, analisar e administrar os indicadores de qualidade;
- Participar de comissões técnicas multidisciplinares;
- Validar as normas e rotinas de Enfermagem referente a desinfecção e esterilização;
- Coletar, armazenar, copilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar.
- Realizar o acompanhamento dos pacientes pós-cirúrgico, ambulatório de egresso e busca fonada, indicadores nacionais.
- Realizar avaliação dos processos de IRAS de acordo com bundles de prevenção;
- Notificar e investigar as DNC, com inserção das informações Epidemiológicas nos banco de dados dos Sistemas Nacional: SIVEP/Gripe, e-SUS, Monitoramento Estadual para COVID-19, RedCap (SIM-P e SIM-A pós COVID-19), SI-PNI WEB, SIES e GAL;3.
- Promover um trabalho integrado com o laboratório da instituição e com outros laboratórios de referência (municipal e estadual), estabelecendo fluxo de envio de amostras e de recebimentos de resultados de exames referentes as DNC;
- Investigar óbitos MIF, materno, infantil, fetal e com causa mal definida (IML) no ambiente hospitalar nos termos definidos na Portaria n° 653/GM, de 28 de maio de 2003, e na Portaria n° 1.258/GM, de 28 de junho de 2014;
- Monitor solicitação, recebimento e envio das DO e DNV;
- Realizar vacinação nos recém nascidos nas UTIs Neonatal e Pediátrica, com atualização das carteiras de vacinação dos pacientes crônicos internados com pendências no calendário vacinal e sempre que solicitado pelo médico;
- Realizar testes da prova tuberculínica (PPD), nos pacientes com indicação de transplante renal, paciente internado e colaboradores com suspeita de tuberculose ou ILT.

SUP (A). ENFERMAGEM CCIH

- Supervisionar e coordenar os enfermeiros executores responsáveis pelos setores de controle de infecção, vigilância epidemiológica e hemovigilância, garantindo a execução adequada das atividades;
- Monitorar e analisar os indicadores de infecção hospitalar, propondo medidas corretivas e preventivas;
- Supervisionar a coleta, análise e interpretação dos dados epidemiológicos relacionados às infecções hospitalares e outros eventos de interesse à saúde;
- Monitorar, prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), garantindo a segurança dos pacientes, profissionais e visitantes;
- Elaborar e implementar protocolos de prevenção e controle de infecções;
- Manter a vigilância epidemiológica das IRAS;
- Participar da investigação de eventos adversos, surtos e incidentes de notificação compulsória;
- Investigar e reportar incidentes e reações adversas relacionadas a transfusões sanguíneas, colaborando para a melhoria contínua da qualidade desses processos;

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM CCIH

- Realizar busca ativa e passiva nos setores assistenciais para a detecção de DNC;
- Notificar e investigar as DNC, com inserção das informações Epidemiológicas nos banco de dados dos Sistemas Nacional: SIVEP/Gripe, e-SUS, Monitoramento Estadual para COVID-19, RedCap (SIM-P e SIM-A pós COVID-19), SI-PNI WEB, SIES e GAL;
- Promover um trabalho integrado com o laboratório da instituição, no monitoramento das amostras e acompanhamento dos resultados de exames referentes as DNCs;
- Estabelecer fluxo com a farmácia da instituição, com monitoramento das informações de pacientes em uso de medicamento próprio das DNCs;
- Participar de comissões técnicas multidisciplinares;
- Monitorar da solicitação, recebimento e envio das DO e DNV;
- Investigar óbitos MIF, materno, infantil, fetal e com causa mal definida (IML) no ambiente hospitalar, nos termos definidos na Portaria nº 653/GM, de 28 de maio de 2003, e na Portaria nº 1.258/GM, de 28 de junho de 2014;

- Realizar levantamento da necessidade vacinal nos pacientes internados na unidade hospitalar, para atualização das carteiras de vacinação e sempre que solicitado pelo médico;
- Elaborar de ofícios, para as instituições ligada a vigilância epidemiológica do município;
- Cumprir atividades estatísticas e administrativas pertinentes ao cargo em conjunto com SCIH;
- Prezar por trabalhos em equipe, baseados em integridade, qualidade e segurança, a fim de atingir objetivos em comum;
- Contribuir com a educação permanente em orientações pertinentes a boas práticas no âmbito hospitalar a todos os colaboradores;
- Conhecer e contribuir para o fortalecimento do planejamento estratégico institucional.

CENTRAL DE TRANSP CIHDOTT

ASSISTENTE CENTRAL DE TRANSP CIHDOTT

- Realizar atividades administrativas diversas do setor;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Auxiliar na elaboração de relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários;
- Confeccionar documentos oficiais s necessário ;
- Produzir atas de reuniões mensais.

ENFERMEIRO (A) CENTRAL DE TRANSP CIHDOTT

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;

- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Manter e controlar materiais e medicamentos da Unidade;
- Participar da análise de eventos adversos, não conformidades e indicação da Terapia renal substitutiva;
- Acompanhar e monitorizar os exames laboratoriais e de imagens, periodicamente, assim como estado vacinal dos pacientes, encaminhando-os para vacinação, quando necessário;
- Prevenir, identificar e tratar complicações, referentes ao tratamento dialítico, em conjunto com a equipe multi profissional;
- Realizar treinamento de pacientes, familiares e/ou cuidadores em programa dialítico, cuidados com vias de acesso, diálise peritoneal e transplante renal;
- Participar no controle da eficiência do tratamento dialítico, em conjunto com a equipe de saúde;
- Realizar assistência de enfermagem à pacientes graves, com procedimentos não delegáveis ao nível técnico;
- Acompanhar e garantir assistência ao usuário;
- Realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados, quando necessário;
- Avaliar o desempenho da equipe de enfermagem;
- Elaborar escala de trabalho/folga e repassar as informações com antecedência para a equipe;

- Coordenar todas atividades incluindo áreas administrativas em funcionamento, executando anotações para sugestão de melhorias
- Elaborar relatórios gerenciais e indicadores da área, a fim de analisar os dados para aprimorar os fluxos dos processos;
- Manter comunicação ativa com os supervisores e/ou coordenadores dos outros plantões;
- Planejar, implementar, sedimentar e auditar protocolos, ações de melhorias contínuas e boas práticas assistenciais, alinhados a gerência assistencial.

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM CENTRAL DE TRANSP CIHDOTT

- Prestar cuidados diretos aos pacientes, coleta de exames internos - urgência e exames externos - renovação da soroteca para atualização de pacientes em lista do Sistema Nacional de Transplante;
- Realizar a triagem para equipe multi do serviço de transplante - médicos, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, farmacêutico e serviço social;
- Realizar a triagem de pacientes para o ambulatório de nefrologia no setor de ambulatório conservador;
- Realizar marcações de biopsias de pacientes em tratamento conservador e pós transplante renal;
- Auxiliar durante o intra-operatório do transplante renal;
- Auxiliar na manutenção de pacientes no SIG/SNT;
- Realizar Inscrição no SIG/SNT;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Acompanhar e orientar os pacientes e possíveis doadores quanto aos cuidados de saúde;
- Marcações de consultas pré e pós transplante;
- Organizar e controlar os materiais utilizados nos atendimentos.

CENTRO CIRÚRGICO

ASSISTENTE ADM JR CENTRO CIRURGICO

- Realizar atividades administrativas diversas;

- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários.

AUX. ADMINISTRATIVO CENTRO CIRURGICO

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

COORD (A). ENFER CENTRO CIRURGICO

- Promover a gestão da equipe, padronizar e garantir a assistência adequada aos pacientes, direcionando as ações para a melhoria da qualidade de acordo com o Modelo de Excelência Assistencial - MEA;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem e das comissões da área de enfermagem;
- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade garantindo a melhoria contínua;
- Realizar o remanejamento de colaboradores de acordo com plano de contingência (priorizando as unidades críticas), sem que haja prejuízo da unidade de origem;
- Acompanhar processo orçamentário, emitindo análise crítica quando necessário;

- Disseminar e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos na área de especialidade;
- Elaborar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar a capacitação de toda equipe assistencial;
- Solicitar materiais de reposição, controlar vencimentos de medicamentos, manter atualizada as manutenções em aparelhos utilizados em atendimento de emergência;
- Elaborar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários para nortear e subsidiar o serviço de enfermagem;
- Avaliar periodicamente as anotações de prontuário verificando o conjunto de informações, sinais e imagens registrados e se garante a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;
- Realizar confecção de escalas;
- Acompanhar o sistema de ponto dos colaboradores;
- Acompanhar e solicitar aquisição de compras conforme análise de necessidade do setor;
- Realizar LNT setorial, relatórios mensais e trimestrais quando solicitados pela direção.

ENFERMEIRO (A) CENTRO CIRURGICO

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Realizar orientações de altas aos pacientes ambulatorias;

- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis;
- Realizar dimensionamento de de sala e acordo com a especialidade cirurgica.

MAQUEIRO CENTRO CIRURGICO

- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, atuando nos processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Auxiliar na análise critica os indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- Realizar outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição;
- Transportar pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
- Auxiliar na colocação e retirada de veículos que os transportem;
- Transportar exames, materiais, documentos e equipamentos;
- Manter equipamentos limpos e organizados;
- Providenciar macas, cadeiras de rodas para transporte de pacientes;
- Auxiliar no posicionamento do paciente juntamente com a equipe de enfermagem.

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;

- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

CME CENTRAL MATER ESTERIL

ENFERMEIRO (A) CME

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Realizar orientações de altas aos pacientes ambulatorias;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis;
- Realizar dimensionamento de de sala e acordo com a especialidade cirúrgica.

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM CME

- Realizar relatórios, demonstrar as estatísticas básicas, pertinente ao setor;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Efetuar lavagem de material;
- Esterelizar materiais;
- Preparar material cirúrgico;
- Realizar controle de materiais.

COMPRAS

ANALISTA LOGISTICA

- Controlar a entrada e saída de materiais, empréstimos, doações e permutas;
- Efetuar quando necessário o Plano de contingência - Urgência;
- Realizar análise dos pedidos efetuados conforme requisições;
- Cotar pedidos de materiais e/ou serviços;
- Realizar vistoria periodicamente no almoxarifado e setor de farmácia;
- Apoiar o gestor nos estudos e análises de variação de custo médio;
- Auxiliar os responsáveis das áreas pertinentes ao inventário geral e rotativo de materiais e medicamentos;
- Analisar periodicamente o registro de estoque.

ASSISTENTE SUPRIMENTOS

- Realizar cotação de preços de materiais diversos; Pesquisar e cadastrar fornecedores e suas referencias;
- Acompanhar o fluxo de entrega dos materiais solicitados e verificar o cumprimento dos prazos acordados;
- Providenciar regularização dos erros de notas fiscais e controlar processos contábeis entre setor de compras, contabilidade e financeiro;
- Providenciar troca de material e produtos que estão com data de validade próximo ao vencimento;
- Manter cadastro atualizado de produtos e fornecedores conforme critérios estabelecidos nas normas e rotinas do setor;
- Realizar o feedback ao fornecer sobre as compras, bem como monitorar processos em andamento;
- Participar da organização, realização e conclusão dos inventários que se fizerem necessário

AUX. ADMINISTRATIVO SUPRIMENTOS

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;

- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário;
- Fazer ordem de compra no TASY;
- Fazer levantamento de notas fiscais quando necessário;
- Realizar separação de materiais e medicamentos de farmácia e almoxarifado.
- Realizar levantamento de empréstimo;

AUX. ALMOXARIFADO SUPRIMENTOS

- Auxiliar as atividades de almoxarifado em geral;
- Armazenar e realocar os produtos em locais devidamente adequados;
- Apoiar o abastecimento para possíveis reposições;
- Auxiliar as preparações de inventário;
- Fornecer apoio em controles administrativos do setor;
- Reportar ao superior imediato informações sobre o estoque;
- Separar medicamentos e produtos afins de acordo com as requisições das farmácias solicitadas.

COMPRADOR JR

- Manter cadastro atualizado de produtos e fornecedores conforme critérios estabelecidos nas normas e rotinas do setor;
- Realizar e analisar resultados de cotações, negociar preços e condições de contratos com fornecedores e emitir ordens de compra;
- Controlar todas as compras realizadas, prazos, entregas entre outros;
- Solicitar autorização de pedidos de compras à diretoria;
- Realizar processos de compras de maior complexidade e valor econômico;

- Manter atualizados e aplicados os instrumentos normativos do setor;
- Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial;
- Realizar análise crítica dos indicadores e manter atualizado;
- Efetuar lançamentos de compras no sistema Tasy e Bionexo;
- Participar de comissões do hospital indicados pela diretoria da área ou por meio da eleição;
- Realizar outras tarefas correlatas.

COMPRADOR SR

- Manter cadastro atualizado de produtos e fornecedores conforme critérios estabelecidos nas normas e rotinas do setor;
- Realizar e analisar resultados de cotações, negociar preços e condições de contratos com fornecedores e emitir ordens de compras;
- Controlar todas as compras realizadas, prazos, entregas entre outros;
- Solicitar autorização de pedidos de compras à diretoria;
- Realizar processos de compras de maior complexidade e valor econômico;
- Manter atualizados e aplicados os instrumentos normativos do setor;
- Elaborar e cumprir com o Plano de Ação Setorial;
- Realizar análise crítica dos indicadores e manter atualizado;
- Manter o controle de saída de equipamentos;
- Participar de comissões do hospital indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição
- Responsável pelo envio de equipamentos para serviço de manutenção.

COORD (A). SUPRIMENTOS

- Coordenar e planejar as atividades de suprimentos, visando garantir qualidade e quantidade de produtos, materiais e equipamentos necessários para atender aos diversos departamentos;
- Estabelecer plano de contingência para eventuais falhas nos processos;
- Reduzir o custo operacional racionalizando e otimizando as atividades de controle e movimentação de materiais;

- Comprar e aprovar as compras locais, conforme alçada;
- Seguir os critérios estabelecidos no regulamento de compras interno, contratação de serviços e obras;
- Monitorar o orçamento anual de suprimentos, realizando mensalmente o controle de custos;
- Realizar qualificação de fornecedores, elaborando normas e controles que garantam a qualificação, assim como, apoiar e requisitar pedido de materiais e medicamentos.

FARMACEUTICO SUPRIMENTOS

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;
- Assessorar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Supervisionar o estoquista da CAF;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados no setor;
- Garantir o uso racional de materiais e medicamentos;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Assessorar a coordenação no monitoramento e controle de frequência da equipe;
- Assessorar a coordenação de farmácia na elaboração de escala de trabalho dos colaboradores e nas rotinas administrativas do setor;
- Validar o fracionamento e etiquetagem dos medicamentos sólidos orais;
- Garantir o suprimento de todos os medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Planejar, organizar e controlar as atividades de atuação e rotinas administrativas / burocráticas diárias, conforme instruções de trabalhos específicos do setor e orientação da chefia imediata;

JOVEM APRENDIZ SUPRIMENTOS

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Realizar controles administrativos solicitados;

- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Alimentar Sistemas do setor;
- Realizar atendimento.

CONTRATOS

ANALISTA ADM SR CONTRATOS

- Orientar os colaboradores quanto ao desenvolvimento correto das atividades;
- Supervisionar as atividades da equipe visando garantir a qualidade e o cumprimento dos prazos;
- Propor ações de melhorias nas atividades exercidas;
- Revisar as atividades da equipe para garantir a assertividade das tarefas;
- Controlar os treinamentos contratuais das empresas terceirizadas;
- Elaborar escala de trabalho;
- Elaborar formulário para considerações contratuais;
- Auxiliar a chefia imediata

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO CONTRATOS

- Realizar atividades administrativas diversas diárias;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados diariamente;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores quando necessário;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários mensal;

AUX. ADMINISTRATIVO CONTRATOS

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;

- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário;

JOVEM APRENDIZ CONTRATOS

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Realizar controles administrativos solicitados;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Alimentar Sistemas do setor;
- Realizar atendimento.

DEP - DEP ENSI E PESQUISA

AUX. ADMINISTRATIVO DEPARTAMENTO DE ENSINO E PESQUISA

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário;

COORD (A). ADM DEP

- Elaborar projeto para realização de estágios em parceria com instituições de ensino, orientando quanto as normas e rotinas do unidade hospitalar;

- Promover a integração dos estágios e pós-graduação para os colaboradores do unidade hospitalar;
- Auxiliar na estruturação e acompanhar os cursos de pós-graduação para os colaboradores do unidade hospitalar;
- Propor e auxiliar na elaboração de documentos que regulamentem o funcionamento da DEP;
- Elaborar e implementar programas de Ensino, Pesquisa e Extensão, garantindo as diretrizes do unidade hospitalar;
- Organizar o quantitativo de vagas e dinamizar o funcionamento do Estágio no unidade hospitalar;
- Direcionar e organizar o fluxo de atividades complementares da graduação e pós-graduação;
- Orientar a organização da Biblioteca;
- Viabilizar a organização das visitas técnicas;
- Auxiliar na organização do quantitativo de vagas para Estágio no unidade hospitalar;
- Respeitar e conhecer os instrumentos normativos do setor como instruções de trabalho, contrato de interação de processos, políticas do hospital e outros que venham ser determinados;
- Participar de comissões do hospital indicados pela diretoria da área ou por meio de eleição;
- Realizar treinamentos nas dependências do unidade hospitalar quando convocado, de acordo com sua formação.

ENFERMEIRO (A) DEP

- Preencher diariamente a plataforma EPIMED;
- Avaliação de dados fornecidos aos hospitais PROADI;
- Coleta de os internos nos setores : SCIH;LABORATÓRIO e FARMÁCIA relacionados aos projetos implantados ao hospital;
- Enviar mensalmente senso dos pacientes admitidas na UTI adulto;
- Responder o relatório do QUERIES ao hospital do PROADI;
- Participar ativamente da implantação de projetos da PROADI.

DIRETORIA GERAL

ANALº COMUNICACAO

- Produzir um calendário anual de atividades, com foco no relacionamento com a comunidade local.
- Colaborar com a produção de ações de orientação em saúde para a população.
- Coordenar e participar ativamente de eventos comunitários, palestras e feiras de saúde para promover a conscientização sobre os serviços oferecidos pelo hospital.
- Propor parcerias de ações comunitárias.
- Mapear grupos sociais organizados para a promoção de atividades.
- Desenvolver ações com influencers digitais.
- Desenvolver e implementar estratégias para envolver e informar os colaboradores do hospital sobre iniciativas, eventos e conquistas.
- Cultivar e manter relacionamentos sólidos com instituições e grupos sociais.
- Supervisionar a presença online da unidade, garantindo que o conteúdo seja atualizado, preciso e alinhado com os objetivos de comunicação.
- Monitorar métricas de frequência e alcance das ações promovidas, avaliando o impacto das estratégias implementadas e fazer ajustes conforme necessário.

ASSISTENTE DIRETORIA

- Realizar atividades administrativas diversas;
- Organizar sala de reuniões conforme necessidade da direção;
- Elaborar relatórios de controle e fechamento;
- Auxiliar nos processos internos da diretoria;
- Realizar alimentação de informações no sistema de gestão;
- Manter a organização da agenda da diretoria;
- Realizar relatórios, sob orientação, sinalizando os assuntos necessários;

COORD (A). REL PUBLICAS

- Elaborar planos de comunicação e campanhas de relações públicas para atingir os objetivos da organização.
- Colaborar com a produção de ações de orientação em saúde para a população.
- Coordenar e participar ativamente de eventos comunitários, palestras e feiras de saúde para promover a conscientização sobre os serviços oferecidos pelo hospital.

- Coordenar a criação e divulgação de conteúdo que transmita a mensagem desejada, incluindo comunicados de imprensa, posts em mídias sociais e outros materiais.
- Manter contato com jornalistas e veículos de comunicação, buscando espaços na mídia para divulgar informações relevantes e construir uma boa relação com a imprensa.
- Planejar e coordenar eventos como coletivas de imprensa, ações sociais e outras atividades que promovam a interação com o público.
- Desenvolver e implementar estratégias para envolver e informar os colaboradores do hospital sobre iniciativas, eventos e conquistas.
- Cultivar e manter relacionamentos sólidos com instituições e grupos sociais.
- Supervisionar a presença online da unidade, garantindo que o conteúdo seja atualizado, preciso e alinhado com os objetivos de comunicação.
- Monitorar métricas de frequência e alcance das ações promovidas, avaliando o impacto das estratégias implementadas e fazer ajustes conforme necessário.
- Preparar planos de comunicação para lidar com situações negativas, minimizando danos à imagem da organização.
- Acompanhar a repercussão das ações de relações públicas, analisando a cobertura da imprensa, o engajamento nas redes sociais e outros indicadores para avaliar a eficácia das estratégias.
- Manter os funcionários informados sobre as ações da organização e garantir o alinhamento com a estratégia de comunicação.

DIRETOR HOSPITALAR

- Elaborar o planejamento das ações, através da análise do contrato de gestão, de forma a contemplar todas as metas contratuais;
- Acompanhar o planejamento das ações propostas ao contratante, mediante monitoramento da execução das atividades, visando o cumprimento do plano de ação e manutenção do contrato;
- Definir políticas e metas para dar suporte na gestão dos recursos financeiros, administrativos, humanos e tecnológicos bem como a assistência prestada aos clientes, visando à obtenção dos resultados;
- Atuar dentro das diretrizes estratégicas e operacionais estabelecidas em conjunto com o contratante;
- Garantir com que a Instituição obtenha o resultado econômico-financeiro projetado;
- Reportar ao Diretor Operacional sobre as questões a serem resolvidas, as ações executadas na unidade, com o objetivo de mantê-lo atualizado;
- Prestar contas e apresentar resultados mensais;
- Liderar equipes;
- Monitorar indicadores;

- Garantir a conformidade operacional.

ENDOSCOPIATÉCNICO (A) ENFERMAGEM ENDOSCOPIA COLONOSCOPIA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

FARM PRONTO ATENDIMENTOAUX. DE FARMACIA FARM SAT ACOLHIMENTO

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kits cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza de bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO ACOLHIMENTO

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;

- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FARM UNID DE INTERNAÇÃO

AUX. DE FARMACIA FARM SAT UNID DE INTERN

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kits cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza de bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO UNID DE INTERNACAO

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;

- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FARMÁCIA CENTRO CIRÚRGICO

AUX. DE FARMACIA FARM SAT C. CIRURGICO

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kits cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza dos bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO C. CIRURGICO

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;

- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FARMÁCIA HEMODIÁLISE

AUX. DE FARMACIA FARM SAT HEMODIALISE

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kits cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza de bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO HEMODIALISE

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;

- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FARMÁCIA CENTRAL

AUX. ADMINISTRATIVO FARMACIA

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário;
- Fazer ordem de compra no TASY;
- Fazer levantamento de notas fiscais quando necessário;
- Realizar separação de materiais e medicamentos de farmácia e almoxarifado.
- Realizar levantamento de empréstimo.

AUX. DE FARMACIA

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kit's cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza de bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;
- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FARMÁCIA UTIAUX. DE FARMACIA FARM SAT UTIS

- Separar e entregar materiais e medicamentos de pacientes internados nos setores, realizando a dupla checagem;
- Realizar conferências diárias de materiais e medicamentos;
- Montar os kit's cirúrgicos, quando necessário;
- Garantir a organização do estoque (limpeza de bins) e dispensação;
- Cumprir com o preenchimento de documentos para o bom funcionamento das farmácias, como planilhas de temperatura, planilhas de acuracidade de estoque, planilha de limpeza de bins, ficha de dupla checagem;
- Auxiliar à líder de farmácia e coordenação nas atividades de gestão de estoque;
- Confeccionar a lista de medicamentos líquidos orais, fracionar e etiquetar;
- Participar de inventários rotativos mensais e inventário geral.

FARMACEUTICO UTIS

- Responsabilizar-se por todas as ocorrências de ordem técnica e legal no âmbito da farmácia;
- Orientar e acompanhar a equipe de auxiliares de farmácia de forma a conduzir as rotinas das farmácias;
- Controlar e conferir a entrada e saída dos medicamentos e materiais estocados nas farmácias satélites;
- Analisar as prescrições médicas levando em consideração os seguintes parâmetros: interações medicamentosas, dose, frequência, cumprimento de protocolos de uso restrito, entre outros aspectos que impactem na avaliação técnica;
- Garantir o uso racional de medicamentos;
- Acompanhar o controle e uso racional de antimicrobianos, bem como medicamentos da Portaria 344/98;
- Distribuir e dispensar insumos e medicamentos necessários à assistência dos pacientes;
- Realizar implantação dos processos introduzidos pela gestão de farmácia, implementar instruções de trabalho e monitorar sua efetividade;
- Realizar guarda adequada diária de medicamento controlados e conferência semanal.
- Orientar equipes de enfermagem e médica, na utilização correta do acervo profilático e terapêutico;
- Contribuir com a preparação e ensino dos residentes multiprofissionais.

FATURAMENTOAUX. DE FATURAMENTO

- Solicitar autorização de procedimentos, prorrogações diárias e materiais;
- Receber e conferir o prontuário dos pacientes internados e apontar as devidas falhas a ser em corrigidas pelos setores responsáveis;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles.

JOVEM APRENDIZ FATURAMENTO

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Realizar controles administrativos solicitados;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Alimentar Sistemas do setor;
- Realizar atendimento.

SUP(A). FATURAMENTO

- Supervisionar e orientar a execução das atividades e procedimentos da equipe de faturamento;
- Avaliar a compatibilidade entre o procedimento realizado e faturamento;
- Elaborar relatórios gerenciais e indicadores;
- Supervisionar e executar as atividades de faturamento visando a geração de receitas e de despesas de acordo com as normas e procedimentos de auditoria das contas de atendimento de todos os convênios;
- Assegurar ao hospital o recebimento das faturas de forma qualitativa;
- Manter atualizadas as tabelas de valores dos honorários, materiais, medicamentos, taxas e diárias;
- Controlar o envio das produções médico-hospitalar aos convênios;
- Elaborar o Mapa de faturamento contendo as contas faturadas / pendentes;
- Conferir relatórios e manter contato com os convênios a fim de solicitar relatórios demonstrativo de pagamento para realizar o recurso de glosa.

FISCALANALº FISCAL JR

- Lançamento das NFs no sistema TASY nos módulos contas a pagar e baixa do pedido;
- Monitoramento das notas fiscais em contingência;
- Identificar a natureza da operação na relação da contabilidade (simples remessa, venda, evolução, outras saídas);
- Verificar a despesa no shadow e alterar se necessário;
- Verificação da origem da nota fiscal: serviço avulso ou contrato);
- Conferência dos impostos destacados na nota fiscal e orientar o emitente em caso de irregularidade;
- Verificação do CNAE mencionado na nota fiscal versus a descrição do serviço e em caso de divergência, aciona o jurídico;
- Aciona o prestador e a unidade para cancelamento da nota fiscal em caso de irregularidade e no valor dos impostos;
- Rastrear as notas fiscais relativas aos prestadores contratados e cobrar as notas não emitidas dentro da competência;
- Encaminhar para os responsáveis as solicitações de reajustes de preços e outras solicitações e informações relevantes recebidas no email;
- Rastrear e localizar as notas fiscais relativas aos boletos com DDA recebidos sem a nota fiscal, e identificar se as mesmas são devidas ou indevidas;
- Enviar as notas de serviço para a contabilidade;
- Verificar a despesa no Shadow e alterar se necessário;
- Conferir os impostos retidos das notas de serviço.

ASSISTENTE ADMINISTRATIVO FISCAL

- Realizar atividades administrativas diversas diárias;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados diariamente;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores quando necessário;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;

- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários mensais.

ASSISTENTE PREST DE CONTAS

- Validar e monitoramento de documentos a fim de garantir que estão de acordo para
- prestação de contas;
- Conferir impostos;
- Conferir relatório de despesas X processos de pagamento;
- Conferir documentos do processo de pagamento;
- Executar tarefas com foco na melhoria contínua dos processos institucionais;
- Interagir com demais setores corporativos para adequação de documentação;
- Solicitar outros setores a documentação necessária para prestação de contas;
- Acompanhar de ações corretivas e ajustes necessários após a identificação de
- irregularidades.
- Utilização de sistemas ERP;
- Coletar documentação para todas as formas de prestação de contas, sendo financeira,
- contábil, compras, contratos, assistenciais, entre outras.
- Baixar via sistemas e redes de servidor (sharepoint), documentos necessários para uma
- prestação de contas clara e transparente;
- Organizar e numerar documentos eletrônicos de forma clara, legível e padronizada, realizando o arquivamento dos mesmos;
- Entregar prestação de contas devidamente estruturada para SEDE de acordo com os
- prazos estabelecidos.
- Conciliação financeira simples;
- Elaborar relatórios demonstrativos de despesas periódicos, criando registro de dados para gerar indicadores;
- Preparar controle de notas fiscais emitidas no CNPJ da empresa.
- Buscar informações e documentos necessários para as fiscalizações e auditorias.
- Realizar conferência e autorização para pagamentos de acordo com regras contratuais,
- normas e leis vigentes do setor sempre garantindo a transparência e boas práticas no
- processo.

FISIOTERAPIACOORD (A). FISIOTERAPIA

- Planejar, elaborar protocolos de fisioterapia e multiprofissionais quando necessário;
- Elaborar as políticas, normas e procedimentos relativos à área zelando pelo seu cumprimento;
- Supervisionar e estabelecer metas terapêuticas funcionais diárias para os pacientes em atendimento;
- Supervisionar e informar pacientes e familiares sobre o tratamento fisioterapêutico, metas e prognóstico de reabilitação quando necessário;
- Supervisionar o atendimento diário de pacientes, garantindo que o paciente seja mobilizado sempre no maior nível possível, após liberação médica.

FISIOTERAPEUTA

- Avaliar o estado funcional do cliente, a partir da identidade da patologia clínica intercorrente, de exames laboratoriais e de imagens, da anamnese funcional e exame da cinesia, funcionalidade e sinergismo das estruturas anatômicas envolvidas.
- Elaborar o Diagnóstico Cinesiológico Funcional, planejar, organizar, supervisionar, prescrever e avaliar os projetos terapêuticos desenvolvidos nos clientes.
- Estabelecer rotinas para a assistência fisioterapêutica, fazendo sempre as adequações necessárias.
- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução do quadro funcional do cliente, sempre que necessário e justificado.
- Recorrer a outros profissionais de saúde e/ou solicitar pareceres técnicos especializados, quando necessário.
- Reformular o programa terapêutico sempre que necessário.
- Registrar no prontuário do cliente, as prescrições fisioterapêuticas, sua evolução, as intercorrências e as condições de alta da assistência fisioterapêutica.
- Integrar a equipe multiprofissional de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao cliente.
- Desenvolver estudos e pesquisas relacionados a sua área de atuação.
- Colaborar na formação e no aprimoramento de outros profissionais de saúde, orientando e estágio e participando de programas de treinamento em serviço.
- Efetuar controle periódico da qualidade e da resolutividade do seu trabalho.
- Elaborar pareceres técnicos especializados sempre que solicitados.

SUP (A). FISIOTERAPIA

- Planejar e avaliar as atividades de serviço de fisioterapia assegurando a qualidade das atividades;
- Realizar tratamento fisioterapêutico;
- Desenvolver e analisar indicadores;
- Manter interação com os setores correspondentes para controle de acidente e infecção hospitalar nas UTI's;
- Elaborar, treinar e fazer cumprir o Gerenciamento de Risco relacionado ao serviço de fisioterapia;
- Desenvolver e cumprir o plano de ação junto com a equipe;
- Elaborar a escala de trabalho.

GENTE E GESTÃO RHANAL^a ADM PESSOAL JR

- Atuar com rotinas de departamento pessoal, tais como: processos de admissões e demissões, controles de documentações, folha de pagamento, controle de ponto eletrônico, férias, afastamento, abonos, rescisões;
- Manter o controle e atualização de informações dos colaboradores;
- Controlar e conferir contratos, dependentes, prazos de experiências, afastamentos, acidente de trabalho;
- Conferir todos os lançamentos de folha de pagamento;
- Executar cálculo e conferência de rescisões;
- Realizar controle de documentações de autônomos, e garantir o lançamento das informações em sistema;
- Realizar os lançamentos e solicitações de pagamentos.

ANAL^a DE TREINAMENTO

- Descrever junto aos líderes o Levantamento das Necessidades de treinamento;
- Elaborar o Plano Anual de Treinamento PAT com base no LNT;
- Conduzir treinamentos de integração de novos colaboradores da área assistencial e administrativa;
- Buscar oportunidades de treinamento alinhadas com as metas da Instituição;
- Acompanhar o novo colaborador nos períodos de experiência e durante o período de integração;
- Organizar a logística e os recursos instrucionais para os eventos de treinamento;

- Colaborar no desenvolvimento dos módulos de treinamentos técnicos e comportamentais;
- Organizar e manter o arquivo geral das atividades realizadas;
- Preparar e validar os materiais aplicados em treinamentos;
- Participar da realização de eventos sociais;
- Aplicar e gerir lista de presença e lançamento de dados em sistema, para elaboração de relatórios;
- Implementar sistemática de eficácia de treinamentos internos;
- Monitorar os treinamentos realizados externamente e disseminados internamente;
- Gerar relatórios das capacitações realizadas;
- Analisar e alimentar mensalmente indicadores gerenciais à treinamentos.

ANAL^a RH

- Realizar processos seletivos;
- Encaminhar colaboradores para treinamento efetuando toda a logística;
- Apoiar na confecção de manuais;
- Atualizar os indicadores de RH;
- Atualizar e quando necessário confeccionar procedimentos de RH;
- Desenvolver planejamento das atividades de RH anual;
- Realizar pesquisa de clima organizacional;
- Desenvolvimento de líderes;
- Cadastrar novos colaboradores no sistema AVEC interact;
- Confeccionar cráchas de colaboradores;
- Atualizar os aniversariantes o mês no mural de aviso;
- Efetivar os novos colaboradores no sistema TASY;
- Agendar consulta admissional e mudança de risco no sistema TASY;
- Solicitar, receber e conferir os documentos admissionais;
- Receber e conferir os formulários de Movimentação de Pessoal e requisição de Pessoal;
- Digitalizar documentos de arquivo em drive (nuvem);
- Arquivar documentos;
- Atualizar planilha de projeto anjo e avaliação de experiência;
- Cadastrar avaliação de experiência no sistema SAS interact;
- Realizar a entrega do colaborador ao gestor ao final da Integração;

- Conduzir entrevistas de desligamento.

ASSISTENTE ADM PESSOAS

- Atuar com rotinas de departamento pessoal, tais como: processos de admissões, controles de documentos, controle de ponto eletrônico, documentações de férias e afastamentos, abonos, rescisões;
- Manter o controle e atualização de informações dos colaboradores no sistema e no prontuário, visando manter a documentação em ordem e dentro da legalidade;
- Controlar e conferir contratos, dependentes legais, prazos de experiências, afastamentos, acidente de trabalho, entre outros, procedendo às devidas ações técnicas;
- Manter-se atualizado mediante pesquisas sobre leis atuais;
- Auxiliar nos envios de solicitações de pagamentos diversos do setor, lançamento e de movimentações mensais.

AUX. ADMINISTRATIVO NEP

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor NEP E RH;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura da DG para realização dos novos colaboradores a Integração quando necessário;
- Dar suporte ao processo de Integração Institucional e Assistencial;
- Organizar os arquivos e documentos para enviar para DRIVE;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente a planilha de controle das marcações do auditório responsável setor NEP;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário;
- Inserir todos os treinamentos cadastrados mensal INTERNO/EXTERNO NO TASY;
- Inserir colaboradores institucional e da empresa tercerizadas e cadastrar no tasy;
- Extrair relatório mensal de taxas dos treinamentos dos colaboradores.
- Tabular treinamentos setoriais mensalmente.
- Enviar no prazo até dia 15 o feedback de treinamento mensal aos gestores.

GER. ADM PESSOAL

- Gerenciar as atividades na execução das rotinas de Administração de Pessoal, tais como: Admissões, rescisões, férias, afastamentos, folha de pagamento, ponto eletrônico, entre outras;

- Gerenciar as atividades de Recursos Humanos, relativas a Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento;
- Atuar junto com a Sede Administrativa sobre cargos e salários, salário substituição e transferências;
- Gerir as provisões contábeis;
- Revisar os lançamentos diversos da Folha de Pagamento;
- Conferir os cálculos de pagamentos a funcionários;
- Desenvolver e implantar projetos corporativos na busca de melhor qualidade de vida aos colaboradores e eliminar ou reduzir os riscos existentes à saúde dos trabalhadores.
- Criar as normas e elaborar manuais de procedimentos da área acompanhando o seu entendimento e cumprimento;
- Atender aos órgãos de inspeção, fiscalização e auditorias;
- Manter-se atualizado em relação às novas normas, legislações e alterações de mercado.

PSICOLOGO ORGANIZACIONAL

- Realizar processos de recrutamento e seleção, e avaliação comportamental;
- Realizar a avaliação psicológica podendo utilizar-se de testes psicológicos e/ou outros instrumentos aprovados pelo SATEPSI, estando em conformidade com a resolução nº 31/2022 do CFP;
- Emitir atestado psicológico como resultado da avaliação realizada, em conformidade com a resolução nº 06/2019 do CFP;
- Conduzir processos seletivos internos, obedecendo as etapas e os critérios;
- Conduzir entrevistas de desligamento;
- Realizar feedback com os colaboradores para acompanhamento do seu desenvolvimento;
- Elaborar relatórios de fechamento mensal;
- Realizar o acompanhamento e monitoramento e gestão de desempenho de colaboradores;
- Realizar atendimento psicológico ao colaborador a fim de acolher, orientar e encaminhar o colaborador ao atendimento adequado, no âmbito da saúde mental, nos níveis de prevenção.

SUP (A). ADM DP

- Orientar os colaboradores quanto ao desenvolvimento correto das atividades;
- Supervisionar as atividades da equipe visando garantir a qualidade e o cumprimento dos prazos legais;
- Gerar relatórios de folha de pagamento
- Propor ações de melhorias nas atividades exercidas;

- Revisar as atividades da equipe para garantir a assertividade das tarefas;
- Auxiliar a chefia imediata na revisão das instruções de trabalho e nos padrões da unidade;
- Garantir que os processos internos estejam em conformidade com as políticas da empresa e legislação trabalhista;
- Acompanhar o fechamento do ponto e controle de horas extras , faltas e férias;
- Assegurar que as práticas do setor estejam alinhados á CLT consolidação das leis de trabalho e demais legislações pertinentes;
- Supervisionar e realizar o processo de admissão, demissão e rescisão, garantindo a conformidade trabalhista (CLT);
- Elaborar, revisar e supervisionar o fechamento da folha de pagamento assegurando o cumprimento dos prazos;
- Garantir a aplicação correta das férias, décimo terceiro salário e outros direitos trabalhistas;
- Realizar recrutamento e seleção, garantindo atração e talentos alinhados a cultura da empresa;
- Realizar atualizações de colaboradores no sistema da folha de pagamento.

GESTÃO ADMFINANCEIRO

ANAL^a PATRIMONIO

- Atuar nas atividades patrimoniais;
- Validar as entradas e saídas de bens patrimoniais da unidade;
- Auxiliar no fechamento dos relatórios mensais;
- Realizar vistorias setoriais;
- Alimentar as informações de controle patrimonial;
- Organizar arquivos e relatórios de prestações de contas;
- Auxiliar a direção das demandas relacionadas aos bens patrimoniais;
- Apoiar em atividades administrativas da área.

ASSESSORA ADM

- Confeccionar e analisar minutas, aditivos e negociações junto a fornecedores;
- Estabelecer relacionamento com stakeholders internos e externos buscando identificar demandas e possibilidades de melhorias;
- Preparar minutas de defesas administrativas e de ofícios para atendimento de ocorrências de órgãos competentes e submetê-las a validação do departamento jurídico;

- Assegurar o cumprimento das metas estipuladas em contrato e atualização dos documentos legais da instituição;
- Atuar como preposto em audiências;
- Autorizar e liberar imagem de vídeo monitoramento;
- Autorizar e liberar cópia de prontuário;
- Registrar e acompanhar processos de proteção de vulneráveis;
- Assessorar em reuniões e eventos oficiais.

ASSISTENTE ADM JR JURIDICO

- Realizar atividades administrativas diversas;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Elaborar relatórios de controle e fechamento;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Realizar alimentação de informações no sistema de gestão;
- Manter a organização da agenda da diretoria;
- Realizar relatórios, sob orientação, sinalizando os assuntos necessários.

AUX. ADMINISTRATIVO ASSESSORIA JURIDICA

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

COORD (A). ADM

- Avaliar o desempenho dos colaboradores, oferecer feedbacks e implementar planos de melhorias para as áreas;
- Coordenar as áreas da recepção, agendamento de consultas;
- Acompanhar a implementação e o monitoramento de processos administrativos;

- Coordenar e desenvolver as equipes administrativas, promovendo um ambiente harmônico;
- Monitorar a gestão de patrimônio e inventários;
- Atuar como elo de comunicação entre empresas terceiras;
- Acompanhar os indicadores , relatório de desempenho das áreas administrativas, financeiras e TI;
- Monitorar o transporte;
- Prestar contas do fundo fixo.

GERENTE ADM E FINAC

- Planejar, organizar, controlar e dirigir todas as áreas administrativas, econômicas e financeiras da Instituição;
- Participar da elaboração do planejamento estratégico da Instituição;
- Administrar os serviços, de modo a assegurar a regularidade de seu funcionamento;
- Zelar pela exatidão das informações que são levantadas para composição da prestação de contas mensal;
- Manter atualizados os registros e alvarás dos serviços que exigirem essa providência;
- Estabelecer sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- Programar o orçamento do exercício seguinte;
- Manter sistemas de avaliação contínua;
- Autorizar a emissão de ordens bancárias e proceder demais práticas necessárias ao controle e movimentação financeira.

MOTORISTA

- Atender às necessidades da Diretoria e dos Setores quanto ao transporte de colaboradores, documentos e cargas em geral;
- Manter o veículo sob sua responsabilidade em perfeito estado e satisfatórias condições de funcionamento, comunicando a quem de direito as falhas/avarias verificadas;
- Manter o veículo convenientemente abastecido e lubrificado;
- Anotar despesas com abastecimento, quilometragem e consumo diariamente e mensalmente;
- Notificar à chefia imediata qualquer irregularidade/ocorrência nos transportes realizados;
- Propor à chefia imediata programa de revisões e manutenções periódicas;
- Cumprir normas e regulamentos da instituição.

SUP(A). ADM FACILITIES

- Orientar os colaboradores quanto ao desenvolvimento correto das atividades;
- Supervisionar as atividades da equipe visando garantir a qualidade e o cumprimento dos prazos;
- Propor ações de melhorias nas atividades exercidas;
- Revisar as atividades da equipe para garantir a assertividade das tarefas;
- Realizar avaliação dos prestadores;
- Elaborar processo de faturamento e enviar ao setor de contratos;
- Acompanhar a prestação de serviço dos terceiros conforme contrato estabelecido;
- Acompanhar cronograma de relatórios institucional;
- Participar das comissões e reuniões institucionais representando e acompanhando os prestadores terceiros.

GESTÃO ASSISTENCIAL

ASSISTENTE DIRETORIA

- Realizar atividades administrativas diversas;
- Organizar sala de reuniões conforme necessidade da direção;
- Elaborar relatórios de controle e fechamento;
- Auxiliar nos processos internos da diretoria;
- Realizar alimentação de informações no sistema de gestão;
- Manter a organização da agenda da diretoria;
- Realizar relatórios, sob orientação, sinalizando os assuntos necessários.

AUX. ADMINISTRATIVO

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

FONOAUDIOLOGO

- Diagnosticar distúrbios de audição e da fala e desenvolver programas preventivos e ações corretivas tratando as funções estomatognáticas e da comunicação oral e escrita;
- Aplicar técnicas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes internados;
- Realizar testes específicos de audição, para o diagnóstico precoce da deficiência auditiva e estimulação precoce em bebês prematuros, durante o período de internação;
- Avaliar a condição clínica do paciente para traçar estratégias de estímulo a deglutição;
- Auxiliar no processo de amamentação;
- Realizar evolução no prontuário do paciente, descrevendo o Plano Terapêutico Individualizado;
- Preencher formulário de avaliação fonoaudiológica com diagnósticos e tratamento;
- Orientar pacientes e acompanhantes na alta hospitalar;
- Passar plantão garantindo continuidade da assistência.

GERENTE ASSISTENCIAL

- Avaliar estrutura física das Unidades, identificar fluxos e processos, seguindo roteiro pré-elaborado, objetivando a realização de relatórios diagnósticos;
- Atuar de forma humanizada visando sempre a melhoria dos procedimentos assim como a qualidade do serviço prestado;
- Avaliar o dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem e equipe multiprofissional, visando realizar a avaliação financeira e elaboração de relatórios de diagnóstico e estudos de viabilidade;
- Realizar pesquisas de procedimentos e novas práticas de enfermagem e equipe multiprofissional, com o objetivo de manter as referências e atender a legislação;
- Atualizar e rever os processos do departamento, de acordo com o padrão de qualidade Institucional;
- Participar do programa de qualidade e segurança do paciente da Instituição, através de reuniões e discussões do programa;
- Elaborar e controlar cronogramas integrados aos projetos;
- Elaborar, apresentar e acompanhar relatórios de indicadores das Unidades;
- Organizar material levantado e disponibilizar nas pastas de rede para públicos específicos, mantendo comunicação efetiva e regular com as Unidades.

SUP (A). HUMANIZACAO

- Coordenar o processo de humanização;
- Avaliar e propor projetos, de acordo com as normativas e práticas;

- Apoiar e divulgar as iniciativas e propostas de melhorias da área de humanização;
- Coordenar o programa de voluntariado da unidade;
- Participar ativamente do Grupo de Trabalho de Humanização;
- Realizar oficinas de treinamento, levantamentos das potencialidades e deficiências relativas à humanização;
- Criar e implementar estratégias, a comunicação eficaz entre diferentes setores o apoio a iniciativas de humanização e a articulação com a comunidade e outras instituições.

HEMODIÁLISE

COORD (A). ENFER HEMODIALISE

- Promover a gestão da equipe, padronizar e garantir a assistência adequada aos pacientes, direcionando as ações para a melhoria da qualidade de acordo com o Modelo de Excelência Assistencial - MEA;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem e das comissões da área de enfermagem;
- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade garantindo a melhoria contínua;
- Realizar o remanejamento de colaboradores de acordo com plano de contingência (priorizando as unidades críticas), sem que haja prejuízo da unidade de origem;
- Acompanhar processo orçamentário, emitindo análise crítica quando necessário;
- Disseminar e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos na área de especialidade;
- Elaborar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar a capacitação de toda equipe assistencial;
- Solicitar materiais de reposição, controlar vencimentos de medicamentos, manter atualizada as manutenções em aparelhos utilizados em atendimento de emergência;
- Elaborar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários para nortear e subsidiar o serviço de enfermagem;
- Avaliar periodicamente as anotações de prontuário verificando o conjunto de informações, sinais e imagens registrados e se garante a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;
- Realizar LNT setorial, relatórios mensais e trimestrais quando solicitados pela direção.

ENFERMEIRO CTRS

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;

- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Manter e controlar materiais e medicamentos da Unidade;
- participar da análise de eventos adversos, não conformidades e indicação da Terapia renal substitutiva;
- Acompanhar e monitorizar os exames laboratoriais e de imagens, periodicamente, assim como estado vacinal dos pacientes, encaminhando-os para vacinação, quando necessário;
- Prevenir, identificar e tratar complicações, referentes ao tratamento dialítico, em conjunto com a equipe multi profissional;
- Realizar treinamento de pacientes, familiares e/ou cuidadores em programa dialítico, cuidados com vias de acesso, diálise peritoneal e transplante renal;
- Participar no controle da eficiência do tratamento dialítico, em conjunto com a equipe de saúde;
- Realizar assistência de enfermagem à pacientes graves, com procedimentos não delegáveis ao nível técnico.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM TERAPIA RENAL SUBST

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;

- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

HEMODINÂMICA

ENFERMEIRO HEMODINÂMICA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Realizar orientações de altas aos pacientes ambulatoriais;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis;
- Realizar dimensionamento de de sala e acordo com a especialidade cirúrgica.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM HEMODINÂMICA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

LACTÁRIOBANCO DE LEITECOPEIRO HOSPITALAR LACTÁRIO

- Manusear e preparar alimentos de acordo com as orientações nutricionais específicas para o lactário, garantindo a segurança alimentar e o preparo adequado das refeições, conforme os requisitos da RDC 216 e RDC 503.
- Arrumar bandejas e caixas térmicas de transporte, organizando os alimentos de maneira eficiente, visando a distribuição adequada aos pacientes.
- Recolher utensílios e equipamentos utilizados nas atividades diárias, garantindo que todos sejam higienizados e armazenados corretamente para evitar contaminações.
- Executar e conservar a limpeza do setor, mantendo o ambiente de trabalho sempre limpo e organizado, conforme as normas de higiene e segurança alimentar.
- Medir a temperatura dos alimentos e equipamentos, registrando os valores em planilhas e específicas do setor para monitoramento da qualidade e segurança alimentar.
- Manter a organização e a higiene do ambiente, dos utensílios e dos alimentos, cumprindo rigorosamente os procedimentos de controle de qualidade e boas práticas de manipulação.
- Evitar danos e perdas de materiais, assegurando o uso adequado dos utensílios, equipamentos e alimentos, com foco na preservação dos recursos e redução de desperdícios.
- Zelar pelo armazenamento e conservação dos alimentos, garantindo que sejam armazenados em condições adequadas de temperatura, umidade e ventilação para preservar a qualidade.
- Notificar a chefia imediata sobre irregularidades que possam comprometer o bom andamento do serviço, como falhas no processo de preparo, transporte ou armazenamento de alimentos.
- Ter noções de dietas específicas para lactário, compreendendo as necessidades alimentares dos pacientes e colaborando na preparação dos alimentos conforme as dietas prescritas.
- Utilizar técnicas de cozinha e nutrição, aplicando métodos de preparo que garantam a qualidade nutricional dos alimentos e o atendimento às exigências dietéticas hospitalares.
- Realizar outras tarefas correlatas, conforme a necessidade do setor, sempre com foco no bom desempenho das funções e na manutenção da qualidade do serviço prestado.

NIR NÚCL INTER DE REGULAASSISTENTE ADMINISTRATIVO NIR

- Realizar atividades administrativas diversas diárias;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados diariamente;

- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores quando necessário;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários mensais.

ASSISTENTE SOCIAL NIR

- Padronizar, elaborar e documentar o manual de procedimentos;
- Padronizar, elaborar o manual de procedimentos da área, prestar atendimento periódico ao paciente e elaborar anamnese social;
- Participar de reunião clínica diária com equipe multidisciplinar informando sobre as demandas do paciente com relação ao serviço social;
- Elaborar relatórios da área de atuação;
- Articular transferências intr hospitalares intermunicipais pela política de tratamento fora do município (TFD);
- Articular repatriamento hospitalares pela política de TFD;
- Articular transferências ao sistema de atenção domiciliar.

AUX. ADMINISTRATIVO NIR

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

ENFERMEIRO NIR

- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Aplicar os protocolos de segurança do paciente;

- Participar do controle sistemático da infecção hospitalar;
- Realizar reuniões com a equipe sempre que necessário;
- Executar demais atividades inerentes à área de atuação, conforme solicitação do superior imediato;
- Colaborar na avaliação das normas e rotinas;
- Avaliar o prontuário e anotações de enfermagem, rubricando-os e carimbando-os;
- Alimentar planilha de indicadores setorial;
- Participar nos programas de segurança e prevenção de acidentes de trabalho;
- Participar do processo de implantação do Sistema de Qualidade na sua área de atuação;
- Sugerir e participar de implementações de processos de trabalho e procedimentos técnicos;
- Participar de comissões da Instituição, sempre que solicitado;
- Acompanhar as providências para realização de exames internos dos usuários de sua unidade;
- Prover os materiais necessários para que a equipe de enfermagem possa exercer seu trabalho com qualidade;
- Estar no setor de trabalho no horário estabelecido, respeitando os protocolos da Instituição;
- Zelar pelo cumprimento do contrato de Interação de Processos;
- Acionar sempre em casos de não conformidade ao superior imediato;
- Respeitar os instrumentos normativos do setor;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos, bem como seguir as instruções contidas no Manual do Colaborador;
- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
- Conhecer e acompanhar as rotinas gerais do setor através dos formulários e instruções de trabalho, dentre outros.
- Fazer a interface com a equipe da emergência após a avaliação médica dos pacientes elegíveis para ocupação de leitos internos e externos;
- Auxiliar a equipe do NIR na definição, avaliação e priorização dos pacientes na ocupação dos leitos disponíveis internamente e externamente;
- Fazer a interface com o setor de transportes para o envio ou recebimento de pacientes na emergência;
- Contribuir com o desenvolvimento do NIR a partir das atribuições do cargo de Enfermeiro;

- Definir o paciente que interna em leito de enfermaria ou tem possibilidade de transferência para leito de retaguarda interna ou externa.

COORD (A). ENF. NIR

- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade garantindo a melhoria contínua;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos na área de especialidade;
- Elaborar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários para nortear e subsidiar o serviço do colaborador do setor
- Avaliar em conjunto a equipe a disponibilidade de MAT/MED para os procedimentos cirúrgicos;
- Gerenciar o agendamento cirúrgico de demandas judiciais;
- Acompanhar a disponibilidade de leito;
- Realizar o levantamento de dados necessários de gerenciamento de leito e demandas cirúrgicas para o contratante.
- Realizar LNT setorial, relatórios mensais e trimestrais quando solicitados pela direção.

NQSP NÚCL QUALI SEG PACIE

ANAL^a ADMINISTRATIVO QUALIDADE

- Contribuir para a efetiva implantação dos instrumentos normativos e complementares;
- Participar da implantação, desenvolvimento, acompanhamento dos resultados e melhorias nos processos de Planejamento Estratégico de Processos, Auditoriais;
- Certificações e Gerenciamento de riscos;
- Conduzir a gestão das notificações de incidentes junto a equipe;
- Estruturar e promover a melhoria contínua, junto aos gestores/responsáveis da unidade, dos indicadores para acompanhamento do desempenho dos serviços;
- Apurar relatórios sobre as atividades desenvolvidas, bem como os respectivos resultados e apresentá-los à gestão imediata do setor;
- Garantir a integridade e qualidade dos serviços realizados.

ENFERMEIRO (A) QUALIDADE

- Atuar no desenvolvimento do Sistema de Gestão da Qualidade, conduzindo os processos relacionados a Gestão da Segurança Assistencial na avaliação e validação dos protocolos e documentos médicos/assistenciais;
- Acompanhar os processos e indicadores assistenciais, conduzir eventos adversos e desenvolver gerenciamento de riscos;

- Participar da implantação, desenvolvimento, acompanhamento dos resultados e melhorias nos processos de Planejamento Estratégico, Gestão de Processos, Auditorias e Certificações e Gestão da Segurança Assistencial;
- Conduzir a implantação das atividades relacionadas à matriz de segurança assistencial, protocolos de segurança e a gestão de riscos, notificações e incidentes nas áreas do hospital;
- Conduzir a gestão das notificações de incidentes e acompanhar as tratativas relacionadas aos processos assistenciais conforme metodologia estabelecida.

GER. QUALIDADE

- Avaliar estrutura física das Unidades, identificar fluxos e processos, seguindo roteiro pré-elaborado, objetivando a realização de relatórios diagnósticos;
- Atuar de forma humanizada visando sempre a melhoria dos procedimentos assim como a qualidade do serviço prestado;
- Conduzir a construção e a implantação/desdobramento do planejamento estratégico da unidade hospitalar, gerenciando os resultados e melhorias alcançados por intermédio da ferramenta, assessorando diretorias e demais colaboradores;
- Gerenciar os riscos institucionais e assistenciais;
- Atualizar e rever os processos do departamento, de acordo com o padrão de qualidade institucional;
- Estruturar e promover a melhoria contínua dos processos por meio da gestão de indicadores, documentos e processos de todas as áreas da unidade hospitalar;
- Elaborar e controlar cronogramas integrados aos projetos;
- Elaborar, apresentar e acompanhar relatórios de indicadores das Unidades;
- Organizar material levantado e disponibilizar nas pastas de rede para públicos específicos, mantendo comunicação efetiva e regular com as Unidades;
- Preparar as equipes da unidade hospitalar para as certificações e demais auditoria.

NUTRIÇÃO CLÍNICA

COORD (A). NUT CLINIC

- Promover a gestão da equipe nutrição, padronizar e garantir a assistência adequada aos pacientes, direcionando as ações para a melhoria contínua da qualidade assistencial;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da assistência e das comissões relacionadas à assistência nutricional;
- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade, assegurando a melhoria contínua dos processos;
- Realizar o remanejamento de colaboradores conforme plano de contingência (priorizando as unidades críticas), sem que haja prejuízo da unidade de origem;

- Avaliar periodicamente as anotações de prontuário verificando o conjunto de informações, sinais e imagens registrados e se garante a continuidade e a qualidade da assistência nutricional;
- Elaborar relatórios, escala, programação de férias;
- Desenvolver protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários que subsidiem e orientem a atuação da equipe nutricional.

NUTRICIONISTA NUTRIÇÃO CLÍNICA

- Realizar avaliação nutricional dos pacientes, incluindo anamnese alimentar, medidas antropométricas e exames laboratoriais, com o objetivo de promover a recuperação e incentivar hábitos saudáveis.
- Monitorar sinais clínicos e estado nutricional por meio da avaliação antropométrica (peso, altura, IMC, circunferências corporais) e acompanhamento de exames laboratoriais.
- Prestar assistência nutricional individualizada aos pacientes, considerando suas condições clínicas e necessidades dietoterápicas.
- Realizar orientação nutricional na alta hospitalar, fornecendo informações adequadas para a continuidade do cuidado nutricional em domicílio.
- Prescrever dietas enterais conforme indicação médica, garantindo adequação às necessidades metabólicas e clínicas do paciente.
- Planejar a conduta dietoterápica com base na avaliação nutricional e na anamnese alimentar, assegurando uma abordagem personalizada e eficaz.
- Participar de reuniões com equipes multiprofissionais, contribuindo para a definição das condutas terapêuticas e garantindo uma abordagem integrada ao cuidado do paciente.
- Supervisionar a distribuição da alimentação na unidade hospitalar, garantindo que esteja de acordo com a prescrição médica e as necessidades nutricionais dos pacientes.

PRONTO ATENDIMENTO

ENFERMEIRO (A) ACOLHIMENTO

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência a equipe multi;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;

- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

MAQUEIRO ACOLHIMENTO

- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, atuando nos processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Auxiliar na análise crítica dos indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- Realizar outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição;
- Transportar pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
- Auxiliar na colocação e retirada de veículos que os transportem;
- Transportar exames, materiais, documentos e equipamentos;
- Manter equipamentos limpos e organizados;
- Providenciar macas, cadeiras de rodas para transporte de pacientes;
- Auxiliar no posicionamento do paciente juntamente com a equipe de enfermagem.

SUP (A). ENFERMAGEM ACOLHIMENTO

- Supervisionar equipe de enfermagem, acompanhar o paciente, fazer anotações em prontuário e manter contato com outras áreas do hospital.
- Realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados.
- Selecionar materiais e equipamentos, elaborar e monitorar escala diária de trabalho, levantar necessidades e problemas objetivando identificar áreas de risco.
- Elaborar plano de ação para a equipe e capacitá-los nos protocolos de segurança do paciente;
- Participar de trabalhos de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, campanhas, planejamentos e assistência;
- Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde;

- Participar das Comissões que tenham correlação com as atividades da enfermagem;
- Analisar prontuários assegurando o preenchimento completo, propor ações corretivas para as irregularidades analisadas, eventualmente cobrir setores de seus pares;
- Participar da análise de indicadores assistências da unidade.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM ACOLHIMENTO

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas, sob a orientação do enfermeiro assistencial;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Ser membro ativo das comissões, times e grupos de trabalho desenvolvidas na instituição, quando solicitados pela gestão;
- Avaliar escalas assistenciais de acordo com a sua competência técnica;
- Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Auxiliar o enfermeiro na realização de procedimentos e assistência aos pacientes de acordo com a sua competência técnica;
- Realizar atividades relacionadas a sua função quando solicitado pela chefia imediata.

PSICOLOGIA

COORD (A). PSIC

- Gerenciar a equipe psicossocial do setor, promovendo a padronização dos processos e assegurando uma assistência qualificada, humanizada e centrada no paciente.
- Participar ativamente de reuniões técnicas, administrativas e comissões institucionais, contribuindo com decisões estratégicas e melhorias assistenciais.
- Monitorar e analisar indicadores assistenciais e gerenciais, promovendo ações corretivas e preventivas com foco na melhoria contínua da qualidade dos serviços.

- Realizar o remanejamento estratégico de colaboradores, conforme o plano de contingência institucional, priorizando as unidades críticas sem comprometer a assistência nas unidades de origem.
- Elaborar, revisar e implementar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários, alinhados às diretrizes institucionais e às boas práticas da atuação psicossocial.
- Disseminar e garantir o cumprimento do Regimento Interno do Serviço social e de Psicologia, promovendo a ética, a responsabilidade e a uniformidade na atuação da equipe.
- Produzir e manter atualizados relatórios gerenciais, escalas de trabalho e programação de férias, assegurando a organização e a previsibilidade das atividades do setor.
- Avaliar periodicamente os registros em prontuário, garantindo a qualidade, integridade e continuidade das informações assistenciais prestadas pela equipe.
- Fomentar a educação permanente e o desenvolvimento profissional da equipe, por meio da identificação de necessidades formativas e incentivo à qualificação técnica.

PSICOLOGO CLINICO

- Executar a triagem psicológica dos pacientes com demandas psicossociais, utilizando instrumentos de avaliação e organizando planilhas para registro e acompanhamento dos atendimentos individuais e/ou em grupo, incluindo familiares e acompanhantes.
- Realizar consultas de atendimento psicoterapêutico, proporcionando suporte emocional e psicológico aos pacientes internados.
- Oferecer aconselhamento psicológico para pacientes com dificuldades emocionais, auxiliando no enfrentamento de desafios psicológicos e na reabilitação de pacientes com sequelas físicas.
- Participar ativamente das atividades assistenciais multiprofissionais, contribuindo para a definição de condutas terapêuticas e planejamento de cuidados.
- Registrar a evolução psicológica no prontuário do paciente, estruturando um Planejamento Terapêutico Individualizado (PTI) alinhado às necessidades clínicas e emocionais do paciente.
- Acompanhar o processo de comunicação de óbito, oferecendo suporte psicológico aos familiares e acolhendo as demandas emocionais relacionadas ao luto.
- Atender e avaliar o paciente e/ou familiar/acompanhante durante o processo de alta hospitalar, fornecendo orientações para a continuidade do cuidado emocional.
- Encaminhar pacientes para continuidade do acompanhamento psicológico após a alta, assegurando a manutenção do suporte necessário ao tratamento.
- Elaborar laudos psicológicos conforme demanda judicial, assessorando em questões jurídicas relacionadas ao estado emocional e psicológico dos pacientes.

RECEPÇÃO CENT INTERNAÇÃOAUX. ADMINISTRATIVO RECEPÇÃO CENTRAL

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

RECEPÇÃO IMAGEMASSISTENTE ATEND

- Auxiliar no apoio dos serviços de recepção;
- Auxiliar na assiduidade e pontualidade da equipe e escalas de trabalho;
- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Resolver reclamações de clientes internos e externos;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários.

AUX. ADMINISTRATIVO RECEPÇÃO SADT

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

JOVEM APRENDIZ RECEPCAO SADT

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Realizar controles administrativos solicitados;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Alimentar Sistemas do setor;
- Realizar atendimento.

LIDER ATENDIMENTO

- Orientar, monitorar e/ou executar os serviços de recepção;
- Verificar a assiduidade e pontualidade da equipe e escalas de trabalho;
- Elaborar, descrever e repassar aos colaboradores as rotinas e procedimentos da área e acompanhar as rotinas implantadas;
- Preencher e acompanhar estatísticas gerais da recepção;
- Executar e acompanhar o fechamento do caixa e envio de relatórios para tesouraria;
- Resolver reclamações de clientes internos e externos;
- Atuar como facilitador dos processos de atendimento e identificar os desvios;
- Elaborar a oferta de vagas (consultas e exames) mensalmente.

SUP (A). DE ATENDIMENTO

- Coordenar, planejar, definir e garantir que as atividades de atendimento aos clientes esteja em de acordo com as normas e procedimentos estabelecidos e legislação vigente;
- Garantir a gestão de agendas de consultas com qualidade no atendimento e quantidade de consultas, otimizando os atendimentos conforme disponibilidade de agenda médica;
- Acompanhar indicadores de satisfação, avaliar as ocorrências relacionadas ao atendimento prestado pelo setor quando necessário.

SPP /SAME SERV DE ARQ MÉD ESTASSISTENTE ADM SPP

- Realizar atividades administrativas diversas diárias;
- Utilizar informações coletadas e documentações fornecidas para auxiliar nos procedimentos do setor;
- Elaborar relatórios e controles administrativos a fim de manter os processos controlados diariamente;

- Auxiliar em serviços de escritório, separando documentos, confeccionando cópias e realizando outras tarefas de apoio administrativo;
- Prestar atendimento a colaboradores de outros setores quando necessário;
- Imputar dados em sistema informatizado e realizar consultas;
- Realizar relatórios, sob orientação do superior imediato, sinalizando os assuntos necessários mensais.

AUX. ADMINISTRATIVO SPP

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

COORD (A). ADM SPP

- Garantir a efetividade das execuções dos processos dentro do setor;;
- Coordenar e avaliar a equipe de auditoria de prontuários e analisar os relatórios emitidos;
- Realizar orientação para a equipe quanto as atualizações de fluxos e processos;
- Acompanhar o cumprimento e atividades das Auditorias;
- Cobrar e fazer cumprir com cronograma de entrega das atas e relatórios;
- Garantir a atualização e análise crítica dos indicadores;
- Realizar relatórios setoriais quando solicitado;
- Alimentar e realizar análise crítica dos indicadores;
- Realizar prestação de contas vinculadas ao contrato de gestão mensal, trimestra;
- Manter atualizado os dados estatístico do unidade hospitalar;
- Fornecer cópia de prontuário quando solicitado atendendo a legislação vigente;
- Aprovar projeto de pesquisa que necessite de prontuário;
- Fazer escala de colaboradores;
- Gerenciar ponto eletrônico dos colaboradores do SAME.

SAU SERV ATEND AO USUÁRIOAUX. ADMINISTRATIVO SAU

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Revisar documentos da área e solicitar assinatura quando necessário;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Receber, levar, entregar e buscar documentos, providenciando os registros necessários;
- Preencher corretamente as planilhas de controles;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Atualizar as informações no que tange à sua área, de acordo com os controles existentes e orientações de seu superior imediato;
- Fornecer informações sobre processos, caso seja necessário.

JOVEM APRENDIZ SAU

- Prestar suporte às atividades administrativas do setor;
- Organizar os arquivos e documentos;
- Realizar controles administrativos solicitados;
- Digitar textos e planilhas, quando necessário;
- Alimentar Sistemas do setor;
- Realizar atendimento.

SUP (A). SAU

- Supervisionar o Serviço de Atendimento ao Usuário;
- Tratar e propor soluções as reclamações dos usuários, junto aos setores responsáveis;
- Encaminhar reclamações dos usuários ao Comitê de Melhoria Contínua para avaliação e proposta de tratativas;
- Elaborar pareceres sobre as reclamações ocorridas;
- Avaliar e orientar sobre processos e procedimentos aos subordinados;
- Elaborar e analisar os indicadores e relatórios da área;
- Supervisionar a aplicação das pesquisas de satisfação pela equipe;
- Receber todas as manifestações , via sistema ouvidoria SUS;
- Inserir registros de manifestações e responder dentro do sistema ouvidoria SUS;
- Apresentar registros de reclamação crítico em reuniões coma diretoria;
- Planejar e coordenar a execução das tarefas da equipe;

- Propor e ações de melhorias , com foco em diminuir as reincidências das reclamações.

SERV EXA MÉTO GRÁFICOS

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM METODOS GRAFICOS

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas, sob a orientação do enfermeiro assistencial;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Ser membro ativo das comissões, times e grupos de trabalho desenvolvidas na instituição, quando solicitados pela gestão;
- Avaliar escalas assistenciais de acordo com a sua competência técnica;
- Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Auxiliar o enfermeiro na realização de procedimentos e assistência aos pacientes de acordo com a sua competência técnica;
- Realizar atividades relacionadas a sua função quando solicitado pela chefia imediata.

SERVIÇO SOCIAL

ASSISTENTE SOCIAL SERVICO SOCIAL

- Padronizar, elaborar e documentar os procedimentos da área, garantindo a conformidade com normas institucionais e legislação vigente.
- Prestar atendimento social periódico ao paciente, incluindo acolhimento, escuta qualificada e elaboração da anamnese social.
- Elaborar e atualizar o manual de procedimentos específicos da área, assegurando a aplicação de boas práticas no atendimento social.

- Participar de reuniões clínicas diárias com a equipe multidisciplinar, fornecendo informações sobre as demandas sociais dos pacientes e contribuindo para a definição de condutas assistenciais.
- Desenvolver e conduzir grupos terapêuticos ou educativos com os pacientes, promovendo suporte psicossocial e fortalecimento de vínculos.
- Elaborar relatórios sociais e técnicos da área de atuação, garantindo o registro adequado das intervenções e fornecendo suporte à tomada de decisão.

SESMTENFERMEIRO (A) DO TRABALHO

- Orientar, avaliar e encaminhar funcionários acidentados ou doentes para o pronto-atendimento da unidade quando necessário;
- Manter ficha médica-ocupacional de todos os funcionários organizadas;
- Aplicar curativos em funcionários acidentados quando necessário;
- Agendar funcionários acidentado para consulta clínica ocupacional;
- Controlar os exames periódicos dos colaboradores da unidade;
- Orientar os funcionários quanto aos procedimentos de primeiros socorros em casos de acidentes de trabalho;
- Fazer comunicações para exames médicos e convocação para exames demissionais e admissionais;
- Controlar os exames de laboratório e audiométricos, laudos, arquivos e atestados médicos;
- Manter registros e controles sobre os dados de saúde e atendimentos aos empregados;
- Manter controles de retorno de empregados ao trabalho conforme dados do DP;
- Efetuar palestras para orientação aos empregados.

ENG. SEG DO TRABALHO

- Elaborar o Programa de Gerenciamento de Riscos e Análise de Riscos Operacionais;
- Assessorar a área jurídica nos casos de litígios trabalhistas, no âmbito dos riscos ambientais, emitindo laudos técnicos sempre que necessário;
- Identificar e mapear as situações e condições de insalubridade e de periculosidade;
- Realizar a investigação de acidentes do trabalho, através de entrevistas e inspeções no local, entre outros, visando à emissão da CAT e encaminhamento ao atendimento médico quando necessário;
- Identificar situações com potencial de causar doenças ocupacionais, participando junto às áreas envolvidas na redefinição da forma de trabalho ou critérios de operação de equipamentos;

- Supervisionar o treinamento de Brigadistas, Cipeiros e outros funcionários em atividades relacionadas com a segurança no trabalho;
- Participar de comissões institucionais quando solicitado.

PSICOLOGO DO TRABALHO

- Realizar a avaliação psicológica podendo utilizar-se de testes psicológicos e/ou outros instrumentos aprovados pelo SATEPSI, estando em conformidade com a resolução nº 31/2022 do CFP;
- Emitir laudos ou pareceres psicológicos, em conformidade com a resolução nº 06/2019 do CFP;
- Realizar atendimento psicológico ao colaborador a fim de acolher, orientar e encaminhar a o atendimento adequado, no âmbito da saúde mental, nos níveis de prevenção.
- Realizar intervenção em casos de crise ou impacto emocional por eventos adversos.
- Avaliar e propor melhorias no clima organizacional, apoiando a criação de uma cultura organizacional saudável e segura;
- Criar e/ou direcionar programas de saúde mental, bem como desenvolver ações educativas e campanhas de prevenção aos riscos psicossociais;
- Identificar e avaliar riscos psicossociais na unidade juntamente com equipe multiprofissional, realizando o gerenciamento dos mesmos e análise de indicadores.
- Participação em investigações que envolvam fatores humanos ou psicológicos, apoiando a elaboração de estratégias de prevenção baseadas em comportamento seguro.
- Elaborar relatórios de fechamento mensal junto com equipe multiprofissional;
- Conduzir entrevistas de desligamento.

TÉCNICO (A) SEG TRABALHO

- Inspecionar as áreas, instalações e equipamentos da instituição;
- Analisar e identificar os fatores e riscos de acidentes;
- Indicar e orientar o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual e Equipamentos de Proteção Coletiva;
- Comunicar aos setores os resultados das inspeções, apontando irregularidades e propostas de reparação ou renovação;
- Supervisionar a comissão responsável de prevenção de acidentes e a Brigada de Incêndio;
- Acompanhar o desenvolvimento do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais;
- Inspecionar o sistema de combate a incêndios e saídas de emergências;
- Investigar acidentes de trabalho, examinando as condições da ocorrência, visando identificar as causas e propor medidas de correção;
- Aprovar solicitações dos EPI'S via sistemas TASY;

- Elaborar treinamentos e aplicar junto dos colaboradores.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM DO TRABALHO

- Orientar colaboradores quanto ao fluxo de entrega de atestados, fluxo de acidente de trabalho, fluxo de atendimento médico do colaborador na unidade;
- Auxiliar o(a) Médico(a) do Trabalho no atendimento à colaboradores;
- Auxiliar o(a) Enfermeiro(a) do Trabalho nas palestras e programas de educação/treinamentos;
- Registrar procedimentos realizados no SESMT;
- Participar de discussão de casos, contribuindo com informações técnicas;
- Apoiar as campanhas de saúde e de imunização do trabalhador;
- Organizar prontuários e ASOS dos colaboradores.

TI TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ANALISTA DE T.I

- Atuar com suporte aos sistemas internos com orientação, instalação, atualização, configuração, parametrização, infraestrutura e testes.
- Executar projetos em banco de dados utilizando o software necessário.
- Mapear processos nas áreas em relação aos sistemas internos, com levantamento de requisitos e regras de negócios, e criar modelagem de dados.
- Avaliar previamente os impactos das alterações em outros processos de negócio.
- Registrar, documentar, priorizar e monitorar junto aos fornecedores a resolução dos problemas, bem como o alinhamento dos projetos a serem desenvolvidos.
- Acompanhar e buscar melhoria para os sistemas institucionais, com apoio à criação de customizações e novas funcionalidades.
- Desenvolver relatórios com análises, modelagem, extração de dados utilizando ferramentas de banco de dados.

SUP (A). DE TI

- Supervisionar as tarefas realizadas pela equipe, delegar atividades, motivar e orientar equipe na execução delas;
- Supervisionar o desenvolvimento de projetos de sistemas;
- Buscar soluções no mercado de software aplicativo ou contratar serviços de fornecedores externos;
- Administrar a rede de computadores e supervisionar a manutenção dos programas e sistemas implantados;
- Propor procedimentos para redução de custo;

- Auditar a utilização dos serviços de tecnologia, acessos, sistemas e impressões;
- Criar e gerenciar os indicadores de atendimento;
- Elaborar as políticas, normas e procedimentos relativos à tecnologia de informação zelando pelo seu cumprimento;
- Supervisionar a implementação de soluções;
- Propor planos de investimentos visando atualização tecnológica.

TÉCNICO (A) DE INFORMATICA

- Prestar suporte em equipamentos de informática, telefonia e cabeamento estruturado;
- Realizar suporte técnico aos usuários, sempre que necessário;
- Assegurar a disponibilidade da rede de comunicação;
- Manter arquivos atualizados e executar processos de segurança na rede da instituição;
- Instalar e dar suporte nos equipamentos de informática, segurança por imagem e telecomunicações;
- Instalar e configurar softwares;
- Administrar o sistema operacional;
- Analisar o desempenho, promovendo adequação entre software e hardware;
- Identificar erros e adotar as medidas preventivas prescritas para corrigi-las;
- Executar rotinas de backup.

TOMOGRAFIA

ENFERMEIRO (A) TOMOGRAFIA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;

- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis;
- Ser membro ativo das comissões, times e grupos de trabalho desenvolvidas na instituição, quando solicitados pela gestão;
- Avaliar escalas assistenciais de acordo com a sua competência técnica;
- Assessorar nas atividades de ensino, pesquisa e extensão.
- Realizar atividades relacionadas a sua função quando solicitado pela chefia imediata.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM TOMOGRAFIA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UNI INTE 2ºAND SET B PEDI

ENFERMEIRO (A) UI CLINICA PEDIATRICA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;

- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UI CLÍNICA PEDIÁTRICA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento diariamente nos plantões;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UNI INTER 2º AND SET A ONC

ENFERMEIRO (A) UI

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;

- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

MAQUEIRO

- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, atuando nos processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Auxiliar na análise crítica dos indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- Realizar outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição;
- Transportar pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
- Auxiliar na colocação e retirada de veículos que os transportem;
- Transportar exames, materiais, documentos e equipamentos;
- Manter equipamentos limpos e organizados;
- Providenciar macas, cadeiras de rodas para transporte de pacientes;
- Auxiliar no posicionamento do paciente juntamente com a equipe de enfermagem.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;

- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Realizar anotações da assistência do paciente no prontuário;
- Preparar os pacientes para realização de procedimentos e exames.

UNI INTER 3º AND OBSTETRÍENFERMEIRO (A) UI CLINICA OBSTETRICA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UI CLINICA OBSTETRICA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;

- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UNID INTER 4ºANDCOORD (A). ENFERMEIRO INTERNAÇÃO

- Promover a gestão da equipe, padronizar e garantir a assistência adequada aos pacientes, direcionando as ações para a melhoria da qualidade de acordo com o Modelo de Excelência Assistencial - MEA;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem e das comissões da área de enfermagem;
- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade garantindo a melhoria contínua;
- Realizar o remanejamento de colaboradores de acordo com plano de contingência (priorizando as unidades críticas), sem que haja prejuízo da unidade de origem;
- Acompanhar processo orçamentário, emitindo análise crítica quando necessário;
- Disseminar e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos na área de especialidade;
- Elaborar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar a capacitação de toda equipe assistencial;
- Solicitar materiais de reposição, controlar vencimentos de medicamentos, manter atualizada as manutenções em aparelhos utilizados em atendimento de emergência;
- Elaborar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários para nortear e subsidiar o serviço de enfermagem;
- Avaliar periodicamente as anotações de prontuário verificando o conjunto de informações, sinais e imagens registrados e se garante a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;
- Realizar LNT setorial, relatórios mensais e trimestrais quando solicitados pela direção;
- Criar indicadores assistenciais conforme perfil da unidade para garantir um atendimento especializado de qualidade;
- Monitorar e realizar tratativa do cartão de ponto do colaborador;

- Monitoramento das solicitações de materiais , medicamento e manutenção de aparelhos hospitalares.

ENFERMEIRO (A) UI CLINICA CIRURGICA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

MAQUEIRO UI CLINICA CIRURGICA

- Garantir que as metas, estratégias, políticas e objetivos do Planejamento Estratégico sejam divulgados e entendidos por todos os colaboradores, atuando nos processos de sua área em sintonia com as outras áreas e lideranças para o alcance dos resultados;
- Cumprir e fazer cumprir na sua área, a legislação vigente, o Código de Integridade, o Regulamento, as Normas, Valores e Projetos Institucionais;
- Auxiliar na análise crítica dos indicadores gerenciais, os de gestão de pessoas (rotatividade e absenteísmo) e os custos do setor, cumprindo as metas definidas pela instituição.
- Realizar outras atividades inerentes à sua função e/ou quando solicitadas pelo superior imediato, de acordo com a necessidade da instituição;
- Transportar pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
- Auxiliar na colocação e retirada de veículos que os transportem;
- Transportar exames, materiais, documentos e equipamentos;
- Manter equipamentos limpos e organizados;
- Providenciar macas, cadeiras de rodas para transporte de pacientes;

- Auxiliar no posicionamento do paciente juntamente com a equipe de enfermagem.

SUP (A). ENFERMAGEM

- Supervisionar equipe de enfermagem, acompanhar o paciente, fazer anotações em prontuário e manter contato com outras áreas do hospital.
- Realizar procedimentos de maior complexidade, registrar observações, cuidados e procedimentos prestados.
- Selecionar materiais e equipamentos, elaborar e monitorar escala diária de trabalho, levantar necessidades e problemas objetivando identificar áreas de risco.
- Elaborar plano de ação para a equipe e capacitá-los nos protocolos de segurança do paciente;
- Participar de trabalhos de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, campanhas, planejamentos e assistência;
- Participar da elaboração de projetos e políticas de saúde;
- Participar das Comissões que tenham correlação com as atividades da enfermagem;
- Analisar prontuários assegurando o preenchimento completo, propor ações corretivas para as irregularidades analisadas, eventualmente cobrir setores de seus pares;
- Participar da análise de indicadores assistências da unidade.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UI CLÍNICA CIRÚRGICA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Realizar anotações da assistência do paciente no prontuário;
- Preparar os pacientes para realização de procedimentos e exames.

UTI ADULTO 3º ANDARENFERMEIRO (A) UTI ADULTO 3 ANDAR

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UTI ADULTO 3º ANDAR

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial;
- Auxiliar em procedimento de Enfermagem.

UTI ADULTO TÉRREOCOORD (A). ENFERMEIRO UTI

- Promover a gestão da equipe, padronizar e garantir a assistência adequada aos pacientes, direcionando as ações para a melhoria da qualidade de acordo com o Modelo de Excelência Assistencial - MEA;
- Participar efetivamente de reuniões técnicas e administrativas da Enfermagem e das comissões da área de enfermagem;
- Analisar dados dos indicadores assistenciais e gerenciais dos serviços sob sua responsabilidade garantindo a melhoria contínua;
- Realizar o remanejamento de colaboradores de acordo com plano de contingência (priorizando as unidades críticas), sem que haja prejuízo da unidade de origem;
- Acompanhar processo orçamentário, emitindo análise crítica quando necessário;
- Disseminar e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem;
- Elaborar relatórios e laudos técnicos na área de especialidade;
- Elaborar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar a capacitação de toda equipe assistencial;
- Solicitar materiais de reposição, controlar vencimentos de medicamentos, manter atualizada a as manutenções em aparelhos utilizados em atendimento de emergência;
- Elaborar protocolos assistenciais, instruções de trabalho e formulários para nortear e subsidiar o serviço de enfermagem;
- Avaliar periodicamente as anotações de prontuário verificando o conjunto de informações, sinais e imagens registrados e se garante a continuidade da assistência prestada ao indivíduo;
- Elaborar mensalmente escala de trabalho;
- Acompanhar mensalmente conforme período do cartão de ponto registro de ponto de seus liderados;
- Acompanhar e solicitar pedido de compra conforme necessidade do setor;
- Realizar LNT setorial, relatórios mensais e trimestrais quando solicitados pela direção.

DENTISTA

- Prestar atendimento odontológico e cuidar da saúde bucal do paciente;
- Promover a prevenção, diagnóstico e tratamento necessário;
- Efetuar restaurações, extrações, limpeza e colocar próteses, quando necessário;
- Examinar radiografias e orientar ao paciente sobre os procedimentos a serem executados;
- Orientar quanto aos cuidados bucal e higienização;

- Prescrever medicamentos sempre que necessário;
- Realizar pequenas cirurgias e aplicar anestésias;
- Acompanhar o quadro de evolução e progresso do paciente;
- Registrar as ocorrências da consulta e/ou cirurgia médica;
- Desenvolver programas e projetos;
- Atuar conjuntamente com a equipe multiprofissional para a prevenção de PAVM.

ENFERMEIRO (A) UTI ADULTO

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas, equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UTI ADULTO

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;

- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UTI NEONATAL 3º ANDARENFERMEIRO (A) UTI NEONATAL 3 AND

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UTI NEONATAL 3 AND

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;

- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UTI NEONATAL TÉRREO

ENFERMEIRO UTI NEONATAL

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Controlar e analisar indicadores da área;
- Manter e controlar os medicamentos da Unidade;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) DE ENFERMAGEM UTI NEONATAL

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;

- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;
- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

UTI PEDIATRICA

ENFERMEIRO (A) UTI PEDIATRICA

- Organizar a operacionalização do serviço de Enfermagem e fornecer assistência aos técnicos da área;
- Realizar os procedimentos de maior complexidade, bem como atuar como facilitador de todos os processos que envolvem o atendimento de enfermagem;
- Promover a qualidade e o desenvolvimento de assistência de Enfermagem segura para a sociedade e profissionais de Enfermagem, implantando e implementando sistemas, métodos e procedimentos de monitoração e melhoria de processos;
- Aplicar e monitorar o cumprimento do exercício legal da profissão, observando a legislação e o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem;
- Conhecer e cumprir os protocolos assistenciais, normas/rotinas e ITs de enfermagem;
- Realizar capacitação dos técnicos de enfermagem com relação ao roteiro de análise do cuidado de enfermagem;
- Realizar orientações de altas aos pacientes;
- Distribuir pacientes de acordo com o grau de dependência e atividade da equipe diária;
- Manter controle de salas equipamentos e leitos disponíveis.

TÉCNICO (A) ENFERMAGEM UTI PEDIATRICA

- Realizar procedimentos e assistência de enfermagem a pacientes;
- Realizar as anotações de enfermagem em prontuário com validação de assinatura e carimbo, garantindo a segurança, qualidade e a continuidade do tratamento;
- Manter organização do setor e murais de controle de infecção hospitalar;
- Identificar em ficha dos pacientes as informações necessárias para identificação do paciente, nome do profissional que atendeu e dos procedimentos realizados a ele;
- Realizar busca ativa diária em prontuário e discussão de caso com o Enfermeiro responsável;
- Coletar, armazenar, compilar e divulgar dados referentes à infecção hospitalar;
- Identificar e sugerir soluções em casos de ocorrências de surto de infecção nosocomiais;

- Realizar, quando necessário, esclarecimento aos pacientes e/ou acompanhantes familiares quanto às atividades executadas;
- Comunicar ao enfermeiro as ocorrências dos pacientes;
- Cumprir a escala de serviço elaborado pelo enfermeiro assistencial.

5. Atividades:

As atividades descritas neste POP abrangem todas as etapas do atendimento e manejo de acidentes com exposição a material biológico, desde a identificação e notificação imediata do evento até o atendimento médico especializado, coleta de exames, acompanhamento do trabalhador e registro das ações realizadas. Incluem-se também as medidas preventivas, orientações de biossegurança, uso adequado de EPIs, higienização, descarte correto de resíduos e ações educativas voltadas à prevenção e controle de riscos biológicos em todos os setores envolvidos.

Acidente De Trabalho

O fluxo de acidente de trabalho deve ocorrer conforme assistência ao colaborador após acidente de trabalho.

Fluxo De Acidente Típico

Conforme dispõe o art. 19 da Lei nº. 8.213/91, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho".

Ao lado da conceituação acima, de acidente de trabalho típico, por expressa determinação legal, as doenças profissionais e/ou ocupacionais equiparam-se a acidentes de trabalho. Os incisos do art. 20 da Lei nº 8.213/91 as conceitua:

Doença Profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

Doença Do Trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I.

Como se revela inviável listar todas as hipóteses dessas doenças, o § 2º do mencionado artigo da Lei nº 8.213/91 estabelece que, "em caso excepcional, constatando-se que a doença não incluída na relação prevista nos incisos I e II deste artigo resultou das condições especiais em

que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente, a Previdência Social deve considerá-la acidente do trabalho".

O art. 21 da Lei nº 8.213/91 equipara ainda a acidente de trabalho:

- I.o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
- II.o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:
- a) Ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 - b) Ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
 - c) Ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
 - d) Ato de pessoa privada do uso da razão;
 - e) Desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior.
- III.A doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade.

Cuidados Com o local lesionado

O colaborador deve realizar os cuidados imediatos, ou seja, lavar com água e sabão a área afetada e, no caso de olhos, boca e nariz, seguir as recomendações abaixo:

- Olhos e nariz: Lavar com soro fisiológico;
- Boca: Lavar com água, bochechar e jogar fora.

Cabe Ao colaborador acidentado

- Realizar os cuidados imediatos no local lesionado conforme citado;
- Comunicar a chefia imediata e dirigir-se ao setor Acolhimento para atendimento médico e preenchimento do CAT;
- Levar a CAT preenchida pelo médico plantonista do Setor Acolhimento ao SESMT após o acidente, caso o acidente tenha ocorrido após as 20h, feriado ou final de semana no primeiro dia útil após o acidente;

Caso o colaborador esteja internado ou impossibilitado de entregar o CAT no setor SESMT, deve comunicar o incidente via telefone ao seu gestor e o gestor que encaminhará a documentação no prazo de até 24h, após o acidente, no setor SESMT.

Cabe ao médico plantonista do setor acolhimento

- Realizar atendimento médico ao colaborador/prestador acidentado;
- Preencher a Ficha de Investigação de Acidente e Incidente de Trabalho e entregá-la ao acidentado.

Cabe Ao SESMT

- Encaminhar via e-mail a documentação para a sede emitir a CAT via sistema e-Social;
- Realizar investigação do acidente de trabalho;
- Orientar o colaborador sobre a necessidade de comparecer no setor SCIH/NHE para registro no formulário do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- Realizar o agendamento da consulta ocupacional com a médica do trabalho e informar o Técnico de Segurança do Trabalho para que este comunique a data e horário da consulta ao colaborador acidentado.

Cabe ao NHE

- Realizar a notificação do acidente típico no formulário do SINAN.

Acidente De Risco Com Material Biológico

É todo caso de acidente de trabalho ocorrido com quaisquer categorias de profissionais, envolvendo exposição direta ou indireta do trabalhador a material biológico (orgânico) potencialmente contaminado por patógenos (vírus, bactérias, fungos, príons e protozoários), por meio de material perfurocortante ou não.

Entende-se por exposição ocupacional as situações envolvendo sangue ou secreções corporais em lesões percutâneas (como ferimentos perfuro cortantes determinados por agulhas, por exemplo), contato com membrana mucosa ou pele não-íntegra (quando há alguma lesão de pele, dermatite ou ferida) ou contato com pele íntegra quando a duração do mesmo é prolongada (vários minutos ou horas).

As secreções corporais incluem: sêmen, secreções vaginais, líquido cefalorraquidiano, sinovial, pleural, peritoneal, pericárdico, amniótico. Exposição a saliva, lágrimas, vômito, urina e fezes sem a presença de sangue não requer acompanhamento pós-exposição.

Fluxo De Acidente Com Material Biológico

Cuidados Com O Local Lesionado

O colaborador deve proceder com os cuidados conforme a local/área lesionada:

- Cuidados Locais: Lavar a área afetada com água e sabão;
- Contato com os olhos - Lavar com soro fisiológico;
- Contato com a boca - Lavar com água, bochechando e desprezando;

Avaliação De Risco

Tipo De Exposição

- Percutânea (risco alto): lesões provocadas por instrumentos perfurocortantes;
- Mucosas (risco baixo): respingos em olhos, nariz, boca e genitália;
- Pele não íntegra: contato com pele com dermatite, feridas abertas (risco moderado), mordeduras humanas;
- Considerar exposição de risco quando houver sangue.

Tipo De Fluido

- Fluidos biológicos de risco (risco alto): sangue, líquido orgânico com sangue visível ou fluido potencialmente infectante;
- Materiais biológicos potencialmente não infectantes (risco baixo): fezes, secreção nasal, escarro, suor, lágrima, urina e vômito, exceto se tiverem sangue.

Volume De Sangue

- Maior volume de sangue (risco alto): lesões profundas para material cortante, presença de sangue visível no instrumento, acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria, acidentes com agulhas de grosso calibre, agulhas com lúmen;
- Maior inoculação viral (risco alto): paciente-fonte com HIV/AIDS avançada, infecção aguda para HIV, situações com viremia elevada.
- O início da quimioprofilaxia deverá ocorrer ideal nas primeiras 02hs até 48hs após o acidente.
- Fazer uma anamnese recente e obter dados sobre hábitos de vida, história de hemotransfusão, uso de drogas, vida sexual, uso de preservativos, passado em presídio ou manicômios, história de hepatite e Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST e

sorologias anteriores, para analisar a possibilidade de situá-lo numa possível janela imunológica do paciente fonte.

- Paciente com acidente de risco alto, fonte desconhecida, deverá iniciar quimioprofilaxia para HIV.

Atribuições Frente À Exposição Ocupacional Com Material Biológico

Cabe ao Colaborador acidentado

- Realizar os cuidados imediatos no local lesionado conforme citado anteriormente;
- Informar o acidente ao paciente fonte, quando paciente fonte for conhecido;
- Notificar de imediato o Acidente de Trabalho com exposição a material Biológico a sua chefia imediata;
- Levar sua carteira de vacinação ou informar seu estado vacinal e dados recentes de sua saúde ao médico plantonista;
- Entregar a Ficha de Investigação de Acidente e Incidente de Trabalho preenchida pelo médico plantonista do Setor Acolhimento ao SESMT após o acidente, caso o acidente tenha ocorrido após às 20h, feriado ou final de semana no primeiro dia útil após o acidente;
- Aguardar o resultado do exame para que sejam iniciadas as medidas profiláticas;
- Comparecer ao médico Infectologista com resultado de exames laboratoriais para consulta no ambulatório para que seu caso seja analisado e se for o caso comparecer aos agendamentos subsequentes marcados;
- O colaborador deverá comparecer a todos os exames de acompanhamento definidos no protocolo; caso o teste rápido for positivo para HIV do paciente fonte, o colaborador deverá comparecer no Acolhimento dentro de 2 horas - tempo ideal para **recebimento ou não da quimioprofilaxia**.

Cabe Ao Médico Plantonista Do Setor Acolhimento

- Realizar atendimento médico ao colaborador/prestador acidentado;
- Investigar situação de cobertura vacinal VHB (três doses);
- Preencher a CAT e entregá-la ao acidentado;
- Solicitar os exames pertinentes para o acidentado e paciente fonte;
- Disponibilizar prescrição médica de antirretroviral, quando houver indicação;

- Disponibilizar encaminhamento para o médico infectologista;

Cabe Ao enfermeiro do setor acolhimento

- Abordar o paciente-fonte, exceto no Centro Cirúrgico;
- Solicitar do paciente - fonte sua concordância para a realização dos exames indicados neste protocolo de acidentes de trabalho, comunicando a seguir ao laboratório conforme Termo de compromisso livre e esclarecido.
- Realizar a triagem com a classificação de risco no enquadramento amarelo.

Cabe ao enfermeiro do setor centro cirúrgico

- Abordar o paciente-fonte ou seu responsável legal quando criança ou idoso;
- Solicitar do paciente - fonte sua concordância para a realização dos exames indicados, comunicando a seguir ao laboratório conforme Termo de compromisso livre e esclarecido.

Cabe ao setor laboratório de análises clínicas

- Receber a requisição de exames do acidentado e paciente fonte e termo de consentimento para coleta de material biológico;
- Colher imediatamente o sangue do paciente fonte para teste rápido (HbsAg, Anti-HCV e HIV ½ e VDRL), segundo solicitação médica do Setor Acolhimento;
- Colher imediatamente o sangue do acidentado para teste rápido (HbsAg, Anti-HCV e HIV ½ e VDRL), segundo solicitação médica do Setor Acolhimento;
- Imprimir resultado de exame e entregar protocolado ao médico plantonista no Setor acolhimento.
- Se houver indicação de quimioprofilaxia o acidentado deve comparecer ao setor de Farmácia Satélite Acolhimento para a retirada do kit completo para o tratamento.
- A decisão de iniciar ou não a profilaxia deve ser avaliada conforme critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta.

É um direito da pessoa recusar a PEP e/ou outros procedimentos indicados após a exposição (por exemplo, coleta de exames sorológicos e laboratoriais). Nesses casos, proceder com o registro em prontuário/ficha de atendimento, documentando a recusa e explicitando que no atendimento foram fornecidas as informações sobre os riscos da exposição, assim como a relação entre o risco e o benefício das intervenções.

Observação:

ACIDENTADO: É direito deste a recusa da realização de exames sorológicos (HbsAg, Anti-HCV, HIV 1/2 e Anti-HBs) e recebimento de quimioprofilaxia, após assinar ou não a Declaração de recusa aos procedimentos de investigação laboratorial e Declaração de recusa de recebimento de quimioprofilaxia.

PACIENTE FONTE: É direito deste a recusa da realização de exames sorológicos (HbsAg, Anti-HCV, HIV 1/2 e Anti-HBs), após assinar ou não o termo de Termo de compromisso livre.

Cabe ao SESMT

- Registrar a CAT no sistema SAS e encaminhar a documentação para a Sede Administrativa do Instituto Social Mais Saúde - ISMS, via e-mail, para que a Sede emita a CAT junto ao sistema do e-Social;
- Realizar investigação do acidente de trabalho;
- Orientar o colaborador sobre a necessidade de comparecer no setor SCIH/NHE para registro do acidente no sistema SINAM – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- Realizar o agendamento da Consulta Clínica Ocupacional e comunicar o colaborador da data e horário do atendimento com a Médica do Trabalho;

Cabe Ao NHE

- Realizar a notificação do acidente com perfurocortante no formulário do SINAN.

Cabe Ao Gestor

- Realizar o agendamento da consulta com o médico infectologista no ambulatório e comunicar ao colaborador a data e horário para comparecimento a consulta com o médico infectologista.

Cabe ao Ambulatório

- Agendar a consulta com médico infectologista e realizar os agendamentos subsequentes, quando houver indicação da médica infectologista.

Cabe a Farmácia

- Manter estoque mínimo de 3 kits de medicação antirretroviral;
- Disponibilizar ao colaborador acidentado o kit de antirretroviral, conforme prescrição médica.

Conduitas Frente a Exposição de Material Biológico - Paciente Externo

Quando ocorrer acidente perfurocortante com paciente externo, este receberá o atendimento dentro da unidade, conforme a Portaria Estadual 744 de 12 de junho de 2012.

- O enfermeiro do acolhimento deverá abordar o acidentado explicando o ocorrido e solicitar sua autorização por escrito (formulário 1 - Consentimento ou Recusa pós-informado) para realização dos exames necessários, conforme protocolo Institucional de Acidentes de Trabalho;
- O médico plantonista do Acolhimento deverá seguir fluxo de acidentes;
- Se o paciente-fonte recusar a submeter aos exames, considerar como paciente-fonte desconhecida.
- Em caso de seguimento laboratorial e uso de PEP por 28 dias, o acidentado receberá o kit pelo setor de Farmácia Satélite Acolhimento.
- Para acidentes com profissionais externos o enfermeiro do acolhimento deve orientar o acidentado que o acompanhamento clínico e sorológico deve ser realizado pelo CTA/SAE.

Observação: A unidade em atendimento a Portaria Estadual nº. 744, de 12 de junho de 2012, atende aos profissionais de Saúde expostos a materiais biológicos nos casos de acidentes ocupacionais, aos sábados, domingos, feriados e nos turnos noturnos.

Acidentes com sangue e/ou Secreções – Profilaxia para Agentes Virais HIV.

No atendimento inicial após exposição ao HIV, faz-se necessário que o profissional avalie como, quando e com quem ocorreu a exposição, além de investigar a condição sorológica da pessoa exposta e da pessoa fonte da exposição. Assim, a partir da avaliação desses critérios objetivos será possível definir se há ou não indicação de início de Profilaxia Pós-Exposição - PEP.

Avaliação do Risco da Exposição:

- O tipo de material biológico envolvido;
- O tipo de exposição;
- O tempo transcorrido entre exposição e o atendimento;
- A condição sorológica para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte.

Recomenda-se profilaxia em todos os casos de exposição com risco significativo de transmissão do HIV. Existem casos, contudo em que a PEP não está indicada, em função do

risco insignificante de transmissão e nos quais o risco de toxicidade dos medicamentos supera o risco de transmissão do HIV.

Tipo De Material Biológico

Existem exposições com risco de infecção envolvidas na transmissão do HIV. Assim, a exposição constitui situação na qual a PEP está recomendada.

Tabela 07 – Classificação dos materiais biológicos

CLASSIFICAÇÃO DOS MATERIAIS BIOLÓGICOS	
<u>Com risco de transmissão do HIV:</u> › Percutânea › Membranas mucosas › Exposição sexual desprotegida › Cutâneas em pele não íntegra › Mordedura com presença de sangue	<u>Sem risco de transmissão do HIV:</u> › Cutânea em pele íntegra › Mordedura sem a presença de sangue

Algumas definições e exemplos dessas exposições encontram-se a seguir:

a. Exposição com risco de transmissão do HIV:

- Percutânea. Exemplos: lesões causadas por agulhas ou outros instrumentos perfurantes e/ou cortantes.
- Membranas mucosas. Exemplos: exposição sexual desprotegida; respingos em olhos, nariz e boca.
- Cutâneas envolvendo pele não íntegra. Exemplos: presença de dermatites ou feridas abertas. › Mordeduras com presença de sangue.
- Nesses casos, os riscos devem ser avaliados tanto para a pessoa que sofreu a lesão quanto para aquela que a provocou.

b. Exposição sem risco de transmissão do HIV:

- Cutânea – exclusivamente quando a pele exposta se encontra íntegra.
- Mordedura sem a presença de sangue.

Importante: O primeiro atendimento após a exposição ao HIV é uma **urgência** médica. A PEP deve ser iniciada o mais precocemente possível tendo como limite às 72 horas subsequentes à

exposição. As situações de exposição ao HIV constituem uma emergência médica, em função da necessidade de início precoce da profilaxia para maior eficácia da intervenção. **Não há benefício da profilaxia com ARV após 72 horas da exposição.**

Investigação diagnóstica Para o HIV da pessoa exposta e da pessoa fonte

A avaliação do status sorológico da pessoa exposta deve ser realizada em situações de exposições consideradas de risco. Além disso, o *status* da pessoa fonte, sempre que possível, deve ser conhecido, pois é determinante para indicação de PEP.

Primeiramente, deve-se realizar a investigação do diagnóstico para o HIV da **pessoa exposta**:

- **Se reagente:** a PEP não está indicada. A infecção pelo HIV ocorreu antes da exposição que motivou o atendimento e a pessoa deve ser encaminhada para o acompanhamento clínico e início da terapia antirretroviral.
- **Se não reagente:** pessoa exposta é susceptível o HIV. Avaliar o *status* sorológico da **pessoa fonte** quanto à infecção pelo HIV.

No caso de resultado discordante ou teste rápido inválido: não é possível confirmar o status sorológico da pessoa exposta. Recomenda-se iniciar o fluxo laboratorial (ver manual diagnóstico HIV). Fica à critério clínico e em conjunto com a pessoa exposta a decisão de iniciar ou não a profilaxia.

Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte** em relação à infecção pelo HIV:

- **Ser reagente:** a PEP está indicada.
- **Se não reagente:** a PEP não está indicada.

Contudo, a PEP poderá ser indicada quando a pessoa fonte tiver história de exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à possibilidade de resultados falsos- negativos de testes imunológicos de diagnóstico (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. No caso de utilização de testes de fluido oral, considerar a janela imunológica de 90 dias.

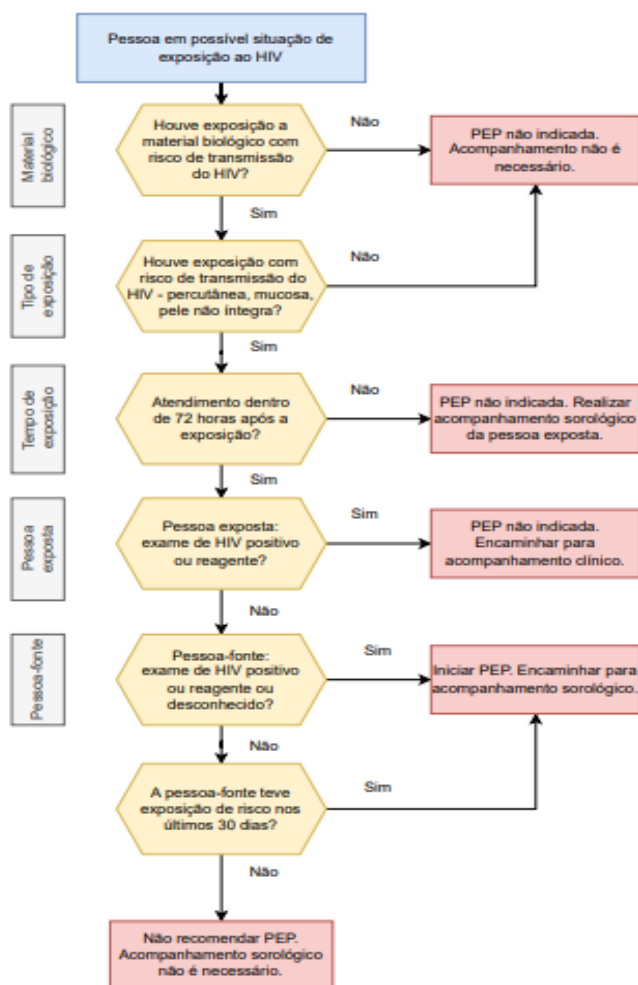
- **Se fonte desconhecida:** a PEP está indicada. A manutenção da PEP por 28 dias deverá ser decidida individualmente após a discussão do caso com profissionais que tenham experiência no atendimento de pessoas vivendo com HIV - PVHIV.

Não se deve retardar ou condicionar o atendimento da pessoa exposta à ausência da pessoa-fonte.

Para a tomada de decisão, deve-se considerar a gravidade da exposição e a probabilidade clínica e epidemiológica de a pessoa-fonte apresentar infecção pelo HIV, tais como prevalência local do HIV ou presença de manifestações clínicas sugestivas de aids. É importante reforçar que a decisão pela prescrição da PEP não deve ser retardada pela ausência da pessoa-fonte no momento do acolhimento, e que os demais critérios anteriormente descritos devem ser considerados caso o resultado da testagem para HIV da pessoa-fonte seja desconhecido.

Fluxograma Para Indicação De PEP HIV

Imagem 08 – Fluxograma para indicação de PEP HIV



Esquema Antirretroviral Para PEP

Tabela 08 – Esquema preferencial para PEP

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP	
Medicamentos	Duração da PEP
Tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + dolutegravir (DTG)	28 dias

ESQUEMA PREFERENCIAL PARA PEP

APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAIS PREFERENCIAIS PARA PEP E POSOLOGIAS

Medicamento	Apresentação	Posologia
Tenofovir¹ e lamivudina (TDF + 3TC)²	Comprimido coformulado (TDF 300 mg + 3TC 300 mg) TDF 300 mg associado a comprimido 3TC 300 mg	1 comprimido VO 1x ao dia
Dolutegravir (DTG)	Comprimido DTG 50 mg	1 comprimido VO 1x ao dia

¹ contraindicado se pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

² na falta da apresentação coformulada, utilizar TDF 300 mg VO 1 cp/dia + Lamivudina 300 mg 1 cp/dia.

Fonte: DIAHV/SVS/MS

Esquemas contendo dolutegravir são superiores a qualquer um dos outros esquemas disponíveis. O esquema preferencial (tenofovir/lamivudina + dolutegravir) possui perfil favorável de toxicidade e menor número de comprimidos, otimizando a adesão. Além disso, apresenta alta barreira genética à resistência, potencialmente reduzindo o risco de resistência transmitida, principalmente quando a pessoa-fonte é multiexperimentada em Tarv. O dolutegravir pode ser coadministrado de forma segura com contraceptivos orais e também hormônios para feminização, visto seu baixo potencial de interação medicamentosa.

Gestantes E Lactantes

Os critérios para indicação de PEP são os mesmo que se aplicam a qualquer outra pessoa que tinha sido exposta ao HIV. Apesar de resultados encorajadores, ainda há poucos dados disponíveis na literatura que permitam a indicação de DTG como esquema preferencial para profilaxia em gestantes e lactantes. Portanto, para essas mulheres o esquema preferencial deve ser composto com **Raltegravir**.

Obs. As mulheres que estejam amamentando devem ser esclarecidas sobre os potenciais riscos de transmissão do HIV pelo leite materno. Em tais situações, deve se orientá-las pela interrupção temporária da amamentação. Durante o período de janela imunológica pode realizar extração e descarte do leite materno. Exame de controle com resultado HIV não reagente autoriza reintrodução do aleitamento materno.

Tabela 09– Apresentação de antirretroviral para PEP em gestantes

APRESENTAÇÕES DE ANTIRRETROVIRAL PARA PEP EM GESTANTES

ESQUEMA PREFERENCIAL	MEDICAÇÕES
TDF+3TC+RAL*	Impossibilidade de TDF: AZT Impossibilidade de RAL: ATV/r
Esquema alternativo	Medicações alternativas
TDF + 3 TC + ATV/r	Impossibilidade de ATV/r: LPV/r
* RAL Raltegravir = 1 comprimido de 400mg a cada 12 horas	

Hepatite B

Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a Material biológico.

Tabela 10– Situação vacinal

PACIENTE-FONTE							
SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	HBsAg positivo		HBsAg negativo		HBsAg desconhecido ou não testado		
Não Vacinado	IGHAHB + vacinação	+ iniciar	Iniciar vacinação		Iniciar vacinação**		
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação		Completar vacinação		Completar vacinação**		
Previamente vacinado							
Com resposta vacinal conhecida e adequada (> 10mUI/ml)	Nenhuma específica	medida	Nenhuma específica	medida	Nenhuma específica	medida	
Sem resposta vacinal após a 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B da nova série de 3 doses		Iniciar nova série de vacina (3 doses)		Iniciar nova série de vacina (3 doses)		
Sem resposta vacinal após 2ª série (6 doses)	IGHAHB (2x)***		Nenhuma específica		medida	IGHAHB (2x)***	

Resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde:	Testar o profissional de saúde:	Testar o profissional de saúde:
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série vacinação**

- Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-exposição. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser aplicadas dentro do período de 7 dias após o acidente, idealmente nas primeiras 24 horas após o acidente.
- Uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis, paciente em programas de diálise, contatos domiciliares e sexuais de portadores de HBsAg positivo, homens fazem sexo com homens, heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas, história prévia de doenças sexualmente transmissíveis, pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B, pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.
- IGHAHB (2x) = 2 doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de mês entre as doses. Esta opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram 2 séries de 3 doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou apresentem alergia grave à vacina.
- A imunização para a hepatite B e o uso de IGHAHB também estão indicados na gestação, em qualquer idade gestacional.

Hepatite C

A investigação inicial da infecção pelo VHC é feita com a pesquisa por anticorpos contra o vírus (anti – VHC) usando testes rápidos ou testes laboratoriais. No entanto, a detecção do anticorpo isoladamente indica apenas exposição ao vírus, havendo necessidade de detecção direta do genoma viral (VHC-RNA) para a definição de um caso de infecção ativa.

Testagem Para Hepatite C Da Pessoa Fonte E Da Pessoa Exposta

Interpretação do status sorológico da pessoa exposta utilizando-se a pesquisa do anti-VHC:

- **Se anti-VHC reagente:** A pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento. A pessoa deve ser encaminhada para confirmação laboratorial do caso e para acompanhamento clínico.
- **Se anti-VHC não reagente:** A pessoa exposta não tem, no momento da testagem, sinal de contato prévio com o vírus. Quando possível, avaliar o *status* sorológico da pessoa fonte quanto à infecção pela hepatite C.
- - Quanto ao *status* sorológico da **pessoa fonte**:
- **Se anti-VHC reagente:** acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soro conversão e necessidade de tratamento da infecção aguda
- **Se anti-VHC não reagente:** sem risco de soro conversão para pessoa exposta, não é necessário acompanhamento sorológico da pessoa exposta em relação a essa infecção.
- **Se anti-VHC desconhecido ou indeterminado:** Acompanhar a pessoa exposta pelo risco de soro conversão e eventual necessidade de tratamento da infecção aguda.
- Contudo, é necessário considerar a janela diagnóstica para detecção de anticorpos que varia de 33 a 129 dias. Há possibilidade de resultados falso-negativos de testes imunológicos (rápidos ou laboratoriais) durante o período de janela imunológica. Por isso, se houver essa possibilidade e a fonte for epidemiologicamente relacionável a infecção pelo VHC, é recomendável testar a fonte mais uma vez ao fim do período da janela.

Seguimento Da Pessoa Exposta - Fonte Positiva Para Hepatite C

O diagnóstico precoce da soro-conversão possibilita o tratamento na fase aguda da infecção pelo VHC que tem objetivo de reduzir o risco de progressão para hepatite crônica principalmente nos pacientes assintomáticos. Portanto, recomendamos o seguimento conforme o quadro abaixo:

Tabela 11 – Seguimento da pessoa exposta

Exame	1º Atendimento	1 mês	3 meses	6 meses
ALT	SIM	SIM	SIM	SIM
PCR (RNA-VHC)	NÃO	SIM	SIM	NÃO
anti-VHC*	SIM	SIM	SIM	SIM

Fonte: SESMT

*anti-VHC reagente: **PESSOA PREVIAMENTE EXPOSTA**. Pessoa teve contato com o vírus da hepatite C antes da exposição que motivou o atendimento. Deve ser encaminhada para médica Infectologista.

Infecção Aguda Pelo VHC Após Exposição Ocupacional

Definição de hepatite C aguda

- Soro conversão recente (há menos de seis meses) e documentada do ANTI-VHC (anti-VHC não reagente no início dos sintomas ou no momento da exposição, com conversão para anti-VHC);

OU

- anti-VHC não reagente e detecção do VHC-RNA por até 90 dias após o início dos sintomas ou da data da exposição, quando esta for conhecida em indivíduos com histórico de exposição potencial ao VHC.

Critérios Para O Início Do Tratamento Da Hepatite C Aguda

- Pacientes Sintomáticos: recomenda-se aguardar 12 semanas (90 dias) após o início dos sintomas, caso não haja clareamento viral espontâneo (VHC-RNA NEGATIVO), indica-se o tratamento.
- Pacientes Assintomáticos: recomenda-se iniciar o tratamento imediatamente após o diagnóstico, em média, quatro semanas após a exposição, principalmente nas situações de maior vulnerabilidade: PVHIV, pessoas expostas a acidentes com instrumentos perfuro cortantes, pacientes em hemodiálise e pessoas que usam drogas injetáveis.

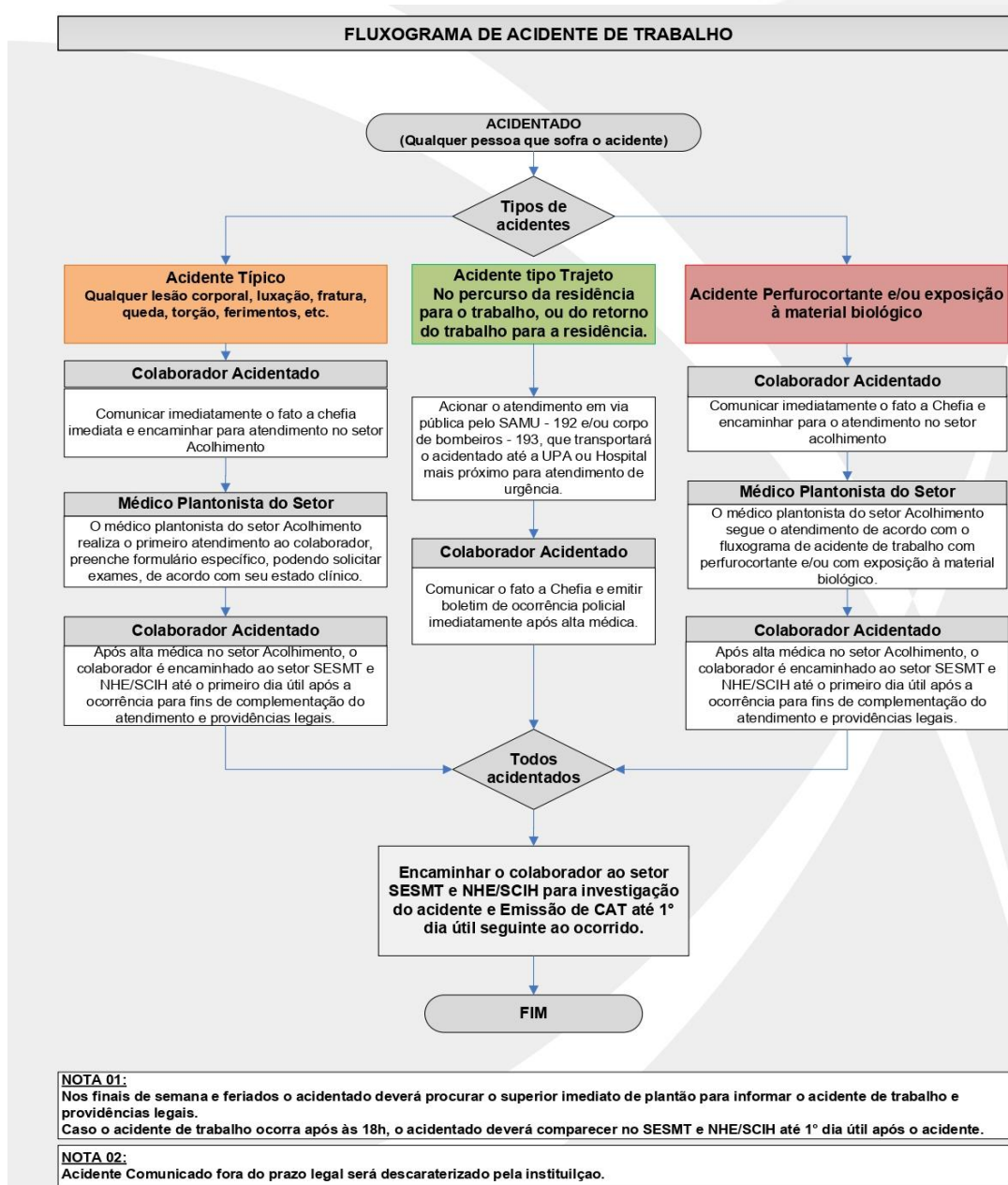
- Nos grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou em situações em que houver a suspeita de infecção aguda pelo VHC e não seja possível definir a data provável de exposição ao VHC, recomenda-se:
 - Na suspeita clínica de infecção aguda pelo VHC, deve-se realizar o VHC-RNA quantitativo.
 - Deve-se repetir o VHC-RNA quantitativo na quarta semana após o primeiro exame.
 - Caso não ocorra diminuição da carga viral de pelo menos 2log10, deve-se iniciar o tratamento.
- Caso a carga viral tenha reduzido mais do que 2log10, recomenda-se AVALIAÇÃO na 12ª semana antes de indicar o tratamento.

O tratamento, quando iniciado, deve ser feito preferencialmente com esquema terapêutico composto por alfa peguinterferona, associado ou não à ribavirina, independente do genótipo, de acordo com o fluxograma. Em pacientes monoinfectados, seu uso é opcional.

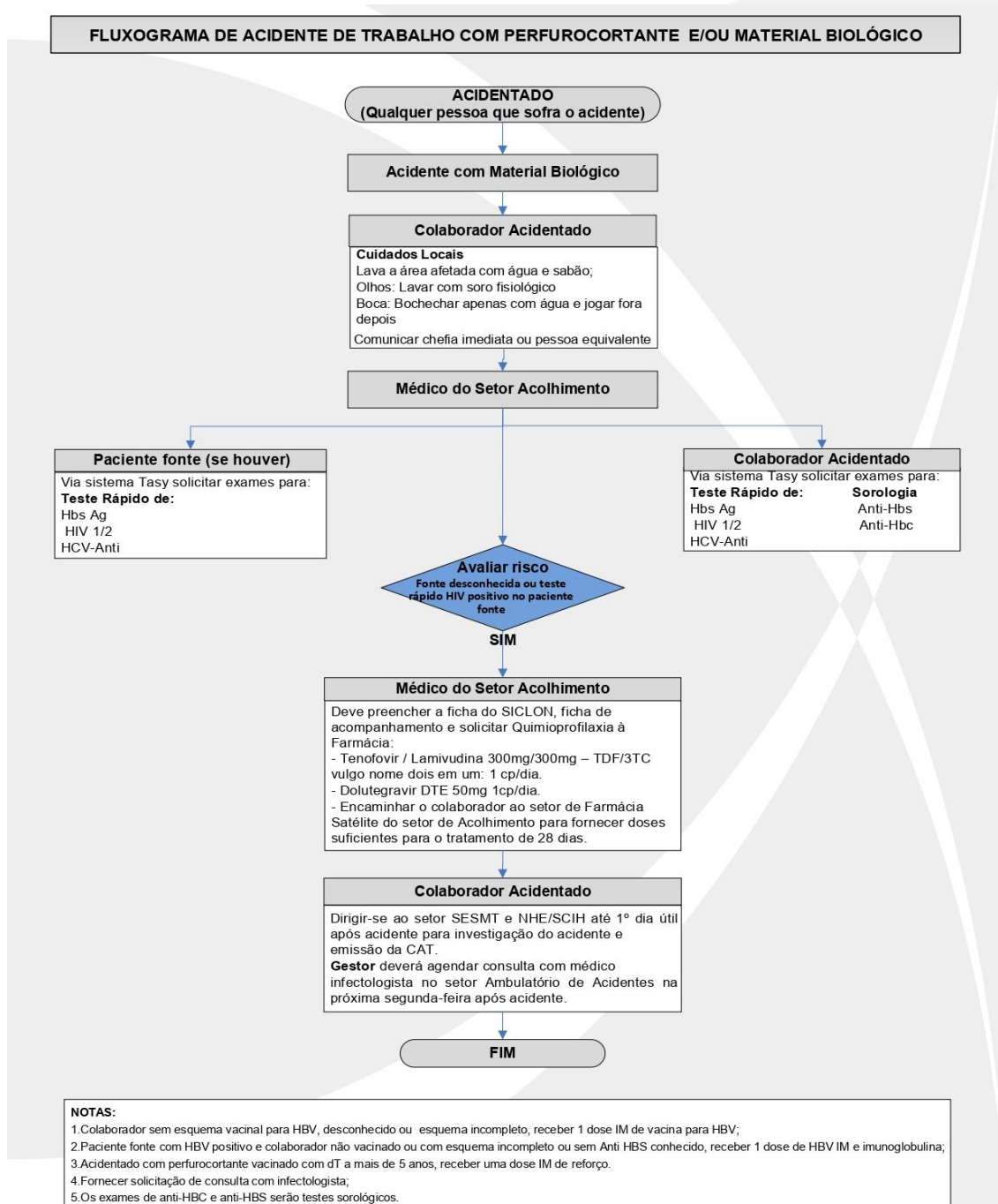
Observação: A investigação e análise do acidente de trabalho devem ser realizadas com a participação do(a):

- Acidentado(a);
- Coordenador(a) do acidentado(a);
- Representante(s) do SESMT;
- Representante(s) da CIPA.

Fluxograma de Acidente de Trabalho



Fluxograma De Acidente De Trabalho Com Perfurocortante Ou Material Biológico



Ficha De Investigação De Acidente E Incidente De Trabalho

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTE E INCIDENTE DE TRABALHO			
ACIDENTE		INCIDENTE	
IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO E CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE - SOMENTE PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE			
NOME DO ACIDENTADO:	CPF:	CARGO:	CNPJ:
SETOR:	IDADE:	SEXO: ☐ M ☐ F	DATA DA OCORRÊNCIA:
TIPO DE ACIDENTE:	APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO?		
LOCAL/SETOR DA OCORRÊNCIA		EQUIPAM./FERRAMENTA/MATERIAL QUE CAUSOU A LESÃO:	
TIPO DE ATIVIDADE EM QUE OCORREU O ACIDENTE:	REGIME DE TRABALHO:	DATA DE RETORNO AO TRABALHO:	
	☐ ADMM ☐ TURNO ☐ EXTRA		
NATUREZA DA LESÃO OU DOENÇA:	QUAL PARTE DO CORPO QUE CAUSOU A LESÃO?	QUAL LADO?	
DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO GERADORA DO ACIDENTE OU DOENÇA:			
CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE:	CLASSIFICAÇÃO DO ACIDENTE:		TEMPO COMPUTADO EM CASO DE:
DO TRABALHO ☐	SAF - SEM AFASTAMENTO		DIAS PERDIDOS: _____
DE TRAJETO ☐	CAF - COM AFASTAMENTO	RESTRIÇÃO AO TRABALHO ☐	DIAS DEBITADOS: _____
FORA DO TRABALHO ☐	CAF - AUSÊNCIA DO TRABALHO	TRATAMENTO MÉDICO ☐	DIAS RESTRITOS: _____
DOENÇA OCUPACIONAL ☐		PRIMEIROS SOCORROS ☐	
DECLARAÇÃO DO COLABORADOR			
DESCREVA DETALHAMENTO O QUE OCORREU:			
Declaro que as informações acima são verdadeiras e espontâneas, para a qual não fui coagido ou induzido, estando ciente que as mesmas serão objeto de investigação por parte do Departamento de Segurança do Trabalho e(ou) e que a falta da verdade nesta comunicação de acidente/incidente/adoecimento, implicará em medidas disciplinares, de acordo com o artigo 482 da CLT – CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO e para ratificação do ocorrido, abaixo assinam as testemunhas.			
Local: _____		Assinatura do declarante _____	
CAMPO DE PREENCHIMENTO - MÉDICO			
Atendimento no setor Acolhimento ou externo.: Realizado?		Potencial de Gravidade:	
() Sim () Não Data: ____/____/____ Horário: ____:____h		() 0 Irrelevante () 1 Leve () 2 Moderado () 3 Grave () 4 Gravíssimo	
Houve internação hospitalar?	Haverá necessidade de afastamento do Trabalho durante tratamento?	Período do afastamento:	
() Não () Sim	() Não () Sim	() dias (Por Extenso).	
Descrição da(s) Lesão (s):		CID:	
CAMPO DE PREENCHIMENTO - MEDICINA DO TRABALHO			
Atendimento na Medicina do Trabalho:		Data do Atendimento:	Hora do Atendimento:
() Imediato () Após 24h () Após 48h () Não Compareceu		____/____/____	____h
Classificação do evento:			
() Com perda de tempo () Trat. Médico () Prim. Socorros () N/A – Não aplicável			
PARECER E/OU AVALIAÇÃO DO NEXO CAUSAL			
Emitir CAT ? () Sim () Não			
Médico(a) responsável: CRM, Carimbo e Assinatura		Médico(a) Coordenadora:	Coordenação - SESMT:
_____		_____	_____

CAMPO DE PREENCHIMENTO - SEGURANÇA DO TRABALHO			
ANÁLISE DETALHADA DAS CAUSAS			
CAUSAS IMEDIATAS: ATOS INSEGUROS DETECTADOS ☐ 1. Operando equipamento sem autorização ☐ 2. Falta e/ou falha de aviso / sinalização ☐ 3. Não uso de procedimento e ou ART ☐ 4. Operando em velocidade insegura ☐ 5. Tornando inoperáveis os dispositivos de seg. ☐ 6. Remoção dos dispositivos de segurança ☐ 7. Uso de equipamento / ferramenta defeituosa ☐ 8. Uso impróprio de equipamento / ferramenta ☐ 9. Falha ou falta de uso do EPI ☐ 10. Carregar / levantar / Colocar incorretamente ☐ 11. Esforço exagerado ☐ 12. Posição incorreta para executar a tarefa ☐ 13. Manutenção de equipamento em operação ☐ 14. Brincadeira / Distração / Exibicionismo ☐ 15. Sob a influência de álcool e/ou outras drogas ☐ 16. Gerando barulho / Tumulto no trabalho ☐ 17. Outros _____		CONDICÕES INSEGURAS DETECTADAS ☐ 1. Proteção ou barreira inadequada / inexistente ☐ 2. Uso incorreto/inadequado de ferram/equipam. ☐ 3. Ferramenta, equip. ou material defeituoso ☐ 4. Área congestionada ou restrita (lay out) ☐ 5. Sistema de aviso ou sinalização inadequada ☐ 6. Perigo de incêndio e/ou explosão ☐ 7. Ordem e limpeza deficientes ☐ 8. Presença de gases/vapores/poeiras ☐ 9. Ventilação inadequada ☐ 10. Mal sustentado / mal fixado ☐ 11. Corrosão / Desgaste anormal ☐ 12. Desgaste por uso normal ☐ 13. Exposição a radiação _____ ☐ 14. Exposição a ruído ☐ 15. Exposição a altas ou baixas temperaturas ☐ 16. Iluminação inadequada ou excessiva ☐ 17. Concentração alta de gases/vapores/poeira	
CAUSAS BÁSICAS: FATORES PESSOAIS ☐ 1. Capacidade inadequada ☐ 2. Falta de conhecimento ☐ 3. Falta de habilidade ☐ 4. Stress (Físico / Mental) ☐ 5. Motivação incorreta ☐ 6. Outros _____ FATORES DO TRABALHO ☐ 1. Arranjo físico ☐ 2. Falta/Falha de manutenção ☐ 3. Projeto inadequado ☐ 4. Defeito de fábrica/Montagem ☐ 5. Falta/Falha de procedimentos ☐ 6. Aceit./Tolerância da Superv. ☐ 7. Liderança inadequada ☐ 8. Compra inadequada ☐ 9. Ferram./Equip./Mat. inadeq. ☐ 10. Abuso ou uso incorreto ☐ 11. Uso e desgaste ☐ 12. Outros _____			
ANÁLISE DETALHADA DAS CAUSAS			
TIPO DE CONTATO: ☐ Batido por ☐ Exposição ☐ Contato c/ corrente elét. ☐ Queda do mesmo nível ☐ Apanhado por ☐ Batido contra ☐ Incêndio ☐ Contato c/ prod. químico ☐ Queda de nível diferente ☐ Preso dentro ☐ Explosão ☐ Inalação ☐ Contato c/ extremo temp. ☐ Esforço exagerado ☐ outros ☐ Contato c/ mat.perfuro ☐ Contatado por			
DISCRIMINAÇÃO DAS CAUSAS			
DESCREVA AS CONDIÇÕES ABAIXO DO PADRÃO IDENTIFICADAS:			
DESCREVA OS FATORES PESSOAIS E FATORES DE TRABALHO IDENTIFICADOS:			
PLANO DE AÇÃO			
RECOMENDAÇÕES PARA EVITAR REPETIÇÃO:	QUEM:	PRAZO:	STATUS:
COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE			
NOME:	MATRICULA:	RUBRICA:	DATA:

TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, usuário do ISMS, internado no (setor/enfermaria/leito) fui informado que durante procedimentos a que fui submetido, houve acidente de trabalho com o profissional _____ e () autorizo / () recuso a realização dos exames laboratoriais estabelecidos no Manual de Biossegurança do ISMS tais como Anti-HIV, Hepatite B e Hepatite C, para que possam ser tomadas as medidas necessárias com o profissional acidentado.

É importante frisar que o resultado dos exames é confidencial e será somente do meu conhecimento e dos profissionais do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do ISMS.

_____, ____ de ____ de ____

Assinaturas:

Usuário / Responsável

Testemunha 1:

Testemunha 2:

Nome: _____ Nome: _____

CRONOGRAMA													
ATIVIDADE		Ano											
		MÊ S 1	MÊ S 2	MÊ S 3	MÊ S 4	MÊ S 5	MÊ S 6	MÊ S 7	MÊ S 8	MÊ S 9	MÊ S 10	MÊ S 11	MÊ S 12
Implantação nas unidades o POP – Procedimento Operacional Padrão Protocolo de Acidente de trabalho com material biológico	Disponibilização do Documento para as unidades	X											
	Criação da comissão e aprovação do regimento	X											
	Validação pela Qualidade e Direção Técnica	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
	Divulgação a todos os colaboradores sobre o POP – Protocolo de Atendimento a Acidentes com Exposição a Material Biológico	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
	Treinamentos estratégicos sobre POP – Protocolo de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Atendimento a Acidentes com Exposição a Material Biológico												
	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	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
	Apresentação de relatórios a alta direção				X			X				X	

7. Notas importantes (se houver)

- O atendimento deve ser realizado preferencialmente nas primeiras 2 horas após o acidente;
- Todo acidente com material biológico deve ser registrado e acompanhado até o encerramento do caso;
- A confidencialidade das informações do trabalhador acidentado deve ser garantida;

- A recusa de tratamento ou profilaxia deverá ser formalizada com assinatura de termo de recusa.

8. Referências

ANVISA. Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies. Agência de Vigilância Sanitária, Brasília. 2010;

CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós - Exposição de Risco à Infecção pelo HIV; IST e Hepatites Virais. Conselho Nacional de integração de tecnologias no SUS.

Resolução – RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde;

NR 01 – Disposições gerais;

NR 06 - Equipamento De Proteção Individual – EPI;

NR 07 - Programa De Controle Médico De Saúde Ocupacional – PCMSO;

NR 09 – Avaliação e controle das exposições ocupacionais a agentes físicos, químicos e biológicos;

NR 15 - Atividades E Operações Insalubres;

NR 32 - Segurança E Saúde no Trabalho em Serviços De Saúde;

Art. 20 da Lei nº 8.213/91;

Lei 13.467/2017;

NBR 12693 – Sistemas de proteção por extintores de incêndio.

1.3.5.16. *Processamento de Materiais na Central de Material e Esterilização (CME)*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Garantir a segurança do paciente ao prevenir a disseminação de infecções hospitalares, através da limpeza, desinfecção, esterilização e embalagem adequadas dos materiais e equipamentos médicos reutilizáveis, assegurando que estejam em plenas condições de uso e livres de microrganismos, tais etapas são executadas pela equipe de enfermagem do CME, os mesmos são responsáveis de garantir a disseminação do POP na instituição.

2.Âmbito:

Processamento de artigos hospitalares acontecem na Central de Material e Esterilização da unidade hospitalar.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Equipamentos:

Autoclaves

Lavadoras ultrassônicas

Termodesinfectoras

Secadoras

Desinfetadoras

Lavadoras de endoscópios

Pistola de água sob pressão

Estruturas de Infraestruturas adequadas e paredes

Insumos específicos para cada material, de acordo com o perfil da unidade

4. Atribuições de cada categoria profissional

A equipe que trabalha no CME presta assistência indireta ao paciente e por ser uma unidade específica implica em ter profissionais capacitados que o torna apto para o desempenho de suas funções. O quadro de pessoal de uma CME é composto por gerente, coordenador, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo.

- Diretor de Enfermagem
 - ✓ Atuar na gestão das atividades da CME;
 - ✓ Participar de reuniões administrativas e gerenciais que envolvam a unidade;
 - ✓ Planejar e fazer anualmente o orçamento da CME;
 - ✓ Participar de comissões institucionais que discutem sobre a dinâmica de trabalho da CME;
 - ✓ Atuar na avaliação de funcionários durante o processo seletivo.
 - ✓ Manter contato frequente com engenharia clínica para manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos
- Enfermeiro Coordenador
 - ✓ Atuar na coordenação da unidade;
 - ✓ Prever os materiais necessários para as unidades consumidoras;
 - ✓ Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;
 - ✓ Elaborar escala de férias;
 - ✓ Elaborar e manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores;
 - ✓ Atualizar a equipe com novas tecnologias;
 - ✓ Desenvolver pesquisas e trabalhos científicos que contribuam para o crescimento e as boas práticas de enfermagem, participando de projetos e colaborando com seu andamento;
 - ✓ Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem produtos para a saúde processados pela CME;
- Enfermeiro assistencial
 - ✓ Supervisionar as atividades de trabalho da unidade;

- ✓ Definir a escala de trabalho em cada área de atuação da equipe de enfermagem;
- ✓ Acompanhar a equipe na execução das atividades, principalmente novos colaboradores;
- ✓ Acompanhar a realização de testes com produtos, insumos e equipamentos;
- ✓ Supervisionar e controlar o recebimento dos materiais consignados;
- ✓ Supervisionar e controlar o uso de materiais consignados;
- ✓ Supervisionar e controlar a devolução dos materiais consignados;
- ✓ Confirmar a programação diária das cirurgias e verificar a entrega dos materiais consignados;
- ✓ Confirmar a programação cirúrgica diária e verificar a disponibilidade dos materiais e das roupas estéreis;
- ✓ Checar a documentação de controle de esterilização;
- ✓ Acompanhar e controlar o estoque de materiais e roupas estéreis;
- ✓ Acompanhar e avaliar a manutenção dos materiais e dos equipamentos.
- Técnico de enfermagem
 - ✓ Fazer a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com as rotinas da instituição;
 - ✓ Receber, conferir e preparar os produtos para a saúde consignados;
 - ✓ Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de produtos para a saúde, de acordo com solicitação;
 - ✓ Preparar os carros de roupas e materiais para o Centro Cirúrgico;
 - ✓ Preparar as caixas cirúrgicas;
 - ✓ Realizar cuidados com produtos para a saúde endoscópicos em geral;
 - ✓ Monitorar continuamente cada lote ou carga nos processos de esterilização;
 - ✓ Revisar a listagem de caixas cirúrgicas, bem como proceder à sua reposição;
 - ✓ Fazer listagem e encaminhamento de produtos para a saúde e instrumental cirúrgico para conserto; ✓ Receber e limpar os produtos para a saúde;
 - ✓ Receber e preparar roupas limpas;
 - ✓ Preparar e esterilizar os produtos para a saúde e instrumentais cirúrgicos;

- ✓ Armazenar e distribuir material à todas as unidades assistenciais.
- Auxiliar administrativo O auxiliar administrativo realiza as atividades institucionais desenvolvidas entre o ambiente externo e interno do setor:
 - ✓ Efetuar pedidos de produtos de consumo;
 - ✓ Digitar comunicados e memorandos;
 - ✓ Digitar escalas de plantão e de férias;
 - ✓ Encaminhar documentos ao Departamento de Recursos Humanos (DRH);
 - ✓ Digitar listagem de caixas cirúrgicas.

5. Atividades:

Conceitos

Limpeza: A limpeza é o processo de remoção mecânica de sujidades orgânicas e inorgânicas da superfície dos materiais, além de reentrâncias, articulações e lúmens, visando reduzir os microrganismos e remover resíduos, sejam eles químicos, proteínas, sangue ou endotoxinas. A limpeza é fundamental nos processos de desinfecção e esterilização porque reduz a carga microbiana de um material, favorecendo a eficácia do processo.

Desinfecção: A desinfecção é o processo aplicado a um material ou uma superfície visando à eliminação de microrganismos, exceto os esporos, em condições normais.

- Desinfecção de alto nível: Processo físico ou químico que destrói a maioria dos microrganismos de materiais semicríticos, inclusive microbactérias e fungos, exceto um número elevado de esporos bacterianos.

- Desinfecção de nível Intermediário: Processo físico ou químico que destrói microrganismos patogênicos na forma vegetativa, microbactérias, a maioria dos vírus e dos fungos, de objetos inanimados e superfícies.

- Desinfecção de baixo nível: *Elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, mas não inativa, microrganismos resistentes como microbactérias ou esporos bacterianos.*

Esterilização: A esterilização é o processo que utiliza agentes químicos, físicos ou físico-químicos para destruir todas as formas de vida microbiana e aplica-se especificamente a objetos inanimados.

Materiais: Compreende instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (comadres, papagaios e outros), acessórios de equipamentos e outros. Afim de possibilitar a aplicação correta e econômica dos meios de desinfecção e esterilização, é necessário classificar os

materiais hospitalares quanto ao risco potencial de transmissão de infecção ao usuário, utilizamos a Classificação de *Spaulding*, abaixo descrita:

Materiais críticos – São artigos que penetram nos tecidos subepiteliais, no sistema vascular e em outros órgãos isentos de flora microbiana própria, bem como todos os que estejam diretamente conectados a eles.

Ex.: roupas, instrumentos cirúrgicos, requerem esterilização.

Materiais semicríticos – Aqueles que entram em contato com mucosas íntegras ou pele não íntegra.

Ex: equipamentos de anestesia gasosa, endoscópios, requerem desinfecção de médio ou alto nível ou esterilização.

Materiais não críticos – Aqueles que entram em contato com pele íntegra.

Ex: termômetro clínico; incubadoras; artigos de higiene. Requerem limpeza e/ou desinfecção de baixo ou médio nível.

Produtos químicos padronizados

A padronização de produtos químicos necessários para realizar as rotinas de limpeza e desinfecção dos materiais da CME, é fundamental para a eficácia do processo.

Desinfetante de Alto Nível

Ácido Peracético – eficácia comprovada frente a diversos microrganismos, incluindo-se *Micobacterium massiliense*. Indicado para kits de nebulização, endoscópios, máscaras e outros.

- Como usar – Imergir os artigos na solução por 10 minutos requer enxague em água abundante, secagem manual ou automatizada.

Desinfetante de Nível Intermediário

Álcool etílico a 70% – O álcool etílico possui atividades contra bactérias na forma vegetativa, vírus envelopados (p.ex.: vírus causadores da influenza, das hepatites B e C, e da SIDA), microbactérias e fungos. Indicado para desinfecção de bancadas, metais e vidros. Também é indicado para desinfecção de bacias, frascos de aspiração, comadres, papagaios e bancadas;

- Como usar – Umedecer a compressa em álcool e realizar fricção no material, e repetir o processo 03 vezes, não requer enxague, secagem ao ar livre ou automatizada.

Solução Descontaminante

Detergente enzimático – Age sobre matéria orgânica, especialmente sobre as grandes estruturas, decompondo-as, tem ação instantânea, alta penetração, atóxico, não corrosivo, pH

neutro, não iônico. Indicado para instrumentais em geral, canetas de bisturi elétrico, furadeira, laringoscópio, máscaras em geral e outros.

- Como usar – Imergir artigo em solução diluída por 20 minutos para instrumentais e limpeza com compressa umedecida para os demais artigos que não podem ser imergidos. Requer enxague em água abundante, secagem manual ou automatizada. Lembramos que a diluição do detergente enzimático deve seguir a normativa do fabricante.

Solução de Limpeza

Detergente neutro – Age removendo a sujidade de artigos semicríticos. Indicados na limpeza de materiais de banho, comadres, baldes, kits de nebulização e outros.

- Como usar – Usado escova ou compressa por fricção manual para lavagem por fricção manual, requer enxague em água abundante, secagem manual ou automatizada.

Solução Antioxidante

- Solução removedora de oxidação – é uma solução revitalizadora que atua na remoção de manchas, oxidação, placas e depósitos alcalinos ferrosos dos instrumentais cirúrgicos em aço inox. Libera articulações e mecanismos emperrados. Indicado para instrumentais em geral.

- Como usar – Deixar em imersão na lavadora ultrassônica ou em recipiente apropriado conforme normativa do fabricante, requer enxague em água abundante, secagem manual ou automatizada.

Solução Lubrificante

Solução mineral lubrificante finalizador – é um lubrificante mineral não siliconado. Age protegendo e lubrificando os instrumentos, é resistente ao calor, atóxico e completamente permeável ao vapor da autoclave, é indicado para lubrificar e prevenir os instrumentais cirúrgicos quanto ao enrijecimento do instrumental, deixando uma película protetora na superfície do material. A solução agrega a proteção e a segurança na lubrificação de instrumentos cirúrgicos que serão esterilizados por vapor, protegendo-os contra as altas temperaturas do processo de esterilização, reduzindo os custos com reparos e aumentando a vida útil do instrumental.

- Como usar – Imergir por 30 segundos, movimentar a articulação do instrumental, o enxague dependerá da normativa do fabricante do produto, secagem espontânea ou automatizada.

Atividades básicas do colaborador por área de trabalho

As atribuições do enfermeiro e do técnico de enfermagem estão estabelecidas no Regimento do Corpo de Enfermagem, determinadas pela Gestão do Serviço de Enfermagem. Abaixo destacamos apenas as atribuições específicas dos profissionais nas áreas da CME:

Área de Expurgo

- a – Lavar as mãos e friccionar álcool gel a 70% antes e após as atividades.
- b – Fazer desinfecção das bancadas com álcool a 70% a cada turno e quando necessário.
- c – Usar EPI (roupa privativa, touca, avental impermeável de manga longa, máscara, luvas de procedimento, abafador de ouvido, óculos de acrílico, bota).
- d – Receber todo o material contaminado conferindo rigorosamente, observar a integridade e se o mesmo está completo.
- e – Efetuar a limpeza e / ou desinfecção do material conforme rotina do setor.
- f – Encaminhar o material para a área de preparo.
- g – Preparar soluções e recipientes que serão usados para desinfecção de material.
- h – Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvida no desenvolvimento das atividades.
- J – Encaminhar para o enfermeiro os instrumentais danificados para providencias devidas; e
- k – Manter a área limpa e organizada.

Área de Preparo

- a – Lavar as mãos ou friccionar álcool gel a 70% antes e após executar as atividades.
- b – Usar EPI (roupa privativa, touca).
- c – Realizar desinfecção das mesas e bancadas com álcool a 70% antes de iniciar as atividades.
- d – Verificar a quantidade de material necessário à execução das atividades e solicitar a reposição.
- e – Fazer limpeza das autoclaves com compressa umedecido, em detergente neutro e finalizar com compressa umedecido em álcool a 70%).
- f – Fazer teste Bowie & Dick no primeiro ciclo do dia (o teste é realizado com carga vazia e demora 30 minutos); no segundo ciclo do dia realizar o teste biológico (o teste é realizado com carga e o ciclo demora em torno de 1 hora e 50 minutos). Os testes são realizados diariamente de acordo com a RDC 15, de 15 de março de 2012, no art. 99. Ressaltamos que além dos aspectos descritos anteriormente, os testes deverão ser realizados também após manutenção.
- g – Controlar o funcionamento das autoclaves, registrando todos os parâmetros de cada ciclo da esterilização, verificando se o processo está dentro do padrão estabelecido.
- h – Receber o material proveniente do expurgo, selecioná-lo de acordo com o pacote a ser feito, conferindo a limpeza e integridade.

- i – Confeccionar os pacotes conforme a técnica do envelope.
 - j – Identificar os pacotes, com etiqueta padrão, colocando no rótulo.
 - Nome do pacote de acordo com a padronização.
 - Data da esterilização.
 - Método de esterilização.
 - Número do lote.
 - Número do ciclo.
 - Validade.
 - Assinatura legível do funcionário que preparou o pacote.
 - k – Montar a carga de acordo a instrução de trabalho e com base nas seguintes orientações básicas:
 - Utilizar cestos de aço para acondicionar os pacotes pequenos.
 - Colocar os pacotes na posição vertical, dentro dos cestos ou no rack.
 - Evitar que o material encoste-se às paredes da câmara.
 - Deixar espaço entre um pacote e outro para permitir a penetração do vapor.
 - Posicionar os pacotes pesados na parte inferior do rack.
 - Colocar os materiais: bacias, vidros e cubas com a abertura voltada para baixo.
 - Utilizar no máximo 85% da capacidade da autoclave.
 - m – Solicitar orientação do enfermeiro sempre que houver dúvidas na execução das atividades;
 - n – Manter a área limpa e organizada.
- Área de guarda e distribuição de materiais
- a – Lavar as mãos ou friccionar álcool gel a 70%, antes e após a execução das atividades.
 - b – Usar EPI (roupa privativa e touca).
 - c – Realizar a desinfecção das estantes e suportes livres, com pano umedecido em álcool a 70% diariamente e sempre que necessário.
 - d – Controlar a quantidade de material a ser distribuído conforme a demanda diária.
 - e – Manter controle adequado da temperatura ambiente.
 - f – Ao término de cada ciclo da autoclave aguardar 15 minutos e retirar o material. Após o esfriamento dos pacotes, guardá-lo no local identificado.

g – Receber os materiais desinfetados da área de preparo e guardá-los no local identificado.

h – Observar em cada pacote recebido pela área de preparo.

- Modificação ocorrida na coloração da fita teste, para autoclave a vapor.

- Preenchimento da etiqueta.

- Integridade do pacote.

j – Verificar diariamente se os pacotes estocados estão dentro do prazo de validade da esterilização, colocando os pacotes com data de validade mais próxima do vencimento na frente da prateleira.

k – Solicitar a orientação do enfermeiro, sempre que houver dúvidas no desenvolvimento das atividades.

l – Manter a área limpa e organizada.

Distribuição de materiais

a – Separar e acondicionar o material solicitado em impresso próprio, nas caixas de transporte.

b – Entregar o material solicitado nos Setores consumidores, conforme padrão estabelecido.

Recolhimento

a – Conferir cada caixa ou kit de material contaminado a ser recolhido nos expurgos dos setores consumidores e relacionar em impresso próprio todos os materiais e observações necessárias (Ex: pinça quebrada, máscara danificada, etc.).

b – Entregar o material contaminado na área de recepção do expurgo da CME;

Padronização de EPIS por área de atividades da CME

Área				TIPOS DE EPI			
Expurgo e recolhimento de material	Óculos de proteção	Máscara Simples	Luvas em borracha com cano longo e de procedimento (expurgo)	Avental e Roupa privativa	Touca	Abafador de Ruídos	Calçado fechado
Distribuição de material				Avental	Touca		Calçado fechado

Preparo e Acondicionamento				Roupa privativa	Touca	Abafador de Ruídos	Calçado fechado
Sala de Desinfecção Química	Óculos de proteção	Máscara – Respirador Facial	Luvas em borracha com cano longo	Avental	Touca		Impermeável Antiderrapante

Embalagens

As embalagens utilizadas em materiais de serviços de saúde têm como objetivo manter a segurança do processo de desinfecção e esterilização do material no que se refere ao uso pretendido, à vida útil e as condições de transporte e armazenagem.

Na seleção de embalagem faz-se necessário considerar a presença das seguintes características:

- Ser permeável ao agente esterilizante permitindo o contato deste com o conteúdo do pacote.

Prover adequada barreira às partículas de sujeira.

- Ser resistente à umidade. A resistência à penetração de água é sempre relativa, mas é ideal que uma embalagem deve impedir que pequenas gotículas ou umidade possam entrar no pacote.

- Ser flexível, facilitando seu manuseio.

- Não furar ou rasgar facilmente quando submetido ao manuseio necessário no processamento do material incluindo o seu preparo, esterilização, estocagem e distribuição até o momento do uso.

- Não oferecer dificuldade à abertura do pacote, permitindo observar os princípios da técnica asséptica.

- Não conter ingredientes tóxicos e não eliminar resíduos durante o processo de esterilização;

- Permitir selagem íntegra, sem orifícios, áreas queimadas ou enrugadas.

- Ser economicamente viável e fácil de encontrar no mercado.

Embalagens Preconizadas

Tecido de Algodão – é de baixo custo e memória, mas não é resistente à umidade e vulnerável a contaminação, validade de 07 dias.

Caixa de Metal – é inoxidável, composta por alumínio, polímeros ou a combinação destes e são termoresistentes. Além disso, propicia melhor organização na sala de operação, em decorrência da diminuição do volume de invólucros, resistência mecânica; economia de espaço no armazenamento. Porém, tem custo elevado, apresenta risco de falha na vedação e exige inspeção visual constante.

Papel Grau Cirúrgico – é de baixo custo e fácil visualização, com indicador químico monoparamétrico impregnado, validade 06 meses.

Manta Cirúrgica ou manta de Polipropileno – tem excelente barreira antimicrobiana, alta permeabilidade aos agentes esterilizantes, maleabilidade, resistência mecânica à tração e à abrasão. Tem como desvantagens, a dificuldade de detecção da integridade da embalagem e não ser biodegradável, validade 03 meses.

Saco Plástico – tem baixo custo e como desvantagem, a dificuldade de detecção da integridade da embalagem, validade de 07 dias.

Tyveck – É utilizado no processo de esterilização por peróxido de hidrogênio, custo moderado, fácil visualização do material e tem indicador químico impregnado na lateral da embalagem, validade de 12 meses.

Testes químicos e biológicos

São realizados para garantir a eficiência dos processos de esterilização.

“O controle da esterilização envolve todos os métodos de monitoração física, química e biológica, requerendo documentação sistemática de sua aplicação, tanto para assegurar a eficácia da esterilização utilizada no serviço quanto para documentar as etapas do processo. Consiste na observação sistematizada, detalhada e documentada de todas as rotinas e procedimentos relativos ao processamento de artigos.” (SOBECC, 2017).

Padronizamos os indicadores abaixo, cujos métodos estão descritos nas respectivas instruções de trabalho:

Indicadores Biológicos

São indicadores que se caracterizam por uma preparação padronizada de microrganismos que servem para comprovar a morte microbiana após a esterilização. (SOBECC, 2017).



Teste Bowie & Dick

É um indicador químico Tipo 2, utilizado para medir a eficácia do sistema de vácuo, pois a presença de ar ou gases não-condensáveis na câmara e/ou interior dos pacotes, forma uma barreira técnica, prejudicando a penetração de vapor na superfície dos materiais, podendo resultar um ciclo falho de esterilização (SOBECC, 2017)

O Artigo 93 da RDC nº 15 de 15/03/12, determina que é obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia.



Integrador Químico Classe V

É um indicador químico interno, que integra todos os parâmetros críticos do processo, vapor, temperatura e tempo. (SOBECC, 2017).



Processo de Esterilização e Desinfecção dos Materiais Hospitalares

Almotolia

Recipiente plástico utilizado na área da saúde para armazenar soluções.



Componentes

1 Frasco, 1 tampa, 1 bico.

Etapas

- Realizar pré-lavagem e imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.

- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

CPAP Nasal Neonatal

Utilizado principalmente nos cuidados intensivos neonatais, em recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório infantil, impedindo que sejam intubados e prevenindo que desenvolvam insuficiência respiratória.



- Componentes

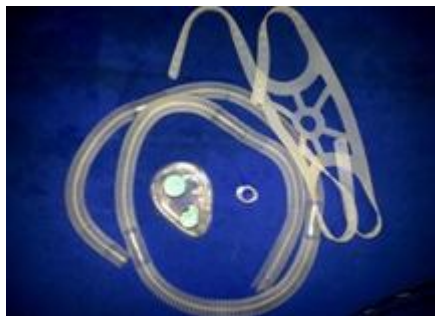
1 Linha proximal; 07 Prongas (de 00 a 5); 2 traqueias intermediárias; 2 acopladores brancos; 2 conectores; 1 conector em T.

- Etapas

- Enxaguar em água potável.
- Imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Retirar e enxaguar em água potável.
- Escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos;
- Enxaguar em água potável para retirar o excesso de ácido.
- Secar manualmente com compressas ou pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar, identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

CPAP Nasal Adulto

Trata-se de um aparelho que fornece pressão de ar através de uma máscara nasal, isso desobstrui a via aérea responsável pela passagem de ar.



- Componentes

1 Mascara, 1 acoplador branco, 1 traqueia intermediária e um 1 Fixador cefálico.

- Etapas

- Enxaguar em água potável.
- Imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Retirar e enxaguar em água potável.
- Escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos;
- Enxaguar em água potável para retirar o excesso de ácido.
- Secar manualmente com compressas ou pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar, identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Máscara de Venturi Adulto

Dispositivo utilizado para administrar oxigênio em fluxos programados, evitando dosagens nocivas e facilitando o desmame do oxigênio. Possui um sistema de válvulas para diferentes concentrações de Fração Inspirada de Oxigênio (FiO₂).



- Componentes

1 dosador azul escuro; 1 dosador amarelo escuro; 1 dosador branco; 1 dosador verde escuro; 1 dosador vermelho; 1 dosador tangerina; 1 reservatório branco; 1 traquéia corrugada; 1 chicote; 1 máscara adulto; 1 fita verde clara;

- Etapas

- Realizar pré-lavagem por imersão, dos materiais com detergente enzimático
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (A traqueia deve ser seca na termodesinfetadora, e o chicote, secar com ar comprimido)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Máscara de Venturi Infantil

Sistema de liberação de oxigênio de alto fluxo, que possibilita um controle estrito da Fração inspirada de O₂ fornecida ao usuário crítico em insuficiência respiratória. A codificação da FiO₂ fornecida ao sistema é feita por meio de encaixes plásticos coloridos.



- Componentes:

1 dosador azul claro; 1 dosador amarelo; 1 dosador branco; 1 dosador verde; 1 dosador rosa; 1 dosador laranja; 1 reservatório transparente; 1 traqueia corrugada; 1 chicote; 1 máscara pediátrica; 1 fita verde escuro.

- Etapa:

- Realizar pré-lavagem por imersão, dos materiais com detergente enzimático
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (A traqueia deve ser seca na termodesinfetadora, e o chicote, secar com ar comprimido)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Kit para nebulização

São designados para diluição de secreções das vias respiratórias e alívio do broncoespasmo.



- Componentes

1 máscara; 1 chicote ar comprimido ou O₂; 1 reservatório; 1 conector para reservatório.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem e imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (O chicote, secar com ar comprimido)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Umidificador

Equipamento desenvolvido para atividades de umidificação gerados por passagem de Oxigênio ou Ar Comprimido medicinal.

Utilizado para pacientes que necessitam umidificar vias aéreas, evitando ressecamento da laringe.



- Componentes

1 frasco; 1 tampa com regulagem; 1 vareta de aspiração.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem e imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfectora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (A vareta de aspiração, secar com ar comprimido)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

AMBU com Reservatório

Dispositivo utilizado para *auxiliar na respiração artificial e reanimação cardiopulmonar em usuários com apneia ou que necessitam de suporte ventilatório, com ou sem fornecimento de oxigênio.*



- Componentes

1 chicote; 1 conector posterior do AMBU; 1 conector de fechamento posterior; 1 máscara; 1 diafragma lateral; 1 tampa lateral; 1 conexão transparente e 1 reservatório.

- Etapas

- Realizar pre-lavagem dos materiais com detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (O chicote, secar com ar comprimido e o reservatório, secar manualmente, tendo em vista que é sensível)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Baraka

Circuito de anestesia Baraka promove a ventilação artificial, administrando gases anestésicos manualmente para o usuário, durante o procedimento de anestesia. Possibilita fácil manuseio e controle do gás fornecido.



- Componentes

Baraka Completa: 1 balão; 1 traqueia; 1 máscara; 1 conexão tipo cotovelo; e 2 conexão com entrada lateral para mangueira.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem com imersão, dos materiais com detergente enzimático
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Umedecer a compressa em álcool a 70% e realizar fricção mecânica no balão*.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos, as demais peças.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (A traqueia, secar com ar comprimido)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Faixa Smarch

Bandagem elástica para promover a compressão de vasos sanguíneos com fim hemostático dos membros superiores e inferiores para possibilitar a execução de intervenções cirúrgicas e estancamento de hemorragia.

A faixa smarch deve ser esterilizada para não contaminar o campo operatório. Para evitar que colabe, ela deve ser aberta e posteriormente enrolada com atadura quando o processo for a vapor, quando o processo for em peróxido de hidrogênio, ela deve ser colocada no equipamento em forma de leque.



- Componentes

1 Faixa Smarch e 1 atadura de crepom.

- Etapas

- Umedecer compressa com detergente enzimático e realizar fricção na faixa.
- Lavagem com água potável.
- Secar manualmente com compressas.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Enrolar a faixa junto com uma atadura (evita que o material emborrachado danifique)
- Embalar em papel grau cirúrgico ou em Tyveck em caso esterilização por peróxido de hidrogênio.
- Identificar o pacote com a etiqueta contendo validade, de 06 meses para esterilização a vapor e 01 ano para esterilização por peróxido de hidrogênio.
- Realizar esterilização via autoclave na programação de materiais sensíveis (121°C), sendo no peróxido de hidrogênio no ciclo curto (55°C).
- Encaminhar para a área de guarda.

Caneta de Bisturi Elétrico

São produtos destinados para eletro cirurgia de pequeno, médio e grande porte com o objetivo de realizar corte e coagulação.



- Componentes
- 1 caneta com cabo e ponteira.
- Etapas
 - Limpeza com detergente enzimático por meio de fricção com compressa, aguardar 10 minutos.
 - Fazer fricção com compressa úmida com água.
 - Secar manualmente com compressas.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico ou em Tyveck em caso esterilização por peróxido de hidrogênio.

- Identificar o pacote com a etiqueta contendo validade, de 06 meses para esterilização a vapor e 01 ano para esterilização por peróxido de hidrogênio.
- Realizar esterilização via autoclave na programação de materiais sensíveis (121°C), sendo no peróxido de hidrogênio no ciclo curto (55°C).
- Encaminhar para a área de guarda.

Cânula de Guedel

Dispositivo utilizado para o manejo das vias aéreas, evita que a base da língua de usuários com depressão do sensório obstrua a orofaringe e, conseqüentemente, permite uma melhor oxigenação.



- Componentes
- 1 cânula
- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo os materiais em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Secar manualmente com técnica asséptica.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

*Quando o material não for compatível para o processo de esterilização, deverá ser realizada desinfecção de alto nível, conforme descrito abaixo:

- Realizar pré-lavagem, imergindo os materiais em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.

- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos;
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Comadre

Recipiente com a finalidade de promover aos usuários acamados condições para eliminações fisiológicas.



- Componentes

1 comadre

- Etapas

Estabelecemos a possibilidade de limpeza manual ou automatizada em termodesinfetadora.

- Limpeza Manual

- Lavar material com detergente neutro.
- Enxaguar em água potável.
- Realizar desinfecção com álcool 70%, umedecendo a compressa e realizando fricção.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para a área de preparo
- Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias

- Encaminhar para a área de guarda
- Limpeza automatizada
- Acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a lavagem.
 - Encaminhar para a área de preparo
 - Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias
 - Encaminhar para a área de guarda

Papagaio

Recipiente com a finalidade de promover aos usuários masculinos acamados condições para diurese.



- Componentes

1 Papagaio

- Etapas

Estabelecemos a possibilidade de limpeza manual ou automatizada em termodesinfetadora.

- Limpeza Manual
 - Lavar material com detergente neutro.
 - Enxaguar em água potável.
 - Umedecer a compressa em álcool a 70% e realizar fricção mecânica
 - Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
 - Encaminhar para a área de preparo.
 - Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias.
 - Encaminhar para a área de guarda.

- Limpeza automatizada
- Acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a lavagem.

- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Tube de Silicone

Material de apoio utilizado para conexão em circuitos respiratórios, conexão de aspirador, extensores de ambu, dentre outros procedimentos.



- Componentes
- 1 tubo de silicone
- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda

Fio Guia (Mandril ou estilete)

Facilita a inserção dos tubos endotraqueais em situações difíceis; contém um fio de alumínio maleável dentro de uma bainha plástica, que reduz a fricção entre o fio guia e o tubo traqueal, facilitando a inserção e retirada.



- Componentes

1 fio guia

- Etapas

Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.

-Enxaguar em água potável.

- Secar com compressa.

- Encaminhar para a área de preparo.

- Embalar em papel grau cirúrgico.

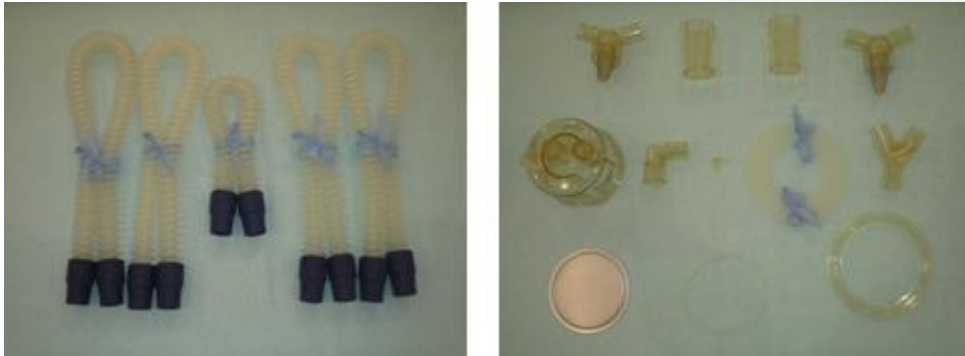
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).

- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.

- Encaminhar para a área de guarda.

Kit Ventilação Mecânica Adulto

Circuito Indicado para a distribuição de gases nos procedimentos de ventilação mecânica.



- Componentes

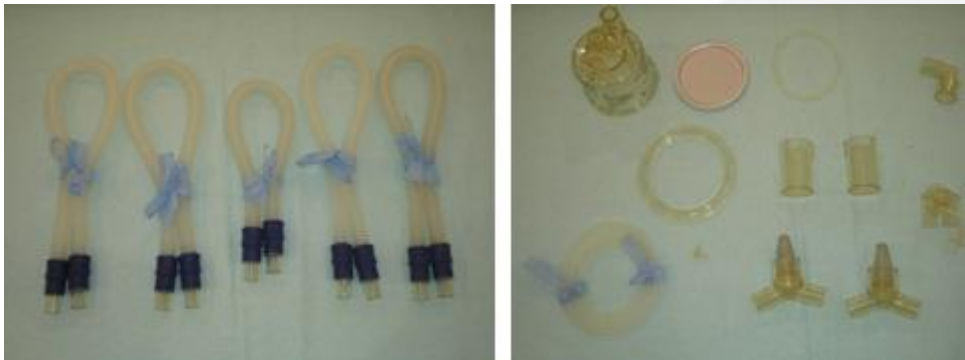
5 traqueias sendo 4 de tamanhos iguais e 1 menor; 1 jarra do umidificador; 1 anel acrílico da jarra; 1 aquecedor; linha proximal; conector da linha proximal; y (1 saída vedada com liga de silicone); 2 coletores; 2 y do coletor; 1 conexão tipo cotovelo; junta de silicone.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

Kit Ventilação Mecânica Infantil

Indicado para a distribuição de gases nos procedimentos de ventilação mecânica.



- Componentes

5 traqueias sendo 4 de tamanhos médio e iguais e 1 menor; 1 jarra do umidificador; 1 anel acrílico da jarra; 1 aquecedor; 1 linha proximal; 1 conector joelho linha proximal; 1 y com saída lateral; 2 coletores; 2 y do coletor; 1 conexão tipo cotovelo; 1 junta de silicone.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

Bandeja de Laringoscópio

Utilizado na intubação endotraqueal para a introdução de um tubo orotraqueal que é utilizado para ventilar o usuário.



- Componentes

Bandeja Adulto: 1 Cabo de laringoscópio; 1 Lâmina curva nº 4; 1 Lâmina curva nº 3; 1 Lâmina curva nº 2; 1 Lâmina reta/curva nº1; 1 Lâmina reta nº 0.

Bandeja infantil: 1 Cabo de laringoscópio infantil; 1 lâmina reto nº 00, 1 Lâmina Reta nº 0; 1 Lâmina Reta nº 1; 1 Lâmina Reta nº 2.

- Etapas

- Limpeza com compressa úmida embebida de detergente enzimático.
- Limpeza com compressa úmida embebida de água.
- Umedecer a compressa em álcool a 70% e realizar fricção mecânica
- Secar com técnica asséptica.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar com técnica asséptica em saco plástico e identificar com validade de 07 dias.
- Encaminhar para área de guarda.

Conexão Foco (Manopla)

Dispositivo que encaixa no foco cirúrgico com objetivo de permitir a movimentação durante o transoperatório.



- Componentes

1 dispositivo

- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Realizar secagem automatizada, acomodar o material no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

Sensor de fluxo

Verifica a pressão diferencial emitida pelo ventilador mecânico e que estão posicionados entre a cânula endotraqueal e o "Y" do circuito do ventilador.



- Componentes

1 linha sensor de fluxo e 1 sensor de fluxo.

- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água da linha do sensor com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido a linha do sensor. O sensor deixar secagem espontânea para evitar danos à membrana.
- Encaminhar para a área de preparo.

- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda

Vidro de aspiração a vácuo e ar comprimido 500ml

São recipientes indicados para utilização em equipamentos de aspiração, sendo responsáveis pela coleta e armazenamento de secreções.



- Componentes
1 vidro de 500ml, 1 boia de segurança e 1 vacuômetro.
- Etapas
 - Limpeza do frasco de vidro ou plástico
 - Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
 - Enxaguar em água potável.
 - Deixar escorrer o excesso de água.
 - Imergir no Ácido Peracético 0,2% por 10 minutos.
 - Enxaguar em água potável para retirar os resíduos do ácido.
 - Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
 - Encaminhar para área de preparo.
 - Embalar com técnica asséptica em saco plástico e identificar com validade de 07 dias.
 - Encaminhar para a área de guarda.
 - Limpeza do Vacuômetro

- Limpeza com detergente enzimático por meio de fricção com compressa aguardar 10 minutos.
- Fazer fricção com compressa úmida em água.
- Secar manualmente com técnica asséptica ou pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Frasco de Aspiração 2000 ml e 4000 ml

São recipientes indicados para utilização em equipamentos de aspiração, sendo responsáveis pela coleta e armazenamento de secreções.



- Componentes

1 frasco de 2000 ou 4000ml, 1 boia de segurança e 1 tampa;

- Etapas

- Realizar pré-lavagem e imergir em detergente enzimático, por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2% por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável para retirar os resíduos do ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área do preparo.
- Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Cuba Rim

Utilizada para assepsia e acondicionamento de medicações, resíduos, soluções, no atendimento hospitalar. Promove maior higiene nos procedimentos.



- Componentes

1 cuba rim

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar com água potável.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação (121°C/134°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para área de guarda.

Cuba Redonda

Utilizada para assepsia e acondicionamento de medicações, resíduos, soro, álcool iodado, no atendimento hospitalar.



- Componentes

1 cuba redonda

- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar com água potável.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação (121°C/134°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para área de guarda.

Bandeja

Utilizada para assepsia e acondicionamento de medicações, resíduos, soro, álcool iodado, e o que mais for necessário durante o atendimento hospitalar. Promove maior higiene nos procedimentos.



- Componentes

1 bandeja

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar com água potável.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação (121°C/134°C).

- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para área de guarda.

Bacia

Utilizada para assepsia, antissepsia e acondicionamento resíduos e o que mais for necessário durante o atendimento hospitalar. Promove maior higiene nos procedimentos, por exemplo, banho dos usuários.



- Componentes

1 Bacia

- Etapas
- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar com água potável;
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação (121°C/134°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para área de guarda.

Balde

Utilizado para assepsia, antissepsia e acondicionamento resíduos e o que mais for necessário durante o atendimento hospitalar.



- Componentes

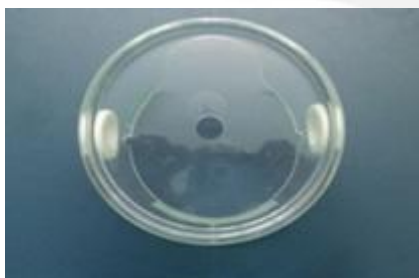
1 balde.

- Etapa

- Limpeza com compressa úmida embebida de detergente neutro.
- Enxaguar em água potável.
- Umedecer a compressa em álcool a 70% e realizar fricção mecânica
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa.
- Encaminhar para área do preparo
- Embalar em saco plástico, identificar com etiqueta sinalizando validade de 7 dias
- Encaminhar para a área de guarda

Capacete – Hood

O Capacete de acrílico Hood fornece maiores concentrações de umidade e oxigênio aos bebês que necessitam de terapia por aerossol.



- Componentes

1 capacete, 1 tampa

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar em água potável para retirar o excesso de ácido.
- Secar manualmente com técnica asséptica usando uma compressa limpa.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Macronebulizador

Possibilita a oxigenação direta ao usuário, por meio das atividades de inalação e aplicação de medicamentos vaporizados e umidificados, com o objetivo de enriquecer o gás inspirado utilizando gás oxigênio ou ar comprimido.



- Componentes

01 Traqueia; 01 Copo; 01 Tampa; 01 máscara; 01 Adaptador;

- Etapas

- Realizar pré-lavagem por imersão, dos materiais com detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.

- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (A traqueia deve ser seca na termodesinfetadora)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Máscara com Reservatório

Possibilita a oxigenação direta ao usuário, por meio das atividades de inalação e aplicação de medicamentos vaporizados e umidificados, com o objetivo de enriquecer o gás inspirado pelo usuário utilizando gás oxigênio ou ar comprimido.



- Componentes

01 Chicote; 01 Máscara; 01 Reservatório; 1 fita p/ Fixação.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem dos materiais com detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem automatizada, acomodar materiais no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual, secar materiais com uma compressa estéril ou pistola de ar comprimido. (O chicote, secar com ar comprimido e o reservatório, secar manualmente, tendo em vista que é sensível)
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.

- Encaminhar para a área de guarda.

Kit Carro Anestesia

Destinado à ventilação artificial, administrando gases anestésicos para o usuário, durante o procedimento de anestesia.



- Componentes

03 traqueias; 02 Linhas para sensor de fluxo; 02 Sensores de fluxo; 01 Cotovelo; 03 Adaptadores.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

Sensor de temperatura

Mede a temperatura do ar emitida pelo ventilador mecânico e que estão posicionados entre o termumidificador e o "Y" do circuito do ventilador.



- Componentes

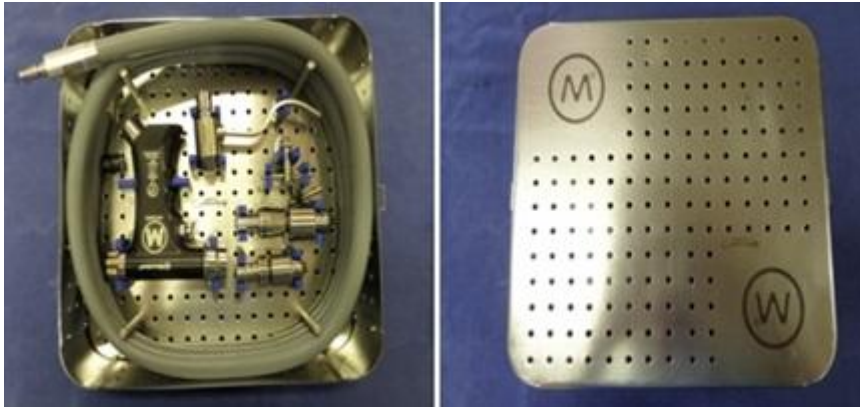
1 linha sensor de temperatura.

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água da linha do sensor com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido a linha do sensor. O sensor deixar secagem espontânea para evitar danos à membrana.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda.

Perfurador Pneumático

Projetado para uso hospitalar em procedimento cirúrgico ortopédico com o objetivo de realizar orifícios em tecidos ósseos.



- Componentes

1 caixa metálica média com furos e tampa, 1 manopla do perfurador ósseo canulado, 1 cabeçote simples, 1 cabeçote redutor com mandril, mangueira, chave mandril para cabeçote simples, chave para mandril 10mm. (De acordo com a marca do produto poderá haver alteração de números de peças e componentes).

- Etapas

- Limpeza com detergente enzimático por meio de fricção com compressa, aguardar 10 minutos.
- Fazer fricção com compressa úmida com água.
- Secar manualmente com compressas.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico ou em Tyveck em caso esterilização por peróxido de hidrogênio.
- Identificar o pacote com a etiqueta contendo validade, de 06 meses para esterilização a vapor e 01 ano para esterilização por peróxido de hidrogênio.
- Realizar esterilização via autoclave na programação de materiais sensíveis (121°C), sendo no peróxido de hidrogênio no ciclo curto (55°C).
- Encaminhar para a área de guarda.

Kit de ventilação Mecânica

Circuito Indicado para a distribuição de gases nos procedimentos de ventilação mecânica.



- Componentes

4 traquéias sendo 4 de tamanhos médio e iguais /d-1 aquecedor/1 conector joelho linha proximal/ y com saída lateral/2 coletores/2 y do coletor/1 conexão tipo cotovelo;

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Deixar escorrer o excesso de água com o auxílio da gravidade.
- Secar com pistola de ar comprimido a linha do sensor. O sensor deixar secagem espontânea para evitar danos à membrana.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico.
- Realizar esterilização via autoclave na programação materiais sensíveis (121°C).
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para a área de guarda

Lâmina de Amnioscópio

Utilizado na obstetrícia para visualizar a cor e transparência do líquido amniótico.



- Componentes

01 Lâmina

- Etapas

- Realizar pré-lavagem, imergindo os materiais em detergente enzimático.
- Enxaguar em água potável.
- Retirar/escorrer o excesso de água.
- Imergir no Ácido Peracético 0,2 % por 10 minutos.
- Enxaguar para retirar o excesso de ácido.
- Realizar secagem manual do material com uma compressa.
- Encaminhar para a área de preparo.
- Embalar em saco plástico, selar e identificar com etiqueta sinalizando validade de 07 dias.
- Encaminhar para a área de guarda.

Instrumentais Cirúrgico

É uma ferramenta ou dispositivo concebido para realização de ações específicas e efeitos desejados durante o ato cirúrgico.



- Componentes

De acordo com o manual de padronização de caixas cirúrgicas.

- Etapas:

- Realizar pré-lavagem, imergindo o material em detergente enzimático.
- Enxaguar com água potável.
- Realizar lavagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a lavagem de instrumentais ou realizar lavagem manual com escova padrão.
- Realizar secagem automatizada, acomodar artigos no rack da termodesinfetadora e programar a secagem ou realizar secagem manual com compressa e pistola de ar comprimido.
- Encaminhar para área de preparo.
- Embalar em papel grau cirúrgico ou caixas metálicas. No caso da caixa cirúrgica envolver em manta de polipropileno ou tecido de algodão (campo cirúrgico). No caso da bandeja de videolaparoscopia a embalagem será Tyvek. No interior da caixa cirúrgica com número superior a 20 instrumentais deverá ser colocado o integrador classe 5. Após envolver a caixa em manta ou tecido deverá ser fechada com fita crepe e fixar 5 cm de fita zebreada.
- Realizar esterilização via autoclave na programação 134°C. Quando a esterilização por Tyvek a programação tem que ser 55°C.
- Identificar o pacote com a etiqueta e validade de 06 meses.
- Encaminhar para área de guarda.

Fluxo do processamento de produtos para a saúde

Para o Processamento de Produtos para a Saúde (PPS) é importante que o fluxo de material seja unidirecional e separado por barreiras físicas entre as áreas.



Figura 1 – Fluxo de material unidirecional dividido em três áreas separadas por barreiras físicas.

Resultados esperados e indicadores

- Taxa de artigos hospitalares com extravio e/ou danificados
 - Taxa de Reprocessamento de Material Estéril e Desinfecção
 - Taxa de Lotes Interditados de Material Estéril
 - Número de Materiais Cirúrgicos Não Conformes

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Processamento de materiais na Central de Material e Esterilização (CME)	Diretoria de Enfermagem e NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	5° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	5° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	5° mês
Implementar procedimento operacional padrão do Processamento de materiais na Central de Material e	Coordenador de Enfermagem, Enfermeiro Assistencial CME e NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	6° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Esterilização (CME)				
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	6° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos e SCIH	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	7° mês

7. Notas importantes

Não se aplica.

8. Referências

- GRAZIANO UCHIKAWCA KAZUK; SILVA ARLETE; PSALTIKIDIS M ELIANE: **Enfermagem em Centro de materiais e Esterilização**: Editora Manole; 1° Edição-2011.
- Conceitos de desinfecção, esterilização, limpeza: <http://www.sobecc.org.br/>.
- Nova Rdc N° 55, Nov/2012: Detergente Enzimático: <http://www.portal.anvisa.gov.br/>.
- Importância do Álcool no Controle de Infecções em Serviços de Saúde: <http://www.anvisa.gov.br/>.
- Informe Técnico sobre Desinfetantes de Alto Nível, Nível Intermediário e Esterilizantes: <http://www.portal.anvisa.gov.br/>.
- RDC N° 15 DE 15 /03/2012

1.3.5.17. Implantação, Manutenção e Remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Promover a terapia intravenosa aos usuários internados e elegíveis ao dispositivo, de acordo com o POP e/ou por tempo prolongado, maior que seis dias, de forma segura, garantido a preservação da rede venosa periférica, a diminuição do estresse, dor e desconforto podendo ser gerado por múltiplas punções durante o período de internação em terapia intensiva ou unidade de cuidados. Garantir um acesso endovenoso com características de acesso central, contudo, tratando-se de um acesso que está associado a menor risco de complicações mecânicas e infecciosas. Implantação do POP ocorre pela equipe assistencial de enfermeiros e NEP.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenham pacientes internados ou em assistência contínua, que sejam elegíveis a inserção do dispositivo, seja em áreas críticas ou não-críticas, como: Unidades de Internação, Pediátrica, Pronto Socorro, Obstetrícia, UTI Adulto e outros.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): luvas esterilizadas, máscaras cirúrgicas , gorros, óculos protetor e aventais cirúrgicos esterilizados;
- Bandeja de inserção do PICC (Campo fenestrado, tesoura, cuba redonda, pinça para antisepsia (Kelly), pinça anatômica não dentilhada);
- Kit do PICC com o calibre indicado;
- Equipamento de ultrassonografia;
- Antisséptico com ação residual (clorexidina aquosa);
- Curativo de filme transparente estéril;
- Gaze e compressa estéril;

- Seringa de 10 mL preenchida (salinizada);
- Equipo parenteral de bomba de infusão;
- Fita hipoalergênica (Curafix);
- Fita métrica;
- Check-list Bundle de Inserção de PICC

4. Atribuições de cada categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
Enfermeiro	• Conferir a prescrição médica do PICC e confirmar a identificação nome completo, data de nascimento e nome da mãe na pulseira de identificação; • Conferir se os termos de consentimento estão preenchidos e anexados ao prontuário, assinado pelo médico e paciente/acompanhante; • Aplicar termos de consentimento de procedimento invasivo; • Delegar e orientar a equipe de técnicos de enfermagem quanto ao preparo do material para inserção do cateter; • Avaliar as condições de segurança antes da realização dos procedimentos de implantação; • Treinar/capacitar a equipe de enfermagem acerca dos cuidados durante a inserção; • Orientar a equipe quanto a aplicação do bundle de inserção de CVC durante a passagem do PICC.
Médico	Realizar a prescrição em prontuário da implantação do PICC; • Aplicar termos de consentimento de procedimento invasivo; • Prescrever as drogas que serão utilizadas durante o procedimento; • Solicitar e avaliar o raio-X confirmando o posicionamento da ponta do cateter, após a passagem do cateter; • Prescrever a liberação do PICC para uso após avaliação; • Prescrever as soluções/drogas que serão infundidas no PICC.
Técnico de Enfermagem	• Reunir o material e equipamentos necessários para a implantação do cateter e dispor sobre a mesa de cabeceira, previamente higienizada com álcool a 70%; • Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos;

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES
	• Preparar o paciente, posicionando adequadamente para o procedimento; • Auxiliar nos procedimentos de inserção do PICC, como circulante; • Promover a privacidade, colocar biombos; • Manter a monitorização do paciente com o oxímetro de pulso, termometro e esfigmomanômetro; • Colocar o paciente na posição adequada, de acordo com o perfil.
Coordenador de Enfermagem.	- Garantir a atualização do POP; - Promover treinamentos do POP; - Mensurar indicadores do POP; - Estimular melhoria contínua nos processos que envolvam o PICC.
Equipe multidisciplinar	- Participar dos treinamentos institucionais; - Ter ciência do dispositivo para auxiliar na assistência e no acolhimento junto aos familiares quanto ao dispositivo.

5. Atividades:

PICC – Neo e Pediátrico

Trata-se de um cateter longo e flexível, constituído por silicone ou poliuretano de grau médico, radiopaco, inserido através de punção venosa periférica e locado no 1/3 inferior da veia cava superior ou do 1/3 superior da veia cava inferior. Pode ter um ou vários lúmens, utilizado em terapia infusional, uma vez que está associado ao menor risco de complicações mecânicas e infecciosas.

Procedimento Anterior a Inserção do PICC:

- ☐ Discutir interdisciplinarmente a indicação do uso do cateter central de inserção periférica focando no plano terapêutico do paciente e nos critérios de indicação;
- ☐ Observar a prescrição médica solicitando a passagem do cateter;
- ☐ Orientar técnico de enfermagem para que se execute a preparação do material e supervisão da lavagem cirúrgica das mãos e antebraços aplicando bundle de inserção;
- ☐ Orientar e informar a família quanto ao procedimento da passagem de cateter;
- ☐ Avaliar condições clínicas e laboratoriais do paciente;

☐ Realizar o exame físico dos vasos sanguíneos do recém-nascido através da técnica de inspeção e palpação (no mínimo duas a três opções para o acesso);

- Basilica (maior calibre, menor número de válvulas, fluxo laminar e sua localização facilita sua manipulação e troca de curativo), cefálica e Mediana cubital.

☐ Mensurar com a fita métrica previamente higienizada: Perímetro braquial e a distância entre possível ponto de punção e a articulação escápulo-umeral, deste ponto até a fúrcula esternal e em seguida até o 2º espaço intercostal no neonato;

☐ Reunir/conferir os materiais necessários para a execução do procedimento.

Procedimento:

- Preparar o neonato para o procedimento, utilizando contenção, solução glicosada 25% via oral e realização de sucção não-nutritiva;
- Paramentar-se com touca e máscara;
- Proceder com lavagem das mãos utilizando escova embebida com solução degermante 2%;
- Enxugar as mãos com compressa estéril e paramentar-se com avental estéril e luva estéril. Barreira máxima de proteção. Manter atenção para não baixar os braços e não se contaminar.
- Com auxílio do técnico de enfermagem e material previamente separado e em técnica asséptica, deve-se organizar a mesa auxiliar, em cima de campo estéril, de forma que seja possível ter uma boa visão dos materiais e insumos que serão utilizados;
- Realizar a limpeza do sítio de inserção com auxílio de uma pinça com solução clorexidina aquosa 2%, iniciando pelo ponto de punção, com movimentos circulares, estendendo para todo o local de punção. É interessante realizar a assepsia de todo o membro, tomando cuidado especialmente para os espaços interdigitais, trocar a gaze não contaminar o local;
- Posicionar os campos estéreis: colocar o campo fenestrado sob o local a ser puncionado e campo fechado subjacente; seccionar o cateter conforme mensuração; preencher o cateter com SF 0,9%, observando se há vazamento ao longo do cateter; colocar o catéter e pinça anatômica próximos ao neonato sob o campo estéril, para facilitar a punção (manter capa de proteção); colocar o membro a ser puncionado em posição adequada;
- Garrotear o membro escolhido;

- Realizar punção venosa, observar o refluxo de sangue e liberar o garrote; introduzir o cateter de maneira lenta e constante (a cada 1cm) até o local demarcado; durante a introdução observar se há refluxo sanguíneo no introdutor; remover o introdutor; testar a permeabilidade do cateter
- utilizando seringa de 10ml com SF 0,9% e observar se não há extravasamento local;
- Realizar a limpeza do sítio de inserção com gaze embebida em clorexidina aquosa 0,2%; fazer a compressão no local da punção por alguns minutos até seja controlado o sangramento, atentar-se para o risco de perda do cateter pelo próprio fluxo de sangue e também para o risco de obstrução, convém lavar o cateter algumas vezes antes de se instalar um soro para manutenção enquanto se aguarda o raio-x;
- Fixar o cateter pela “borboletinha” e utilizar curativo compressivo com gaze estéril e filme transparente por 24horas.
- Retirar os campos; retirar a paramentação; colocar o paciente em posição confortável; higienizar as mãos; identificar o curativo com data, horário e profissional que realizou o curativo;
- Solicitar ao médico pedido de raio-X para confirmar o posicionamento do cateter e então sua liberação para uso;
- Realizar a anotação do procedimento e material utilizado;
- Abrir checklist de Medidas de Prevenção de Iras Relacionadas à Dispositivos Invasivos
- Realizar a prescrição de Enfermagem referente aos cuidados com o cateter, tendo obrigatoriamente os seguintes cuidados gerais:
- realizar antissepsia rigorosa das conexões com álcool 70% a cada manuseio;
- utilizar seringa maior ou igual que 10ml para lavagem do cateter;
- realizar flush com 0,5ml de soro fisiológico 0,9% a cada 6 horas;
- realizar flush de 0,5ml de soro fisiológica 0,9% antes e após o término de infusões de medicamentos;
- trocar extensor e torneirinha conectados ao cateter 1x dia.

Seleção do calibre do cateter - o cateter poderá ser de silicone ou poliuretano, de lúmen único ou ter dois, três ou quatro lúmens e ter os seguintes calibres:

IDADE DA CRIANÇA	CALIBRE DO CATETER
RN* e lactentes menores de 1 ano	1.2 a 2 french
Crianças de 1 a 5 anos	2,8 a 3 french
Crianças maiores de 5 anos e adolescentes	3 a 5 french
Adulto	4,0 Fr e 5,0 Fr / Power Picc

PICC – Adulto

Cuidados pré-inserção de PICC

- O procedimento deve ser sempre realizado em dupla (enfermeiros e/ou médicos com experiência na execução do procedimento);
- Eleger a área da punção e a veia de escolha após exame minucioso da rede venosa. Dar preferência para veia basílica direita; quando impossível, acessar através da mediana cubital, cefálica, jugular ou temporal. Evitar puncionar membros inferiores, mas, quando o fizer, utilizar a safena magna;
- Separar o material previamente;
- Solicitar a prescrição de analgesia farmacológica previamente ao procedimento;
- Posicionar o paciente no leito bem acomodado;
- Proceder à escovação cirúrgica das mãos com solução antisséptica;
- Realizar paramentação cirúrgica de barreira máxima com uso de gorro, máscara e capote estéril;
- Proceder a degermação da pele com antisséptico adequado;
- Iniciar o procedimento de inserção.

Procedimento de inserção

- Lubrificar e preencher previamente o priming do cateter com soro fisiológico (SF) 0,9%;
- Garrotear o membro escolhido acima do local de punção;
- Proceder à inserção da agulha do kit introdutor na veia selecionada com o bisel voltado para cima, introduzindo apenas o bisel no lúmen do vaso;
- Quando ocorrer refluxo sanguíneo satisfatório, retirar o garrote e introduzir (com auxílio da pinça anatômica, quando aplicável) cerca de 5 cm do cateter no interior do vaso;
- Retirar a agulha ou cateter introdutor e progredir o cateter percutâneo até a medida mensurada previamente;
- Testar o fluxo do cateter com solução salina 0,9%;
- Solicitar a realização da radiografia para confirmar o posicionamento do cateter. Pode-se utilizar a injeção de contraste para facilitar a visualização da ponta do cateter (aspirar com uma seringa de 10 ml o contraste na diluição 1:1 e preencher o priming do cateter durante o disparo do RX. Logo após, aspirar o resíduo de contraste do cateter e infundir SF 0,9%);
- Confirmar o posicionamento ideal do cateter;
- Após a confirmação radiográfica, realizar a fixação do cateter com gaze e filme transparente, com identificação da data, hora e responsável pelo procedimento.
- Registrar em prontuário;
- O curativo seguinte deve ser realizado 24h após a inserção, com técnica asséptica e a cobertura indicada é o filme transparente (sem uso de gaze).

Medidas preventivas/manutenção e complicações do PICC

- ✓ O cateter PICC é considerado em posição central quando sua ponta estiver na porção final e/ou terço distal da veia cava superior ou porção inicial e/ou terço proximal da veia cava inferior;
- ✓ Lavar o cateter com 0,5mL ou 10mL de soro fisiológico 0,9% entre a administração de drogas e com 5mL após infusão de hemocomponentes ou hemoderivados.
- ✓ Realizar a antisepsia da pele na troca do curativo com Clorexidina alcoólica 0,5% e em neonatos utilizar o Clorexidina aquosa 0,2%;
- ✓ Não trocar rotineiramente o PICC, como um método para prevenir as infecções relacionadas ao cateter;

- ✓ É recomendado evitar verificar a pressão arterial em extremidades onde está inserido o cateter PICC, a fim de evitar oclusão ou danificação do cateter;
- ✓ Evitar tracionamento do cateter;
- ✓ Não usar de força para injetar qualquer solução;
- ✓ Administrar drogas simultaneamente, somente, quando conhecido a compatibilidade entre as mesmas.
- ✓ Manter a permeabilidade do fluxo sanguíneo por meio de fluxo contínuo fluídos ou salinização;
- ✓ Não utilizar seringas de volume menor que 10mL para evitar o rompimento do cateter;
- ✓ Em caso de infusão contínua de hidratação, fazer nos pacientes neonatos: 0,5mL 3/3 horas, pediátrico: 2mL de 6/6 horas, ou seguir orientação médica. Em caso de administração de diversas medicações em um mesmo horário, fazer a lavagem do PICC antes, entre a administração de cada um dele e após as duas situações são utilizados para lavagem do cateter, a seringa Posiflush (SF 0,9%);
- ✓ Não fazer manobras de desobstrução do cateter sem o conhecimento da técnica de desobstrução;
- ✓ Não fixar fita adesiva (esparadrapo), em torno do corpo do cateter (poderá danificar o mesmo)
Não se recomenda a infusão dos medicamentos: Hidantal e Anfotericina (ambos alteram a inertividade do cateter) entretanto, no caso de uso de anfotericina b utilizar SGS 5%;
- ✓ Prescrever volumes para lavar o cateter confirme o perfil do paciente e o prime do fabricante:
Em caso de infusão contínua de hidratação, fazer nos pacientes Neonatos: 0,5 ml de 3/3 horas; Pediátricos: 2ml de 6/6 horas; Adultos: 10ml de 6/6 horas, ou seguir orientações médicas quanto á restrição hídrica. Não coletar amostras de sangue pelo cateter menor que 3FR;
- ✓ Não é recomendada a infusão de hemoderivados em cateteres abaixo de 4fr, devido ao risco de obstrução, hemólise e perda de cateter. E na infusão de hemoderivados devem-se observar as medidas a seguir: Atentar para a velocidade de infusão e lavar o cateter com solução salina a 0,9% após o término da infusão;
- ✓ O cateter deverá ser salinizado quando não houver indicações de infusão contínua em um tempo inferior a 24 horas. A salinização deverá ser feita com soro fisiológico 0,9% em seringa de 10mL, por técnica de turbilhonamento, infundindo, no mínimo, 2 vezes o volume do priming.

Flush

✓ Infundir 0,5mL de soro fisiológico 0,9% em técnica de turbilhonamento, fazendo uma leve pressão utilizando seringa de 10mL. Realizar esse procedimento antes e após administração de soluções registrar no balanço do RN/criança.

As complicações imediatas durante a manutenção do PICC são:

Infecção relacionada ao cateter

Causa: Fixação inadequada da pele, utilização de antisséptico inapropriado e manipulação do cateter e do sistema de infusão sem técnica asséptica.

Manifestações clínicas: calor, rubor, dor, secreção no sítio de punção e febre.

Prevenção: Higienização rigorosa das mãos, indicação criteriosa do acesso vascular, treinamento da equipe para a implantação do PICC, utilizar sistema fechado de infusão e preparo rigoroso da pele na implantação e manutenção do PICC.

Cuidados: Remoção do cateter e administração de antibiótico, quando prescrito.

Deslocamento do cateter

Causa: Fixação inadequada e movimentação excessiva do local puncionado.

Manifestações clínicas: Alterações hemodinâmica e numeração externa cateter incompatível com a registrada.

Prevenção: Avaliar, constantemente, a numeração marcada do cateter, evitar manipulação excessiva do cateter e fixar bem o cateter à pele.

Cuidados: Aferir os sinais vitais e retirar o cateter quando observado alterações hemodinâmicas.

Flebite

Causa: Mecânica - ocorre devido à trauma durante a inserção, retirada ou movimentação do cateter no interior da veia. Evidencia-se de 48 a 72 horas após a inserção ou retirada do dispositivo. Química - ocorre devido à infusão de soluções irritantes, infusão muito rápida e presença de pequenas partículas na solução ou talco da luva estéril no cateter. Infeciosa - Inflamação associada à infecção. Pode ser causada por técnica asséptica inadequada durante a inserção e manutenção do cateter.

Manifestações clínicas: dor, calor, hiperemia, edema, presença de estria, cordão venoso palpável, drenagem de secreção purulenta.

Prevenção: Utilização de cateteres com calibres adequados para o tamanho da veia, técnica de inserção lenta e gradual (não forçar mediante válvulas), fixação correta do cateter, não tocar o cateter com a luva e realizar procedimento mantendo técnica rigorosa de assepsia.

O Cuidados: Flebite química e infecciosa requerem remoção do dispositivo. Flebite mecânica: salinizar o PICC, aplicar compressas mornas durante 20 minutos, a cada 4 horas (ou em intervalos menores, de acordo com a avaliação da equipe), elevar o membro e observar nas primeiras 24 horas. Se houver melhora completa, interromper as manobras. Se ainda mantiver a flebite, porém em regressão, aguardar mais 24 horas. Se após 48 horas de manobras não houver resposta, retirar o dispositivo.

Obstrução do cateter

Causa: Obstrução mecânica - Pinçamento do cateter. Obstrução intraluminal: obstrução por trombos ou fibrina, devido a deposição de resíduo de sangue e/ou hemoderivados e administração simultânea de drogas incompatíveis e Obstrução extraluminal: encapsulamento da superfície do cateter pela deposição de fibrina e agregação plaquetária.

Manifestações Clínicas: velocidade de infusão lenta, ausência de refluxo sanguíneo á aspiração e sensibilidade dolorosa no local de punção.

Prevenção: Não administrar drogas incompatíveis simultaneamente, lavar o cateter após a administração de drogas, hemocomponentes de hemoderivados, garantir infusão contínua. Não infundir hemocomponentes não coletar sangue em cateteres menores que 3,0 fr e aplicar a rotina de flush com soror fisiológico 0,9%.

Cuidados: Desobstruir o cateter por meio da técnica de 2 seringas. Utilizar fibrinolíticos, se necessário, e remover o cateter diante do insucesso das intervenções acima citadas.

Contingência / riscos

Providências imediatas deverão ser tomadas diante de situações que comprometam a execução deste procedimento. São elas:

ID	Intercorrência	Providências	Responsável
01	Área de punção com a integridade da pele prejudicada hematomas, flebite, celulite, abscesso, tromboflebite; alterações anatômicas.	Contraindicar uso do cateter e evoluir em prontuário	Enfermeiro
02	Edema em membro cateterizado.	Aferir e registrar a circunferência do membro 2 cm acima do local da punção, registrar no prontuário e observar a evolução diária.	Enfermeiro
03	Presença de sujidade, umidade, descolamento ou reações alérgicas em sítio de inserção.	Trocar curativo imediatamente.	Enfermeiro
04	Exteriorização do cateter.	Não reintroduzir cateter; registrar no prontuário; comunicar médico para solicitação de RX e averiguar se posição central permanece.	Enfermeiro
05	Obstrução do cateter.	Comunicar imediatamente o Enfermeiro(a) que deverá realizar a técnica de desobstrução	Enfermeiro
06	Infusão de hemoderivados e/ou coleta de sangue.	CONTRA-INDICADA devido ao risco de obstrução, hemólise e perda do cateter.	Enfermeiro e médico.
07	Rompimento do cateter.	Comunicar imediatamente à enfermeira para providências, retirada do cateter e registros de Tecnovigilância. Observar e registrar se ocorreu administração de volume em alta pressão, comunicar ao médico.	Enfermeiro. Enfermeiro diarista. Coordenador de Enfermagem.
08	Oclusão da bomba de infusão/alarme soando.	Corrigir as dobras do equipo ou do cateter; verificar se o equipo da bomba de infusão está fechado; lavar delicadamente o PICC com 0,5ml de solução fisiológica 0,9%; manter o membro no qual o cateter PICC está inserido em posição anatômica; notificar o médico e preparar o paciente para a remoção do PICC em caso de oclusão persistente.	Enfermeiro.
09	Curativo molhado devido banho de RN	Não dar banho de imersão, realizar higiene corporal no leito.	Equipe técnica de enfermagem.
10	Instabilidade hemodinâmica	Acionar médico imediatamente	Enfermeiro e equipe técnica de enfermagem
11	Sangramento fora do esperado para o procedimento	Acionar médico imediatamente	Enfermeiro e equipe técnica de enfermagem
12	Parada cardiorespiratória	Iniciar reanimação neonatal e acionar o médico	Enfermeiro, equipe técnica de enfermagem e fisioterapeuta

DESOBSTRUÇÃO DO PICC

MATERIAIS

- Utilizar seringa de 10mL com SF9% e outra seringa 10mL vazia;
- 1 torneirinha;
- Uma máscara descartável e luvas de procedimento;
- Swab de álcool 70% ou gaze estéril com álcool 70%.

TÉCNICA - DESOBSTRUÇÃO DO PICC

- A. Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional;
- B. Colocar a máscara e as luvas de procedimento, mantendo o braço do paciente abaixo do nível do coração;
- C. Limpar o canhão do cateter com swab de álcool a 70% ou gaze embebida com álcool a 70% e deixando secar;
- D. Instalar 1 torneirinha e adaptar 1 seringa de 10ml de vazia.
- E. Fazer a desinfecção na outra saída da torneirinha com swab de álcool 70% e conecte um a seringa de 10ml contendo 10ml de SF 0,9% ou seringa preenchida com solução (posiflush).
- F. Fechar (OFF/FECHADO) a saída da seringa cheia e abrir (OPEN/ABERTO) a saída da seringa de 10ml vazia.
- G. Aspirar apenas a seringa vazia, fazendo com que o cateter fique vazio e criando uma pressão negativa.
- H. Sempre mantendo a pressão negativa, fechar a saída da seringa vazia e abrir a saída da seringa cheia.
- I. A medicação deverá ser aspirada automaticamente para dentro do cateter por causa da pressão negativa.
- J. Girar novamente o registro para a posição (OFF/FECHADO) e deixe o medicamento permanecer no cateter.
- K. Abrir a torneirinha, verificando se há um retorno venoso. Se houver, retire 3ml de sangue para descarte, lave com uma seringa 10ml SF 0,9% e recomece o uso do cateter com a infusão continua ou salinize o cateter.
- L. O profissional deverá clampar ou fechar o tree way enquanto está infundindo a solução, gerando assim um pressão positiva que impede o retorno venoso. Realizar esse procedimento, no mínimo de 6 em 6 horas, e registrar no balanço.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO - TÉCNICA DE DESOBSTRUÇÃO DO PICC	
Descrição dos Procedimentos	Justificativas
1. Explicar o procedimento a ser realizado e a sua finalidade a criança e/ou familiar.	1. Diminuir a ansiedade e favorecer a colaboração da criança e do familiar.
2. Higienizar as mãos.	2. Evitar transmissão de microrganismos.
3. Reunir os materiais necessários e encaminhá-los à unidade.	3. Economizar tempo.
4. Colocar os materiais sobre a mesa de cabeceira.	4. Facilitar a execução do procedimento.
5. Colocar o biombo, se necessário.	5. Promover privacidade.
6. Colocar a criança em decúbito dorsal, confortável e segura.	6. Facilitar a execução do procedimento, além de promover segurança e conforto.
7. Paramentar-se com os EPI (gorro, máscara cirúrgica, óculos protetor e luvas de procedimento).	7. Promover proteção individual.
8. Conectar na extremidade do cateter um <i>three way</i> .	8. Favorecer a realização do procedimento.
9. Conectar um seringa de 10mL com soro fisiológico 0,9% ácido ascórbico ou diluição de heparina (100 UI) em uma das saídas do tree way e na outra, uma seringa de 10mL vazia.	9. Promover a desobstrução do cateter.
10. Deixar aberta a via com a seringa de 10mL vazia e fechada a via com a seringa de 10mL contendo a solução.	10. Promover a desobstrução do cateter.
11. Aspirar a seringa de 10mL formando um vácuo no interior, e sem retirar a seringa, fechar essa via.	11. Promover a desobstrução do cateter.

REMOÇÃO DO PICC

MATERIAIS

Máscara Luvas procedimento;

Solução salina 0,9%;

Pacote gaze estéril;

Solução Clorexidina alcoólica 0,5%;

Pacote curativo;

Lâmina de bisturi - se houver solicitação de hemocultura;

Fita hipoalergênica;

Frasco para cultura - (se houver solicitação);

Saco plástico para lixo.

TÉCNICA

A. Higienizar as mãos, conforme protocolo institucional;

B. Colocar a máscara e as luvas de procedimento;

- C. Fechar equipo da infusão;
- D. Abrir o pacote de curativo e tesoura, remover a fixação e o curativo, observar o aspecto e local.
- E. Realizar limpeza no sítio de inserção com solução salina 0,9% e solução alcoólica de clorexidina a 0,5%, segurar o cateter próximo ao sítio de inserção com uma pinça;
- F. Tracionar o cateter, exteriorizando-o delicadamente a cada centímetro, fazer compressão utilizando gaze estéril, no sítio de inserção, para prevenir sangramentos e formação de hematomas;
- G. Realizar curativo compressivo com gaze estéril fixando com fita adesiva.;
- H. Medir o comprimento do cateter retirado, comparar com a medida de inserção inicial e registrar na ficha de protocolo.
1. Cortar 4cm da extremidade, para enviar a ponta para cultura, se houver solicitação médica.
- J. Retirar as luvas, lavar as mãos e efetuar os registros no prontuário eletrônico;
- K. No caso solicitação médica de envio da ponta do cateter para cultura, fazer com técnica asséptica.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Processamento de Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	6° mês
Inclusão no Plano anual de	NEP	Procedimento operacional padrão e	Inclusão no Plano anual de Treinamento	6° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Treinamento (PAT)		Cronograma de Treinamento		
Elaboração do Plano de treinamento	NEP, Diretoria de Enfermagem	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	6° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Implantação, manutenção e remoção de Cateter Central de Inserção Periférica (PICC)	Coordenador de Enfermagem, Enfermeiro Assistencial Diretoria Técnica e NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	7° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	7° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	8° mês

7. Notas importantes

- ✓ A salinização do POWER PICC, deverá ser realizada a cada seis horas conforme horário estabelecido pelo enfermeiro responsável pelo paciente. O volume deverá ser de 3ml (utilizando-se a técnica de turbilhonamento), com a seringa Posiflush 5ml. Unidades que não utilizam a seringa Posiflush utilizarem seringa de 10ml ou 20mL;
- ✓ A lavagem para infusão de medicamentos deverá ser de 1ml antes, entre após cada medicamento administrado;

- ✓ Caso seja necessário utilizar localizador de veia (Ex: Vein Viewer) ou venoscópio ou ainda Ultrassonografia Vascular para auxílio na assertividade de veias;
- ✓ Se o paciente for realizada a inserção no Centro Cirúrgico deve haver uma solicitação de passagem (Sala Cirúrgica) pelo médico do paciente e avaliação do anestesista;
- ✓ Atentar para o tempo de Jejum: 4 horas Leite Materno e de 6 a 8 Horas com alimentação artificial.

8. Referências

BAGGIO, M. A.; BAZZI, F. C. S.; BILIBIO, C. A. C. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI neonatal e pediátrica. Revista Gaúcha de Enfermagem: Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 70-6, mar., 2010.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. Portaria N° 272 de 08/04/1998 que aprovou o Regulamento Técnico contendo os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral determina: “A utilização da via de acesso da nutrição parenteral deve ser exclusiva. A necessidade excepcional da sua utilização para administração de qualquer outra solução injetável, só pode ser feita após aprovação formal da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional” (Secretaria de Vigilância Sanitária, 1998).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Department of Health and Human Services. Guideline for the prevention of intravascular catheter-related infections. 2011.

COSTA, P. et al. Dimensionamento da dor durante instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. Acta Paulista de Enfermagem: São Paulo, v. 23, n. 1, p. 35-40, jan./fev. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 258/2001. Inserção de Cateter Periférico Central, pelos Enfermeiros.

DÓREA, E. et al. Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem: Brasília, v. 64, n. 6, nov./dez. 2011.

GIRALDO-MONTOYA, D. I.; QUIRÓS-JARAMILLO, A.; MEJÍA-CADAVID, L. A.

Manejo de catéters centrales de inserción periférica en recién nacidos. Aquichán:

Bogotá, v. 8, n. 2, p. 257-65, jul./dez. 2008.

LOURENÇO, S. A.; OHARA, C. V. S. Conhecimento dos enfermeiros sobre a técnica de inserção do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos. Revista Latino-Americana de Enfermagem: Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, 8 telas, mar./abr. 2010.

1.3.5.18. Implantação, Manutenção e Remoção de Acesso Venoso Central por Cateter de Curta Permanência

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Padronizar o procedimento de cateterismo venoso central e proporcionar um acesso mais seguro à circulação sistêmica, que ser utilizado para infusões em pacientes com limitações de acesso venoso periférico, para administração de soluções/medicamentos que não podem ser administrados por via periférica (soluções hiperosmolares, nutrição parenteral, drogas vasoativas, quimioterapia vesicantes ou de infusões contínuas), monitorização hemodinâmica (medida de pressão venosa central), grandes cirurgias e terapia dialítica. Procedimento realizado pelo médico, com auxílio do enfermeiro. Treinamento realizado pelo diretor técnico ou coordenação médica da UTI.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenham pacientes internados ou em assistência contínua, que sejam elegíveis à inserção do dispositivo e/ou que foram submetidos à inserção do dispositivo e/ou que foram elegíveis para retirada do mesmo, seja em áreas críticas ou não-críticas, como: Unidades de Internação, Pediátrica, Pronto Socorro, Obstetrícia, UTI Adulto e outros.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Material

- a) avental cirúrgico estéril;
- b) gorro;
- c) Óculos de proteção;
- d) máscara cirúrgica;
- e) luva de procedimento;
- f) luva estéril;

- g) campo cirúrgico fenestrado;
- h) campos cirúrgicos;
- i) bandeja de pequenos procedimentos;
- j) kit de cateter (agulha, fio guia, dilatador e cateter intravenoso) com número de vias e tamanho específico para o paciente adulto ou pediátrico a ser realizado o procedimento;
- k) fio para fixação (nylon 3-0); I I) ,mina de bisturi n°11;
- m) anestésico local (lidocaína 2% sem vasoconstritor);
- n) clorexidina degermante 2%;
- o) clorexidina alcoólica 0,5%;
- p) solução fisiológica 0,9% 250 ml;
- q) equipo de soro;
- r) gaze estéril;
- s) seringa de 10 ml e 5 ml;
- t) agulha 40x12mm;
- u) agulha 25x7mm;
- v) agulha 13x4,5mm;
- w) polifix duas vias ou torneirinha three way;
- x) Check list padronizado para Inserção, manutenção e retirada
- x) fita hipoalergénica (microporeÆ).

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- Prescrever a implantação do Cateter e os medicamentos que serão utilizados durante o procedimento;
- Solicitar o kit de acesso venoso central;
- Solicitar exame radiográfico, analisar o posicionamento do cateter e autorizar seu uso;
- Prescrever as soluções/medicamentos que serão infundidas pelo Cateter;
- Avaliar diariamente a necessidade da manutenção de uso do Cateter.

Enfermeiro

- Prescrever os cuidados de enfermagem quanto à administração de medicamentos, curativos e troca do sistema infusional;
- Capacitar a equipe de enfermagem para os cuidados com a manutenção do Cateter e troca dos sistemas de infusão;
- Avaliar o sítio de inserção do Cateter, diariamente, e registrar os achados na ficha de acompanhamento;
- Realizar coleta de amostra de sangue pelo Cateter;
- Remover o Cateter, quando indicado;
- Supervisionar a equipe no cumprimento das prescrições.

Técnico de Enfermagem

- Reunir os materiais para a implantação do Cateter;
- Auxiliar o médico no procedimento de implantação do Cateter;
- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro.

Equipe Multiprofissional:

- Analisar o risco/benefício da implantação do Cateter;
- Registrar as ações, intercorrências e condutas no prontuário e no checklist de inserção de Cateter);

5. Atividades:

O POP reforça as boas práticas para a prevenção de incidentes envolvendo cateter central de curta permanência, bem como, relacionadas aos reforçando a gestão de riscos e a implantação de ações e estratégias que possibilitem aos gestores e profissionais de saúde a redução de incidentes relacionados ao uso desses dispositivos.

Atualmente, existe uma grande variedade de CIVP – Cateter Intravenoso de Curta Permanência, conexões e acessórios para infusão intravenosa disponíveis no mercado. A despeito da relevância destes produtos em serviços de saúde, seu uso está relacionado ao risco de complicações, como infecção local e sistêmica, flebite, tromboflebite, oclusão, trombose e lesão por pressão (LPP) relacionada a dispositivo para a saúde (conforme sistema de classificação de LPP da National Pressure Ulcer Advisory Panel - NPUAP), além de infiltração, extravasamento e hematomas.

Sabe-se que cerca de 90% dos pacientes internados recebem soluções e medicamentos por via intravenosa. Além disso, 50% a 75 % dos pacientes que estão em uso de terapia intravenosa

periférica (TIVP), procedimento terapêutico e diagnóstico que viabiliza a administração de medicamentos, fluidos e outros componentes sanguíneos e nutricionais no organismo, podem desenvolver complicações locais ou sistêmicas. Sendo assim, o uso apropriado de CIVP é necessário para a TIVP. Além dos cuidados quanto à observância do calibre do dispositivo e material do CIVP, devem ser instituídas medidas preventivas de EA associados ao CIVP.

No que se refere à flebite, ela pode ser classificada em:

Grau 1 – presença de eritema com ou sem dor local;

Grau 2 – presença de dor, com eritema e/ou edema;

Grau 3 – presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de um cordão fibroso palpável;

Grau 4 – presença de dor, com eritema e/ou edema, com endurecimento e presença de um cordão fibroso palpável maior que 1 polegada (2,54cm), com drenagem purulenta.

Diante desses antecedentes, sabe-se que é fundamental, a identificação de riscos, a determinação dos fatores contribuintes destes Eventos Adversos e a implementação de práticas de segurança do paciente para a redução destes agravos relacionados ao uso desses dispositivos.

Higiene das mãos

Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres e para qualquer tipo de manipulação dos dispositivos. O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo.

Seleção do cateter e sítio de inserção.

Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso. Não usar cateteres periféricos para infusão contínua de produtos vesicantes, para nutrição parenteral com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L.

Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula:

- Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica (irritação da parede da veia pela cânula) e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso. Um bom fluxo

sanguíneo, por sua vez, ajuda na distribuição dos medicamentos administrados e reduz o risco de flebite química (irritação da parede da veia por produtos químicos).

- Agulha de aço só deve ser utilizada para coleta de amostra sanguínea e administração de medicamento em dose única, sem manter o dispositivo no sítio. • Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços. As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitides.
- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.
- Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados.

Notas:

- Pacientes com acesso vascular difícil requer avaliação cuidadosa da real necessidade de acesso venoso periférico e trabalho colaborativo entre a equipe de saúde para discutir opções apropriadas.
- Na prática assistencial, há preferência, em adultos, de inserção do CIVP em veias dos membros superiores do antebraço, uma vez que acomodam cateteres de maior dimensão, tais como, cefálica, basílica, medianas do antebraço, cotovelo e do dorso da mão. Caso não se obtenha sucesso ao puncionar as veias supracitadas, as veias dorsais do pé e as safenas magna e parva podem ser puncionadas.
- Para pacientes adultos: as veias de escolha para inserção do CIVP são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços, que podem acomodar cateteres de maior dimensão, tais como, cefálica, basílica, medianas do antebraço, cotovelo e do dorso da mão. Veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitides.
- Para pacientes pediátricos: selecionar o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área antecubital.
- Para crianças menores de 03 (três anos) também podem ser consideradas as veias da cabeça.
- Caso a criança não caminhe, considere as veias do pé.

- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do CIVP, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.
- Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados.
- Remover o excesso de pelos do local de inserção, se necessário, para facilitar a aplicação de curativos/coberturas; utilizar tesoura de uso individual para aparar os pelos (não raspar a pele, pois pode aumentar o risco de infecção (embora as pesquisas sejam limitadas).
- Não puncionar os vasos de membros com presença de fístula arteriovenosa (FAV) funcionante.

Preparo da pele

- Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico.
- Realizar fricção da pele com solução a base de álcool: gliconato de clorexidina > 0,5%, iodopovidona (PVPI) alcoólico 10% ou álcool 70%. Tempo de aplicação da clorexidina é de 30 segundos enquanto o do PVPI é de 1,5 a 2,0 minutos.
- Indica-se que a aplicação da clorexidina deva ser realizada por meio de movimentos de vai e vem e do PVPI com movimentos circulares (dentro para fora).
- Aguardar a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção.
- O sítio de inserção do cateter intravascular não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico.
- Em situações onde se prever necessidade de palpação do sítio calçar luvas estéreis. A remoção dos pelos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras.
- Não utilize laminas de barbear, pois essas aumentam o risco de infecção.
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total.
- Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção.
- Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações.
- Pacientes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas.

Notas:

- No caso de sujidade visível no local selecionado para punção, removê-la com água e sabão ou com clorexidina degermante a 2% antes da aplicação do antisséptico a base de álcool.
- Um novo CIVP deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente.
- Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total. Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações.

Estabilização

- Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e sua perda.
- Deve ser realizada utilizando técnica asséptica.
- Não utilizar fitas adesivas não estéreis (esparadrapo comum e fitas do tipo microporosa) ou suturas para estabilizar cateteres periféricos, visto que rolos de fitas adesivas não estéreis podem ser facilmente contaminados com microrganismos patogênicos e suturas estão associadas a acidentes percutâneos, favorecem a formação de biofilme e aumentam o risco de IPCS.

Coberturas

- Os propósitos das coberturas são os de proteger o sítio de punção e minimizar a possibilidade de infecção, por meio da interface entre a superfície do cateter e a pele, e de fixar o dispositivo no local para prevenir a movimentação do dispositivo com dano ao vaso. Qualquer cobertura para cateter periférico deve ser estéril, podendo ser semioclusiva (gaze e fita adesiva estéril) ou membrana transparente semipermeável.
- Utilizar gaze e fita adesiva estéril apenas quando a previsão de acesso for menor que 48h. Caso a necessidade de manter o cateter seja maior que 48h não utilizar a gaze para cobertura devido ao risco de perda do acesso durante sua troca.
- A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida.
- Manter técnica asséptica durante a troca.
- Proteger o sítio de inserção e conexões com plástico durante o banho.

Nota:

A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca.

Flushing e manutenção do cateter periférico

- Realizar o flushing e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão, para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações.
- Realizar o flushing também antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis.
- Utilizar a técnica da pressão positiva para minimizar o retorno de sangue para o lúmen do cateter.
- Utilizar solução de cloreto de sódio 0,9% isenta de conservantes para flushing e lock dos cateteres periféricos (não utilizar água estéril).
- Usar o volume mínimo equivalente a duas vezes o lúmen interno do cateter mais a sua extensão.
- Volumes maiores (como 5ml para periféricos e 10ml para cateteres centrais) podem reduzir depósitos de fibrina, drogas precipitadas e outros debris do lúmen.

Cuidados com o sítio de inserção

- Avaliar o sítio de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto.

A frequência ideal de avaliação do sítio de inserção é a cada quatro horas ou conforme a criticidade do paciente.

- Pacientes de qualquer idade em terapia intensiva, sedados ou com déficit cognitivo: avaliar a cada 1 – 2 horas.
- Pacientes pediátricos: avaliar no mínimo duas vezes por turno.
- Pacientes em unidades de internação: avaliar uma vez por turno.
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto aos cuidados na manutenção do cateter e sinais de alerta.

Remoção do cateter

- Avaliar diariamente a necessidade de permanência do cateter.

- Remover o CIVP tão logo não haja medicamentos intravenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas.
- Trocar o CIVP instalado em situação de emergência (com comprometimento da técnica asséptica) tão logo quanto possível.
- Remover o CIVP na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.

Notas

- O CIVP não deve ser trocado em um período inferior a 96 h. A decisão de estender a frequência de troca para prazos superiores ou quando clinicamente indicado dependerá: da avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril.
- Para pacientes neonatais e pediátricos, não trocar o CIVP rotineiramente. Porém, é imprescindível que os serviços garantam as boas práticas, tais como: avaliação rotineira e frequente das condições do paciente, sítio de inserção, integridade da pele e do vaso, duração e tipo de terapia prescrita, local de atendimento, integridade e permeabilidade do dispositivo, integridade da cobertura estéril e estabilização estéril. Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração.

Resultados esperados e indicadores

- Incidência de perda do acesso vascular periférico;
- Avaliação para o risco de flebite; e
- Incidência de flebite.

Assistência de Enfermagem na Passagem do Dispositivo:**Realização Do Procedimento**

- a) confirme o paciente e o procedimento a ser realizado, conforme prescrição médica e/ou de enfermagem;
- b) higienize as mãos e reúna o material na bandeja, leve-a ao quarto do paciente e coloque-a em mesa auxiliar;
- c) certifique-se de que o paciente foi orientado quanto ao procedimento;
- d) coloque um biombo para garantir a privacidade do paciente, se disponível;

e) higienize as mãos e coloque os equipamentos de proteção individual (avental cirúrgico, máscara, gorro, protetor ocular e luvas de procedimento);

f) auxilie o médico, abrindo o material sobre uma superfície limpa e sem contaminação;

g) implementar a precaução de barreira máxima oferecendo ao médico os equipamentos de proteção individual (epi):

avental cirúrgico,

máscara,

protetor ocular,

gorro,

luvas estéreis

campo estéril para cobertura do paciente da cabeça aos pés;

h) posicione o paciente em decúbito dorsal a zero grau, ou em posição de trendelenburg, com os membros superiores alinhados junto ao corpo (ou em outra posição, conforme orientação médica específica);

i) auxilie o médico na paramentação e disponibilize os materiais estéreis no campo estéril (pinças, seringas, agulhas, gazes, fio, lâmina, equipo de soro), adotando técnica asséptica;

j) vire a cabeça do paciente para o lado oposto ao da inserção do cateter;

k) embeba gazes estéreis em clorexidina – solução degermante e depois solução alcoólica a 0,5%

l) faça a assepsia da ampola de lidocaína com álcool a 70%

m) durante a punção e a inserção do cateter, os pacientes que estiverem em ventilação mecânica deverão ter a ventilação interrompida;

n) ofereça o frasco da solução fisiológica 0,9% aberto para que ele o conecte ao equipo e preencha-o com a solução; Após a conexão do equipo ao cateter pelo médico, posicione o frasco da solução abaixo do nível do paciente, certificando-se do refluxo sanguíneo, assim que o médico abrir o sistema. eleve o frasco em seguida e regule a velocidade do fluxo;

o) abra e entregue o fio de sutura e a lâmina de bisturi ao médico, com técnica asséptica;

p) observe sinais de desconforto respiratório do paciente e observe presença de alterações (hematoma, edema ou sangramento) na região da inserção do cateter;

q) forneça ao médico a gaze e a fita micropore para o curativo oclusivo do local da inserção do cateter, com técnica asséptica;

- r) retire o paciente da posição de trendelenburg, mantenha-o em decúbito dorsal a zero grau por 30 min e oriente-o a manter-se nessa posição (se não houver contraindicações);
- s) retire os epi, higienize as mãos e recolha o material utilizado e deixe o ambiente em ordem;
- t) oriente o paciente quanto aos cuidados com o cateter durante sua movimentação e deambulação;
- u) encaminhe o material permanente para o expurgo e acondicione-o em local apropriado e descarte o resíduo e o material perfurocortante em recipiente adequado (sem desconectar a agulha da seringa);
- v) separe o avental e os campos usados e coloque-os no hamper;
- w) lave a bandeja com água e sabão, seque-a com papel-toalha e higienize-a com álcool a 70%;
- x) higienize as mãos e antes da infusão de medicamentos e soluções, providencie uma radiografia de controle com o pedido médico;
- y) após a certificação pelo médico da posição do cateter e autorização de uso, instale medicamentos e soluções prescritas;
- z) faça as anotações de enfermagem sobre a realização do procedimento, citando qualquer intercorrência.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Processamento de Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por cateter de curta permanência	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, SCIH, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	6° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	6° mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP, Diretoria de Enfermagem	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	6° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Implantação, manutenção e remoção de acesso venoso central por	Coordenador de Enfermagem, Enfermeiro Assistencial Diretoria Técnica, SCIH, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	7° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
cateter de curta permanência				
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP, NSP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	7º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	8º mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Integrado para a Gestão Sanitária da Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTS. Brasília:ANVISA; 2021.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº 05/2019. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília:ANVISA; 2019.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Incidentes relacionados à assistência à saúde. Resultados das notificações realizadas no Notivisa – módulo Assistência à Saúde - Brasil, junho de 2021 a maio de 2022. Brasília: ANVISA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/relatorios-de-notificacao-dos-estados/eventos-adversos/brasil/view>.

Brasil. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA Nº 04 / 2022 Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde. Brasília, 26 de julho de 2022.

Brasil. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2 abr 2013.

1.3.5.19. Terapia Nutricional Enteral Adulto e Pediátrico: Instalação, Administração da Dieta, Manutenção, Cuidados e Gestão de Intercorrências

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

O objetivo deste POP é definir os procedimentos de avaliação, instalação, manutenção da dieta, monitoramento nutricional e de prescrição dietética padronizados na unidade hospitalar, garantindo segurança nutricional ao usuário do sistema de saúde da unidade hospitalar. A assistência nutricional e dietoterápica é regulamentada pela Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, que estabelecem as atribuições para este serviço. A implementação deste POP dar-se pela equipe de nutrólogos e nutricionais do corpo assistencial.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenham pacientes internados ou em assistência contínua, que sejam elegíveis a terapia nutricional enteral adulto ou pediátrico, seja em áreas críticas ou não-críticas, como: Unidades de Internação, Pediátrica, Pronto Socorro, Obstetrícia, UTI Adulto e outros.

3.Recursos físicos e materiais necessários

Bomba infusora;

Equipo de alimentação de bomba infusora;

Luas de procedimento;

Seringa de 20 ml;

Frasco de alimentação enteral.

4. Atribuições de cada categoria profissional

Categoria Profissional	Atribuições
Médico	- Avaliação clínica e seguimento dos pacientes adultos, pediátricos e neonatais, elaboração de protocolos clínicos, organização de planejamento e execução didática junto aos demais colaboradores. - Responder a solicitação de parecer; - Desenvolver, rever e atualizar regularmente as diretrizes e procedimentos relativos aos pacientes e aos aspectos operacionais das TNs, divulgar, implantar e validar; - Desenvolver programas de educação continuada que envolvam o corpo clínico e as equipes multiprofissionais; - Estabelecer e participar de auditorias periódicas.
Nutrólogo	- Acompanhamento do paciente em dieta enteral - Avaliação da performance do paciente junto ao médico assistente
Nutricionista	- elaboração de protocolos clínicos relativos à administração de TN - avaliação de via de administração da TN - avaliação, seleção e dimensionamento quantitativo de insumos utilizados na TN - capacitação e atualização da equipe de enfermagem - organização de planejamento e execução didática junto a equipe multidisciplinar, realização de auditorias mensais e semestrais referentes à TN - administrar NE e NP, observando as recomendações das Boas Práticas de Administração - responder a solicitação de parecer - assessorar o estabelecimento, implantação e análise crítica dos indicadores de qualidade da TN - desenvolver e participar de programas de educação continuada - estabelecer e participar de auditorias periódicas - garantir os procedimentos de solicitação, orientar armazenamento e distribuição, das NE e das TNO; - manter arquivado os documentos de rastreabilidade e controle da TNE pelo tempo de orientação legal, em relação a entrega, acondicionamento, manipulação, distribuição e recolha.
Enfermeiro	- Seguimento dos pacientes adultos, pediátricos

Categoria Profissional	Atribuições
	- elaboração de protocolos clínicos relativos à administração de TN - avaliação de via de administração da TN - avaliação, seleção e dimensionamento quantitativo de insumos utilizados na TN - capacitação e atualização da equipe de enfermagem - organização de planejamento e execução didática junto a equipe multidisciplinar, realização de auditorias mensais e semestrais referentes à TN - administrar NE, observando as recomendações das Boas Práticas de Administração - responder a solicitação de parecer - assessorar o estabelecimento, implantação e análise crítica dos indicadores de qualidade da TN - desenvolver e participar de programas de educação continuada - estabelecer e participar de auditorias periódicas
Farmacêutico	➤ Funções Principais: avaliação da fármaco-compatibilidade da nutrição enteral; ➤ Adquirir, armazenar e distribuir, criteriosamente, NE industrializada, em relação a essa última, quando estas atribuições, por razões técnicas e ou operacionais, não forem de responsabilidade do nutricionista. (farmácia disse que não faz esse processo); ➤ Assessorar o estabelecimento, implantação e análise crítica dos indicadores de qualidade da TN; ➤ Desenvolver e participar de programas de educação continuada; ➤ Estabelecer e participar de auditorias periódicas.
Assistente Social	Funções Principais: Identificar fatores sociais, econômicos, culturais e familiares que possam interferir na adesão e continuidade da terapia nutricional (oral, enteral ou parenteral), além de avaliar condições socioeconômicas que possam impactar no acesso a insumos, medicamentos, dietas ou equipamentos necessários para o tratamento.

5. Atividades:

Definição

A assistência nutricional e dietoterápica consiste no acompanhamento nutricional e dietoterápico prestado por nutricionista com vista à promoção, preservação e recuperação da saúde do

indivíduo ou da coletividade que compreende as fases de avaliação, diagnóstico, intervenção, monitoramento/aferição dos resultados e reavaliação (Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018).

Ainda de acordo com a Resolução do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) nº 600, de fevereiro de 2018, no âmbito hospitalar, compete ao nutricionista, no exercício de suas atribuições em Nutrição Clínica:

- ✓ prestar assistência nutricional e dietoterápica; promover educação nutricional;
- ✓ prescrever suplementos nutricionais;
- ✓ solicitar exames laboratoriais;
- ✓ prestar assistência e treinamento especializado em alimentação e nutrição a coletividades e indivíduos, sadios e enfermos, e deve desenvolver as seguintes atividades obrigatórias, como:
estabelecer e executar protocolos técnicos do serviço, segundo níveis de assistência nutricional, de acordo com a legislação vigente;
- ✓ elaborar o diagnóstico de nutrição, elaborar a prescrição dietética, com base nas diretrizes do diagnóstico de nutrição e considerando as interações drogas/nutrientes e nutrientes/nutrientes;
- ✓ registrar em prontuário dos clientes/pacientes/usuários a prescrição dietética e a evolução nutricional, de acordo com protocolos preestabelecidos pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND); realizar orientação nutricional na alta dos clientes/pacientes/usuários, estendendo-a aos cuidadores, familiares ou responsáveis, quando couber;
- ✓ orientar e supervisionar a distribuição de dietas orais e enterais, verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta;
- ✓ interagir com nutricionistas responsáveis pela produção de refeições, definindo procedimentos em parceria;
- ✓ e como atividades complementares:
solicitar exames laboratoriais necessários ao acompanhamento dietoterápico, de acordo com protocolos preestabelecidos pela Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
- ✓ prescrever suplementos nutricionais, bem como alimentos para fins especiais e fitoterápicos, em conformidade com a legislação vigente, quando necessário;
- ✓ interagir com a equipe multiprofissional, definindo com esta, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.

Sobre critérios para Prescrição Dietética na área de Nutrição Clínica, a Resolução CFN nº 304, de 26 de dezembro de 2003: compete ao nutricionista a prescrição dietética, como parte da

assistência hospitalar; a prescrição dietética deve ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional; compete ao nutricionista elaborar o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos; o registro da prescrição dietética deve constar no prontuário do cliente-paciente, de acordo com os protocolos pré-estabelecidos ou aceitos pelas unidades ou serviços de atenção nutricional, devendo conter data, Valor Energético Total (VET), consistência, macro e micronutrientes mais importantes para o caso clínico, fracionamento, assinatura seguida de carimbo, número e região da inscrição no CRN do nutricionista responsável pela prescrição; o registro da evolução nutricional deve constar no prontuário do cliente/paciente, de acordo com os protocolos pré-estabelecidos, devendo conter alteração da ingestão alimentar, avaliação da tolerância digestiva, exame físico, antropometria, capacidade funcional e avaliação bioquímica. A prescrição dietética, deverá: considerar o cliente-paciente globalmente, respeitando suas condições clínicas, individuais, sócio-econômicas, culturais e religiosas; considerar diagnósticos, laudos e pareceres dos demais membros da equipe multiprofissional, definindo com estes, sempre que pertinente, os procedimentos complementares à prescrição dietética.

A Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018 e a Resolução CFN nº 304, de 26 de dezembro de 2003, trazem as seguintes definições:

- Alimentos para Fins Especiais – são alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais se introduzem modificações no conteúdo de nutrientes adequados à utilização em dietas diferenciadas e/ou opcionais, atendendo necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas;
- Alteração da Ingestão Alimentar – item da anamnese alimentar em que o paciente relata se houve ou não alteração no seu Padrão de Consumo Alimentar, de forma não intencional. Se houver alteração da ingestão alimentar a mesma será avaliada tanto em relação à duração quanto ao tipo de modificação, a saber: alteração de quantidade, alteração de consistência, alteração de composição (exclusão de leite, carnes, gordura adicional, etc.), jejum total ou parcial;
- Antropometria – consiste na medição dos diversos compartimentos corporais, através da verificação de dados que inclui peso, altura, pregas cutâneas e circunferência dos membros, sendo que o grau de perda não intencional de peso é considerado o melhor elemento preditivo de risco nutricional, conforme OMS – 1995;
- Avaliação Bioquímica – com base em dados laboratoriais recentes e conforme protocolo pré-estabelecidos;
- Avaliação da Tolerância Digestiva – item da anamnese alimentar em que o paciente confirma ou não a presença de distúrbios gastrointestinais (disfagias, odinofagia, anorexia,

náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, constipação, etc.). Se for confirmada a presença destes distúrbios, os mesmos serão avaliados conforme duração, intensidade e frequência;

- **Avaliação do Estado Nutricional** – é a análise de dados diretos (fisiológicos, clínicos, bioquímicos, antropométricos, outros métodos reconhecidos pelo Sistema CFN/CRN e doenças preexistentes) e indiretos (consumo alimentar, condições socioeconômicas e disponibilidade de alimentos, entre outros) que têm como conclusão o diagnóstico de nutrição do indivíduo ou de uma população;
- **Capacidade Funcional** – item considerado de extrema importância, pois avalia as modificações funcionais que possam ocorrer juntamente com as alterações antropométricas e dietéticas. A presença ou não de alterações funcionais modificam o risco nutricional. O paciente relata se houve ou não modificações em suas atividades diárias. Se confirmada a alteração, esta será avaliada conforme duração e intensidade.
- **Diagnóstico de Nutrição** – identificação e determinação do estado nutricional do cliente/paciente/usuário, elaborado com base na avaliação do estado nutricional e durante o acompanhamento individualizado;
- **Exame Físico** – realizado de forma sumária, utilizando a palpação e a inspeção. Tem como objetivo a avaliação subjetiva da perda de gordura, massa muscular e presença de líquido no espaço extracelular (edema tornozelo, sacral e ascite), além dos sinais de deficiência de nutrientes que possam chamar a atenção.
- **Grande Refeição** – refeição com 30% a 40% do Valor Energético Total (VET) diário;
- **Pequena Refeição** – refeição com 15% a 20% do Valor Energético Total (VET) diário;
- **Hábitos Alimentares** – conjunto de hábitos envolvendo alimentos e preparações, de uso cotidiano por pessoas ou grupos populacionais, em que há forte influência da cultura, religiosidade, tabus alimentares, tradições de comunidades ou de povos e ainda influência da mídia;
- **Necessidades Nutricionais Específicas** – quantidade de energia e de nutrientes biodisponíveis nos alimentos que um indivíduo sadio ou enfermo deve ingerir para satisfazer suas necessidades fisiológicas e prevenir sintomas de deficiências, ou para recuperar um estado de saúde em que a nutrição se torna fator principal ou coadjuvante do tratamento;
- **Prescrição Dietética** – atividade privativa do nutricionista que compõe a assistência prestada aos clientes/pacientes/usuários em ambiente hospitalar, ambulatorial, consultório ou em domicílio que envolve o plano alimentar, devendo ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico de nutrição, devendo conter data, Valor Energético Total (VET), consistência, macro e micronutrientes, fracionamento, assinatura seguida de carimbo, número e

região da inscrição no Conselho Regional de Nutricionistas (CRN) do nutricionista responsável pela prescrição;

- Protocolo Técnico – conjunto de procedimentos técnicos do nutricionista, destinado à assistência nutricional de pacientes/clientes/usuários, adequado à Serviço de Nutrição e Dietética (SND) e devidamente aprovado pela instituição;
- Recomendações Nutricionais – quantidade de nutrientes necessários para satisfazer as necessidades de 97,5% dos indivíduos de uma população sadia;
- Risco Nutricional – condição do estado nutricional que se caracteriza pela vulnerabilidade de desenvolvimento de doenças associadas à nutrição;
- Serviço de Nutrição e Dietética (SND) – unidade gerencial onde são desenvolvidas todas as atividades técnico-administrativas necessárias para a assistência nutricional aos clientes/pacientes/usuários;
- Terapia Nutricional (TN) – conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio da nutrição parenteral ou enteral;
- Triagem de Risco Nutricional – processo de identificação das características associadas ao risco nutricional, por meio de protocolos específicos, determinando as prioridades de assistência;

Triagem nutricional

É um processo para identificar indivíduos desnutridos ou em risco de desnutrição para determinar se a avaliação nutricional é indicada. Assim, a triagem nutricional representa o gatilho inicial desse processo, uma vez que os fatores de risco incluídos nessas ferramentas são preditores da desnutrição. A triagem nutricional deve ser feita à admissão hospitalar por profissional de saúde treinado e utilizando ferramentas validadas. O nutricionista é, em geral, o responsável pela triagem nutricional na maioria dos hospitais. A triagem nutricional deve ser registrada nos prontuários dos pacientes em até 24h após a admissão hospitalar. Quando o risco nutricional é identificado, preconiza-se realizar a avaliação nutricional.

Avaliação nutricional

A avaliação nutricional é, em geral, atividade do nutricionista. Devem ser submetidos à avaliação nutricional os pacientes em risco nutricional. A avaliação nutricional é um processo amplo e pode envolver vários aspectos, mas quando se tem a finalidade de avaliar a desnutrição, podem ser utilizadas ferramentas mais tradicionais a exemplo da Avaliação Nutricional Subjetiva Global.

Avaliação nutricional subjetiva global

É um método de fácil execução, de baixo custo e que pode ser aplicada em adultos e idosos. Esta avaliação envolve questionários com parâmetros de história e exame físico funcional, identifica desnutridos com aumento de risco de complicações e foi validada em vários cenários, populações e estados de doença. Seu resultado depende de uma avaliação clínica e aspectos da história do paciente com característica subjetiva, por esse motivo recomenda-se avaliador especialista, experiente e bem treinado.

Avaliação antropométrica

A antropometria, caracterizada pela mensuração do corpo humano ou de suas partes, inclui medidas de peso, altura e circunferências de membros. Apresenta as vantagens de ser não invasiva, de fácil execução, baixo custo e alta confiabilidade. Entretanto, sofre interferência em sua acurácia em situações limítrofes do estado nutricional, na presença de ascite ou edema e padronização e manutenção periódica dos equipamentos utilizados.

Serão utilizados os seguintes itens:

Peso Aferido

Peso Referido

Peso Ideal

IMC (relação de peso/altura)

Estatura

A estatura pode ser aferida por dois métodos direto ou indireto. O método direto utiliza a balança de peso corpóreo com haste graduada, para tomada da altura, fita métrica ou estadiômetro, posicionar o paciente em pé, descalço, com os braços estendidos ao lado do corpo, com os calcanhares juntos e as costas retas.

Altura do joelho (*Chumlea et al., 1985*)

O método indireto é comumente utilizado para pacientes acamados e sem amputação de pé ou de membros inferiores utilizando-se a Estimativa da Altura pela altura do joelho, na qual o paciente deve estar posicionado em decúbito dorsal horizontal e com o joelho flexionado em um ângulo de 90°, utilizando uma fita métrica mede-se o comprimento entre o calcanhar e a superfície do joelho, a altura então é obtida através da seguinte equação:

$$\text{Homem: } [(2,02 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,04 \times \text{idade (anos)}) + 64,19]$$

$$\text{Mulher: } [(1,83 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,24 \times \text{idade (anos)}) + 84,88]$$

Peso

É a medida antropométrica mais utilizada na prática clínica, porém apresenta algumas limitações na aferição, como por exemplo, se o paciente for acamado, impossibilitado de ficar em pé, esta medida não poderá ser realizada, para isto existem métodos de aferição, são eles:

Peso aferido: Corresponde ao peso aferido no momento da avaliação. Deve ser obtido em uma balança calibrada. O paciente deve estar descalço e com roupas leves, preferencialmente pela manhã após a micção.

Peso referido: É considerado habitual quando o indivíduo está consciente, exercendo suas atividades usuais. Útil como referência nas mudanças recentes de peso ou quando não há possibilidade de se medir o peso atual.

Peso ideal (PI): Em casos de restrição total ao leito ou na presença de edema, a aferição de pregas cutâneas e de circunferências musculares pode também ser de difícil mensuração e validação. O método indireto para cálculo de peso ideal é contemplando o IMC médio, que para adultos pode ser considerado 22 kg/m² e para idosos, 24,5 kg/m². É utilizado para calcular as necessidades calórico-proteicas.

Percentual de perda de peso (%PP):

De acordo com novas recomendações, foram propostos dois cortes para perda de peso não intencional: > 5% nos últimos 3 meses para doenças agudas, ou > 10% do peso referido (tempo indefinido) em condições crônicas.

$$\% \text{ Perda de peso} = \frac{\text{Peso Referido} - \text{Peso Aferido} \times 100}{\text{Peso Referido}}$$

Tempo	Perda significativa de peso (%)	Perda grave de peso (%)	Grau
1 semana	1 – 2	>2	Leve <10%
1 mês	5	>5	Moderada 10-20%
3 meses	7,5	>7,5	Grave >20%
6 meses	10	>10	

Índice de massa corpórea (IMC)

É a relação entre o peso e altura, muito utilizada para a verificação do estado nutricional, proposta pela WHO (1998):

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso atual (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

IMC (kg/m²)	Estado Nutricional
<16	Desnutrição grau III
16-16,99	Desnutrição grau II
17-18,49	Desnutrição grau I
18,5-24,99	Eutrofia
25-29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidade grau I
35-39,99	Obesidade grau II
≥40	Obesidade grau III

Classificação do estado nutricional de idosos pelo IMC, proposta pela LIPSHITZ, *Screening for Nutritional status in the elderly*, (1994):

IMC (kg/m ²)	Estado Nutricional
< 22,0	Baixo peso
22,0 – 24,0	Risco de Déficit
24,0 – 27,0	Eutrofia
> 27,0	Sobrepeso

Circunferência do braço (CB):

Representa a soma das áreas constituídas pelos tecidos ósseos, muscular e gorduroso do braço. Localizar o ponto médio do braço, entre o ombro e o cotovelo, o braço deve estar flexionado em direção ao tórax. Para se classificar o estado nutricional utilizando o CB, deve-se calcular o percentual de adequação dessa medida por meio da comparação do resultado obtido na avaliação do paciente com os valores de referência, de acordo com o sexo.

$$\%CB \text{ (cm)} = \frac{CB}{CB \text{ padrão}} \times 100$$

CB	Desnutrição			Eutrofia	Sobrepeso	Obesidade
	Grave	Moderado	Leve			
	<70%	70-80%	80-90%	90-100%	110-120%	>120%

Circunferência da panturrilha (CP)

Consiste em uma medida antropométrica de fácil aplicação para avaliação da reserva/perda muscular e sarcopenia. Em posição supina ou sentado com joelho flexionado em ângulo de 90°. Medir na parte mais proeminente da panturrilha, sem comprimi-la. Sugerem-se como ponto de corte para caracterizar depleção muscular valores de CP ≤34 para homens e ≤33 para mulheres.

Estimativa das necessidades nutricionais

As necessidades nutricionais de cada usuário são calculadas durante a admissão nutricional, de acordo com a patologia e necessidade calórico-proteica. As necessidades calóricas são estimadas por meio da Fórmula de Bolso, através da kcal/kg/dia e injúria/indicação patológica, segundo os dados da Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. Neste sentido, indica-se, em geral, entre 25 e 30 kcal/kg de peso atual (exceção para pacientes obesos que devem ter o peso corrigido para o ideal), ou:

Sugestões de meta energética, baseadas na regra de bolso.		
Pacientes na Enfermaria	Fase inicial	25 a 30 kcal/kg
	Fase de recuperação	30 a 40 kcal/kg
Pacientes na UTI	Fase Inicial	20 a 25 kcal/kg
	Fase de Recuperação	25 a 30 kcal/kg

Observação: Risco de Síndrome de Realimentação – iniciar com 15 kcal/kg

Necessidades protéicas

Ainda conforme os dados da Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar, as necessidades proteicas variam de acordo com o “stress” metabólico, sendo mais altas quanto maior for o grau de stress:

Sugestões de meta proteica, baseadas na regra de bolso		
Pacientes na Enfermaria	Baixo catabolismo	1,0 a 1,2 g/kg
	Moderado catabolismo	1,2 a 1,5 g/kg
	Alto catabolismo	1,5 a 2,0 g/kg
	Doença Renal Crônica sem evento catabólico agudo	0,8 a 1,2 g/kg
Pacientes na UTI	Sem Terapia Renal Substitutiva Contínua	1,2 a 2,0 g/kg
	Em Terapia Renal Substitutiva Contínua	2,0 a 2,5 g/kg
	Obeso grau 1 e 2	2 g/kg peso ideal
	Obeso grau 3	2,5 g/kg peso ideal

Crítérios para classificação segundo o nível de assistência nutricional

A classificação dos níveis de assistência possibilita o estabelecimento de condutas dietoterápicas uniformes, seguras e de fácil compreensão. Para a equipe multidisciplinar, há

facilidade de obtenção de dados nutricionais relativos ao paciente, bem como conhecimento da atuação do nutricionista. E para a instituição, é possível mensurar o atendimento de forma quantitativa e qualitativa de assistência em nutrição, obtendo-se maior controle administrativo do processo, além de possibilitar ganho de produtividade.

Após realizar a triagem de risco nutricional e a avaliação nutricional subjetiva global, podemos classificar o usuário segundo os níveis de assistência nutricional.

NÍVEL	DESCRIÇÃO	CONDUTA
PRIMÁRIO	Recebem este atendimento pacientes cuja doença de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos e inexistam fatores de risco nutricional associados. O paciente será mantido em acompanhamento primário quando não apresentar risco nutricional na avaliação inicial. Terá tratamento dietoterápico individualizado caso apresente aversões ou intolerâncias alimentares.	Programação de retorno em até 7 dias.
SECUNDÁRIO	Recebem este atendimento pacientes cuja a doença de base ou problema apresentado não exija cuidados dietoterápicos específicos, mas existam fatores de risco nutricionais associados; ou pacientes cuja doença de base exija cuidados dietoterápicos específicos e inexistam fatores de risco nutricional.	Mediante Risco Nutricional realizar acompanhamento conforme Ficha de Acompanhamento Nutricional a cada 7 dias. Programação de retorno em até 72 horas
TERCIÁRIO	Recebem este atendimento pacientes cuja doença de base exija cuidados dietoterápicos especializados e com fatores de risco nutricionais associados.	Realizar acompanhamento conforme Ficha de Acompanhamento Nutricional a cada 7 dias. Visita nutricional diária.

Prescrição dietética

O CFN, na Resolução no 304/2003 de 25/02/2003, estabelece critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica, onde: “Compete ao nutricionista à prescrição dietética, como parte da assistência hospitalar, ambulatorial, em consultório de nutrição e dietética e em domicílio”. A prescrição dietética deve ser elaborada com base nas diretrizes estabelecidas no diagnóstico nutricional. Compete ao nutricionista elaborar o diagnóstico nutricional com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos. O registro da prescrição dietética deve constar no prontuário do paciente, devendo conter data, Valor Energético Total (VET),

consistência, macro e micronutrientes mais importantes para o caso clínico, fracionamento, assinatura seguida de carimbo.

A prescrição dietética difere da prescrição médica da dieta. Esta última é um conjunto de informações ordenadas e documentadas em prontuário médico, correspondente ao plano de tratamento, direcionado a cada cliente. Neste conjunto, a prescrição da dieta constitui geralmente o primeiro item da prescrição médica, em caráter genérico. Ex: dieta para diabetes, dieta para a idade, dieta para insuficiência renal, dieta hipocalórica, entre outras. Já a prescrição dietética é mais abrangente e sua realização, constitui atividade privativa do nutricionista. É a tradução da prescrição da dieta, de modo a atender às necessidades do cliente, como parte geral do tratamento proposto.

Avaliação da ingestão alimentar

O grande desafio da nutrição hospitalar é encontrar maneiras objetivas de mensurar a ingestão calórica dos pacientes, onde o aconselhamento nutricional oral promoveu ganho de peso, melhor qualidade de vida e bem-estar funcional, ressaltando a importância do cuidado e da monitorização da ingestão alimentar dos pacientes. O paciente internado requer atenção redobrada quanto a ingestão alimentar, bem como o monitoramento da perda de apetite. Devem ser considerados o hábito alimentar, influenciados pela cultura e pelo ambiente em que vive, sua história de vida. Destaca-se a importância de observar o estado do aparelho digestório e a presença de sintomas associados à patologia. A dieta hospitalar deve fornecer todos os nutrientes essenciais, além de se aproximar ao máximo da alimentação habitual do indivíduo. Devem ser observadas: mastigação; deglutição; presença de xerostomia; condição de dentição ou prótese dentária, principalmente em idosos; dificuldade para alimentar-se sozinho. O acompanhamento da aceitação alimentar dos pacientes por meio do registro do percentual da aceitação alimentar, se dará da seguinte forma:

- Será registrado em Aceitação de Macro refeições pelos copeiros o consumo alimentar da dieta via oral nas macro refeições (almoço ou jantar);
- Em caso de baixa ingestão, caberá ao nutricionista avaliar as causas da baixa aceitação alimentar, seguir com recordatório alimentar, e realizar o cálculo da ingestão alimentar do usuário, após definir conduta nutricional.

Indicação para terapia nutricional

De acordo com os resultados, definir a indicação/prescrição de TNO, TNE, TNP como demonstrado no fluxo a seguir:

- Usuário previamente desnutrido ou com risco nutricional ou com demanda metabólica aumentada ou sarcopênicos ou com lesão de pele ou oncológicos ou em preparo pré-operatório ou com aceitação oral menor que 60%, indicar suplementação oral.

- Se paciente com dieta oral e com suplementação oral apresentar aceitação menor que 60% em 3 dias, indicar terapia nutricional enteral.

- Se paciente tiver impossibilidade de utilização do trato gastrointestinal, principalmente com risco de desnutrição ou desnutrido indicar nutrição parenteral precocemente. Se paciente sem risco nutricional, pode-se aguardar até 7 dias para a indicação da nutrição parenteral.

Formulações e indicações das terapias nutricionais

As fórmulas podem ser classificadas de acordo com a densidade energética, podendo ser baixa (inferior a 0,9 kcal/ml), normal (0,9-1,2 kcal/ml) e alta (superior a 1,2 kcal/ml); de acordo com a complexidade dos nutrientes, podendo ser polimérica (proteína intactas), oligomérica (proteínas hidrolisadas, superior a 50% do teor de proteína no produto), monomérica (somente aminoácidos livres); e, de acordo com a quantidade de proteína hipoproteica (inferior a 10% do valor energético total), normoproteica (maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total) e hiperproteica (igual ou superior a 20% do valor energético total).

Serão utilizadas as seguintes formulações:

1. IMPACT 1.5

-Indicação: para cicatrização de feridas gerais e situações de pré e pós-operatório.

-Definição: fórmula enteral à base de peptídeos com arginina, nucleotídeos e ácidos graxos ω -3. Hipercalórica e hiperproteica.

-Características Técnicas: possui validade de 48 horas após conexão; fonte protéica com 88% de caseína hidrolisada obtida do leite e 18% L-arginina; fonte de carboidratos com 86% maltodextrina e 14% amido de milho; fonte lipídica com 50% de TCM, 26% de óleo de peixe, 22% de óleo de soja e 2% de lecitina de soja. Relação caloria não protéica/gN: 77:1. Osmolalidade: 510mOsm/kg de água; apresentação sistema fechado de 1 litro e UltraPack. Sem sabor. Lactose: 0g/100ml. Sacarose: 0g/100ml. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 38% de lipídeos, 25% de proteína e 37% de carboidratos.

2. NOVASOURCE SENIOR

-Indicação: manutenção ou recuperação do estado nutricional de usuários que necessitem de um maior aporte proteico.

-Definição: fórmula enteral, normocalórica e hiperproteica.

-Características Técnicas: possui validade de 36 horas após conexão; fonte proteica com 88% de caseinato de cálcio e sódio obtido do leite de vaca e 12% proteína de soja; fonte de carboidratos com 100% maltodextrina; fonte lipídica com 9% de TCM, 41% de óleo de girassol, 39% de óleo de canola, 6% de lecitina de soja e 5% de mono e diglicerídeos de ácidos graxos.

Relação caloria não proteica/gN: 95:1. Osmolalidade: 391mOsm/kg de água; apresentação em sistema fechado de 1 litro. Sabor artificial de baunilha. Fonte de fibras com 0g/L. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 34% de lipídeos, 21% de proteína e 45% de carboidratos.

3. PEPTAMEN INTENSE

-Indicação: para pacientes críticos com intolerância gastrointestinal e/ou com dificuldade na absorção da proteína intacta, que necessitem de altas quantidades de proteínas e menores de carboidratos.

-Definição: formula enteral à base de peptídeos. Hiperproteica e normocalórica.

-Características Técnicas: possui validade de 48 horas após conexão; fonte proteica com 100% de proteína do soro do leite hidrolisada; fonte de carboidratos com 87% maltodextrina e 13% de amido; fonte lipídica com 55% de tcm, 23% de óleo de peixe, 11% de óleo de cártamo, 6% de lecitina de soja e 5% de óleo de soja. Relação caloria não proteica/gN: 43:1. Osmolalidade: 345mOsm/kg de água; apresentação em sistema fechado Ultrapsck de 1 litro. Sem sabor. Lactose e Sacarose: 0g/100ml. Fonte de fibras com 5,4g/L, 70% FOS e 30% de inulina. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 34% de lipídeos, 37% de proteína e 29% de carboidratos.

4. NOVASOURCE HI PROTEIN

-Indicação: usuários que necessitem de nutrição com maior aporte calórico e proteico.

-Definição: fórmula enteral hipercalórica e hiperproteica.

-Características Técnicas: possui validade de 36 horas após conexão; fonte proteica com 100% de caseinato de sódio e cálcio obtivo do leite de vaca; fonte de carboidratos com 100% maltodextrina; fonte lipídica com 24% de TCM, 53% de óleo de canola, 20% de óleo de soja e 3% de lecitina de soja. Relação caloria não proteica/gN: 99:1. Osmolalidade: 375mOsm/kg de água; apresentação em sistema fechado de 1 litro. Sabor artificial de baunilha. Lactose e Sacarose: 0g/100ml. Fonte de fibras com 8g/L, 50% de fibra de soja e 50% goma guar parcialmente hidrolisada. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 48% de lipídeos, 20% de proteína e 32% de carboidratos.

5. NOVASOURCE PROLINE

-Indicação: problemas de cicatrização no geral como lesões por pressão, lesões crônicas, pé diabético, etc.

-Definição: fórmula enteral hiperproteica, com arginina e prolina. Com alto teor de zinco, selênio, vitaminas A, E e C. Sem adição de sacarose.

-Características Técnicas: fonte proteica com 39% de caseinato de cálcio obtivo do leite de vaca, 23% proteína de soja, 19% proteína concentrada do soro do leite, 14% L-arginina, 5% L-prolina; fonte de carboidratos com 39% maltodextrina, 31% amido de tapioca e 30% xarope de milho; fonte lipídica com 50% de óleo de canola, 44% de óleo de soja e 6% de lecitina de soja. Relação caloria não proteica/gN: 61:1. Osmolalidade: 728mOsm/kg de água; apresentação em tetra slim 200 mL. Sabor artificial de baunilha. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 24% de lipídeos, 29% de proteína e 47% de carboidratos.

6. FIBER MAIS FLORA

-Indicação: auxiliar o equilíbrio da flora intestinal de indivíduos a partir de 04 anos de idade em situações de diarreia e disbiose.

-Definição: traz os benefícios funcionais do probióticos *Lactobacillus reuteri* (1×10^8 UFC) em uma combinação exclusiva de fibras solúveis.

-Características Técnicas: probiótico *Lactobacillus reuteri* 1×10^8 UFC com fonte de fibras com 4 gramas por sachê, 60% goma guar parcialmente hidrolisada e 40% de inulina. Não contém glúten, não tem sabor e apresenta traços de leite.

7. FRESUBIN PROTEIN ENERGY

-Indicação: necessidade proteica e calórica elevada: desnutrição proteica, idosos com fratura de fêmur e cirurgia ortopédica, cicatrização e HIV/AIDS sem complicações.

-Definição: suplemento hipercalórico e hiperproteico.

-Características Técnicas: fonte proteica com 80% de caseinato e 20% de proteína do soro do leite; fonte de carboidratos com 51,6% maltodextrina e 56,4% de sacarose; fonte lipídica com 66% de óleo de girassol e 34% de óleo de canola. Relação caloria não proteica/gN: 70:1. Osmolaridade: 390mOsm/l de água; apresentação em EasyBottle de 200ml. Sabor artificial de baunilha, chocolate, abacaxi, cappuccino e morango.

-Distribuição Energética: 40% de lipídeos, 27% de proteína e 33% de carboidratos.

8. NUTREN SENIOR PRONTO PARA BEBER

-Indicação: criado especialmente para atender às necessidades nutricionais de usuários idosos, ou que necessitem de auxílio na manutenção de ossos e músculos, podendo ser uma opção para dietas com restrição de açúcares e lactose.

-Definição: combinação exclusiva de cálcio, proteína e vitamina D. Sem adição de açúcares e zero lactose. Pronto para beber é prático e fácil de incluir na rotina.

-Características Técnicas: fonte proteica com 90% de caseinato de cálcio e sódio obtido do leite de vaca e 10% proteína de soja; fonte de carboidratos com 40% maltodextrina e 46% de amido de tapioca; fonte lipídica com 93% de óleo de canola e 7% de lecitina de soja; apresentação em tetra slim de 200ml. Sabor mix de frutas e chocolate. Não contém glúten.

-Distribuição Energética: 30% de lipídeos, 33% de proteína e 37% de carboidratos.

Instrumento de triagem nutricional para pediatria

O STRONG KIDS (Screening Tool for Risk Of Nutritional status and Growth, foi desenvolvido para crianças com idade de 1 mês a 18 anos e classifica o risco nutricional em três categorias: risco alto, médio e baixo.

Tabela 2. Triagem Nutricional STRONG KIDS.

STRONG Kids – Screening Tools for Risk Of Nutritional and Growth

Nome: _____ D.N: _____ Data: _____ Clínica: _____ D. Adm: _____

Sexo: M () F () Diagnóstico: _____

Parte 1. Perguntas a serem respondidas pelo profissional de saúde:

- A criança apresenta algum sinal que sugere estado nutricional precário (avaliado por avaliação clínica subjetiva)*?
- () Sim = 01 ponto () Não = 00 pontos
- Existe alguma doença com risco de desnutrição ou previsão de cirurgia de grande porte?
- () Sim = 02 pontos () Não = 00 pontos

Parte 2. Perguntas a serem questionadas ao cuidador da criança:

- Alguma destas situações está presente ?
- () Diarreia excessiva (> 5 episódios/dia) e/ou vômitos (> 3 episódios/dia)
- () Redução da ingestão oral nos últimos 5 dias
- () Intervenção nutricional pré-existente
- () Ingestão oral insuficiente por dor
- Sim = 01 ponto () Não = 00 pontos
- Ocorreu perda ou ganho de peso insuficiente (em crianças menores de 1 ano) durante a última semana ou mês?
- () Sim = 1 ponto () Não = 00 pontos

Escore total = _____ Classificação: () Alto risco: 4-5 pontos

() Médio risco: 1-3 pontos

() Baixo risco: 0 ponto

Guia de utilização

• Quando realizar a triagem do risco de desnutrição?

A triagem nutricional deve ser realizada pelo nutricionista no momento da admissão nutricional. Em caso de transferência entre enfermaria e UTI, a triagem deve ser repetida pelo enfermeiro que recebe o paciente.

• Quais crianças devem ser submetidas à triagem do risco de desnutrição?

Todas as crianças internadas, com idade até 18 anos, com exceção daquelas com previsão do tempo de internação menor de 2 dias.

Terapia nutricional enteral por sonda

Indicações e contraindicações

Definições

A terapia de nutrição enteral (TNE), regulamentada pela Resolução RDC 63 de 6 de julho 2000 da ANVISA, é definida como “o conjunto de medidas terapêuticas para manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio de nutrição enteral (NE)”. A NE é definida por esta resolução como um “alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, de composição definida ou estimada, especialmente formulada para utilização por sonda ou por via oral”. A NE por sonda é utilizada para completar ou substituir a alimentação via oral em pacientes que apresentam o trato gastrointestinal (TGI) íntegro ou parcialmente íntegro e funcional.

Indicações

De forma geral, a nutrição enteral é indicada em duas situações:

- ✓ Previsão de ingestão oral de alimentos insuficiente, por mais de 7 dias, na ausência de quadro de desnutrição;
- ✓ Presença ou iminência de desnutrição proteico-calórica.

Indicações específicas:

- ✓ Adequação do aporte nutricional às demandas metabólicas;
- ✓ Impossibilidade ou contra-indicação à ingestão VO;
- ✓ Distúrbios de deglutição;
- ✓ Doenças que impeçam o uso habitual de alimentação (neurológicas, psiquiátricas, neoplasias, traumas, inflamatórias, pré e pós-operatórias e suas complicações, entre outras).

Contraindicações

Contraindicações absolutas

- ✓ Obstrução intestinal completa ou parcial ou Íleo paralítico;
- ✓ Síndrome do intestino curto (SIC) fase inicial de reabilitação da cirurgia ou ressecção maciça;
- ✓ Vômitos incoercíveis/ hiperêmese gravídica (dificuldade de manter a sonda posicionada);
- ✓ Fístula digestiva de alto débito (>500mL/24h) dependendo do nível da fístula;
- ✓ Hemorragia digestiva (intervenção rápida – realização de exames que precisam de jejum);
- ✓ Isquemia do TGI.
- ✓ Inflamação do TGI – pancreatites e enterites graves (actínica ou por quimioterapia)
- ✓ Instabilidade hemodinâmica;

A Terapia Nutricional deve ser interrompida ou não iniciada em pacientes que apresentem instabilidade hemodinâmica. Nesse contexto, é imprescindível a observação que se segue:

Incompatíveis com TN:

- ✓ PAM <65mmHg;
- ✓ Drogas vasoativas em ascensão ou Norepinefrina com doses acima de 0,5mcg/kg/min ou equivalentes;
- ✓ Lactato elevado ou em rápida ascensão (principalmente se concomitante ao início da alimentação);
- ✓ Hipoxemia descompensada, hipercapnia ou acidose grave;
- ✓ Acianose em extremidades;

Escolha da fórmula enteral

A escolha da fórmula deve ser norteadada pela avaliação nutricional, padrão bioquímico e hemodinâmico do paciente, diagnósticos secundários, dias de internação e alterações gastrointestinais apresentadas pelo paciente, sendo estas, consequentes do uso de medicações ou não. Para a escolha da fórmula, é importante levar em consideração:

Fornecimento de Calorias

Hipocalóricas: inferior a 0,9 kcal/ml;

Normocalóricas: maior ou igual a 0,9 kcal/ml e menor ou igual a 1,2 kcal/ml;

Hipercalóricas: superior a 1,2 kcal/ml.

Quantidade de proteína

Hipoprotéica: inferior a 10% do valor energético total;

Normoprotéica: maior ou igual a 10% e menor que 20% do valor energético total;

Hiperprotéica: igual ou superior a 20% do valor energético total;

Complexidade dos nutrientes

Polimérica: nutrientes íntegros;

Oligomérica/Semielementar: nutrientes parcialmente hidrolisados;

Hidrolisada/Elementar: nutrientes totalmente hidrolisados

Presença ou ausência de elementos específicos: Lactose, glúten, sacarose, fibras.

Osmolalidade

Hipotônica: 280-300mOsm/kg de água;

Isotônica: 300-350mOsm/kg de água;

Levemente hipertônica: 350-550mOsm/kg de água;

Hipertônica: 550-750mOsm/kg de água;

Acentuadamente hipertônica: maior que 750mOsm/kg de água;

No caso de intolerâncias gastrointestinais (diarreia, distensão abdominal, êmese), após investigação das causas e aplicação dos protocolos (ajuste de medicações, alterar forma de infusão, redução do volume), as fórmulas oligoméricas podem ser uma opção. As fórmulas poliméricas devem ser as fórmulas de primeira escolha.

Tipos de Sonda e Ostomias

Sondas Nasoenterais

Utilizamos sondas de polietileno, nos diâmetros de 8 a 12 French ("Dubbohoff"). A administração por sondas de calibres maiores não é indicada, pelo risco de regurgitação e microaspirações, além de outras complicações mecânicas. A posição da sonda pode ser gástrica, duodenal ou jejunal. Não há contraindicação de se iniciar a administração da dieta se a sonda está em posição gástrica desde que não haja contraindicações para tal, e desde que sejam respeitados os cuidados orientados durante a administração da mesma. A posição duodenal pode ser desejável se houver gastroparesia, ou grande risco de microaspiração. A posição jejunal está indicada na TNE em pacientes com pancreatite, devendo ser usada uma fórmula elementar ou semi-elementar; exige sonda específica e passagem endoscópica da mesma.

Ostomias

Indica-se classicamente a realização de uma ostomia para alimentação enteral (artesanal) por questões mecânicas envolvendo o Trato Gastrointestinal alto, ou se existe uma previsão de utilização desta via por tempo indeterminado ou mais de 6 semanas.

Segurança na administração de NE

Medidas para prevenção da Pneumonia Aspirativa

✓ Decúbito elevado (> 30 - 45°):

- Não administrar dieta enteral por cateter em paciente que deve permanecer em decúbito 0°.
- Para infundir a dieta, a posição proclive pode ser utilizada, mantendo a cama inclinada e alinhada (ex: trauma raquidiano instável com mobilização em bloco). No entanto, não se dispõe, atualmente, de estudos confirmando que

este posicionamento diminui o risco de bronca aspiração em relação a posição supina em 0°.

- A posição preferencial da criança durante a infusão de NE é o decúbito lateral direito, com elevação de 30 a 45°, pois esta posição favorece o esvaziamento gástrico.
- Interromper a administração da NE durante procedimentos necessitando que o paciente permaneça em decúbito horizontal por tempo prolongado e em caso de vômitos ou regurgitações.
- Com infusão contínua em bomba de infusão, não é necessário desligar a bomba para:
 - ✓ Abaixar a cabeceira por um procedimento rápido, como medida de pressão venosa central ou troca da roupa de cama.
 - ✓ Realizar aspiração pelo tubo traqueal ou pela cânula de traqueostomia
 - ✓ Verificação do posicionamento da sonda;
 - ✓ Administração contínua em bomba de infusão na presença de risco ou sinais de intolerância;
 - ✓ Otimização da higiene oral;
 - ✓ Monitorização da tolerância à NE;
 - ✓ Administração jejunal quando indicada;
 - ✓ Reavaliar sedação e analgesia com opióides (prescrição médica);
 - ✓ Utilizar agentes procinéticos (prescrição médica).

Precauções em situações especiais

Ventilação mecânica não invasiva (VNI):

- ✓ A nutrição enteral é um fator de risco para complicações em vias aéreas, durante a VNI. Estudos ainda são necessários para estabelecer recomendações.
- ✓ No nosso serviço, a conduta é: suspender a NE durante a aplicação de VNI, independentemente do tipo de máscara utilizada.

Ventilação mecânica em posição prona

A nutrição enteral pode ser mantida, em bomba de infusão, com gotejamento lento, quando bem tolerada.

- ✓ Antes de pronar o paciente, avaliar o mesmo em relação à distensão abdominal, posicionamento da sonda e residual gástrico.
- ✓ Manter a inclinação da cama (posição proclive).

PREVENÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO ACIDENTAL EM VIA VENOSA

- Utilizar apenas os equipos específicos para dieta;
- Utilizar dosadores orais para administrar água ou medicamento pela sonda;
- Utilizar bombas de infusão exclusivas de NE;
- Organizar as linhas de infusão.
- Evitar a utilização de adaptadores que permitem conectar linhas venosas e enterais.

Administração da dieta e manutenção

Descrever detalhadamente as atividades a serem desenvolvidas

- a) Lavar as mãos;
- b) Reunir o material em uma bandeja;
- c) Conferir o nome do paciente na pulseira de identificação e placa do leito;
- d) Garantir a privacidade do paciente;
- e) Explicar o procedimento;
- f) Calçar as luvas de procedimento;
- g) Conectar o frasco de dieta ao equipo, retirando o ar da extensor;
- h) Pendurar o frasco no suporte de soro em uma altura que permita a descida da dieta;
- i) Colocar o paciente na posição de Fowler (45°), evitando assim o risco de broncoaspiração;
- j) Conectar o equipo a sonda, mas antes higienizar a ponta da sonda com gaze e álcool a 70%;
- k) Conectar o equipo a sonda, administrar por gotejamento, por gravidade, ou por Bomba de Infusão contínua - BIC, segundo a prescrição médica;
- l) Controlar o gotejamento/vazão conforme prescrição médica;
- m) Manter a permeabilidade do cateter gástrico/enteral, injetando 20 mL de água com uma seringa, antes e após a administração de medicamentos e dieta, evitando assim interações físico-químicas que podem ocasionar a obstrução do cateter;
- n) Administrar água, após administração da dieta conforme prescrição médica; o) Deixar o paciente em posição de Fowler, de 45° a 90° por 30 minutos depois do término da infusão da dieta;
- p) Desprezar os materiais, utilizando lixos adequados;
- q) Tirar EPIS e lavar as mãos;
- r) Realizar as anotações de enfermagem no sistema informatizado.

Gestão de Intercorrências

Condutas em casos de distúrbios gastrintestinais

Definições

Intolerância gástrica

- Refluxo esofágico: passagem de conteúdo gástrico para o esôfago;
- Regurgitação: passagem, sem ocorrência de esforço, de conteúdo gástrico para a orofaringe;
- Vômito: passagem de conteúdo gástrico para a orofaringe, associada ao peristaltismo retrógrado e contrações da musculatura abdominal;
- Atraso do esvaziamento gástrico: aumento do volume residual gástrico.

Diarreia

- Ocorrência de três ou mais evacuações líquidas ou semilíquidas em moderada a grande quantidade em 24 horas (Paciente adulto).

Tipos de diarreia:

- Secretora (Diferença osmótica $< 50 \text{ mOsm/L}$ *);
- Osmótica (Diferença osmótica $> 150 \text{ mOsm/L}$ *);
- Inflamatória (Diferença osmótica $= (290 \text{ mOsm/L}) - 2([\text{Na}^+] + [\text{K}^+])$; $[\text{Na}^+]$ e $[\text{K}^+]$ fecal.

Constipação:

- É desejável que o paciente evacue de três em três dias aproximadamente.
- A constipação pode ser relacionada a uma dieta pobre em fibras, à desidratação, à diminuição da peristaltismo abdominal, a medicamentos que diminuem o peristaltismo.

A presença de pequenas evacuações sujando a fralda de forma contínua, pode ser relacionada à presença de fecaloma.

Condutas

Avaliar o paciente

- Posicionamento: elevação da cabeceira em no mínimo 30° ;
- Exame físico (distensão abdominal, RHA);
- Identificar possível causa de náusea e vômitos não relacionada à NE, como presença de cateteres e sondas, tosse;

- Em caso de intolerância gástrica: monitorar o volume residual gástrico (VRG) e avaliar controle glicêmico;
- Verificar a utilização de sedação e analgesia que podem diminuir o peristaltismo e provocar atraso do esvaziamento gástrico;
- Verificar a utilização de medicamentos que afetam a flora intestinal;
- Verificar a osmolaridade de medicamentos administrados pela sonda enteral;
- Possibilidade de infecção;
- Hipoalbuminemia;
- Volume de NE e de água recebidas, a velocidade de infusão e a utilização de bomba de infusão;

Condutas do Enfermeiro

- Verificar o posicionamento do cateter para nutrição enteral.
- Atentar ao adequado registro de evacuações, vômitos e regurgitações;
- Em caso de cólicas, atentar a temperatura da dieta;
- Administração contínua em bomba de infusão;
- Posicionar o paciente de forma a favorecer o esvaziamento gástrico;
- Atentar a administração da água de hidratação prescrita (constipação);
- Em caso de distensão abdominal, VRG > 250ml, refluxo ou regurgitação, suspender infusão de NE em um horário e reavaliar o paciente no horário seguinte;
- Comunicar médico e nutricionista;

Condutas do Nutricionista:

Considerar mudança de fórmula: sem sacarose e/ou lactose, hidrolisada, uso de TCM, uso de fibras.

- Fibras: 20 a 35g/dia ou 10 a 13g/1000kcal/dia;
- Idosos: 10 a 13g/1000kcal/dia;
- Sempre com aumento do aporte de água.

Controle do volume residual gástrico

O VRG é o volume do conteúdo gástrico num determinado momento, medido por aspiração ou drenagem da sonda de nutrição enteral, para avaliar o esvaziamento gástrico. O VRG constitui apenas um elemento da avaliação do paciente e não deve ser considerado isoladamente. Protocolos rígidos de controle podem ter como consequência a suspensão inadequada da NE,

contribuindo para a instalação de quadros de desnutrição. O controle rotineiro do VRG a cada frasco não é necessário, porém, no primeiro dia de nutrição enteral, durante a progressão do aporte e se o paciente apresentar outros sintomas de intolerância (regurgitações, vômitos, distensão abdominal, VRG aumentado em controles anteriores) ou piora clínica, o VRG deve ser considerado.

Em pacientes em Terapia Nutricional Enteral (TNE), o volume residual gástrico (VRG) deve ser monitorado junto com sinais clínicos de intolerância gástrica, tais como:

- ☐ Distensão abdominal;
- ☐ Vômitos ou regurgitação;
- ☐ Náuseas;
- ☐ Desconforto ou dor abdominal;
- ☐ Ausência ou redução dos ruídos intestinais.

Esses sinais, combinados com a aferição do VRG, ajudam a identificar intolerância à nutrição enteral e o risco de complicações como broncoaspiração. Em geral, o VRG elevado associado a esses sinais indica a necessidade de reavaliação da terapia, podendo levar a ajustes na velocidade da infusão ou à suspensão temporária da dieta enteral.

A ASPEN recomenda avaliar VRG a cada 6 horas ou antes de cada infusão em nutrição intermitente, considerando volumes superiores a 200-500 ml como indicativos de risco, principalmente se acompanhados dos sinais clínicos acima.

Portanto, o monitoramento clínico deve incluir não apenas o VRG, mas também estes sintomas e sinais para uma abordagem integrada e segura na gestão da TNE.

Paciente adulto

Valor crítico considerado neste serviço: 300mL.

- VRG $\leq$ 300mL: manter/progredir a NE.
- VRG > 300mL: avaliar o paciente em dois controles sequenciais (intervalo de 6 horas) e verificar outros sinais de intolerância.
- VRG > 500mL: suspender a NE e reavaliar o paciente posteriormente.

Evitar que o paciente permaneça em jejum desnecessário e por tempo prolongado.

Paciente pediátrico

O volume crítico considerado corresponde a 50% do último frasco administrado ou a duas vezes a taxa de infusão horária. A conduta deverá ser definida com o médico responsável.

Outras complicações da NE

- Mecânicas: otite, sinusite, necrose de asa de nariz, etc.;
- Metabólicas.

Resultados Esperados

- Alimentação adequada e balanceada ao cliente em uso de nutrição enteral;
- Nutrição adequada ao paciente incapacitado de fazê-lo de forma ideal.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Processamento da Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências.	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, EMTN, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	7º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	7º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP, Diretoria de Enfermagem, EMTN	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	7º mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Implementar procedimento operacional padrão da Terapia nutricional enteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências.	Coordenador de Enfermagem, Enfermeiro Assistencial Diretoria Técnica, EMTN, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	8º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação Eficácia do treinamento	In loco	8º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP Avaliadores Internos, EMTN	– Checklist cronograma visita acompanhamento do POP	e In loco	9º mês

7. Notas importantes

Em caso de dietas contínuas, interromper administração de NE, lavar com 20ml de água a cada 6h ou a cada administração de medicamentos;

Caso o paciente apresente cianose, tosse continua ou dispneia interrompa imediatamente administração da dieta e avalie o posicionamento da SNE.

8. Referências

BRUNNER & SUDDARTH: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.13 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

McCowen KC, Friel C, Stenberg J, ET AL. Hypocaloric total parenteral nutrition: Effectiveness in prevention of hyperglycemia and infectious complications. A randomized clinical trial. Crit Care

Med.Nov;28(11):3606-11,2000.

GordonS. Doig; FionaSimpson; Simoon Finfer; et al. Effect of Evidence-Based Feeding Guidelines

onMortality of Critically Ill Adults: A Cluster RandomizedControlledTrial. JAMA 2008;300 (23):2731-2741.

Griffiths RD, AllenKD, Andrews FJ, Jones C. Infection, multiple organfailure, and survival in the intensive

care unit: influence of glutamine-supplemented parenteral nutrition onacquired infection.

Nutrition2002;18 (7-8):546-52.

1.3.5.20. *Terapia Nutricional Parenteral Adulto e Pediátrico: Instalação, Administração da Dieta, Manutenção, Cuidados e Gestão de Intercorrências*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

O objetivo deste POP é definir os procedimentos de avaliação, instalação, manutenção da dieta, monitoramento nutricional e de prescrição dietética padronizados na unidade hospitalar, garantindo segurança nutricional ao usuário do sistema de saúde da unidade hospitalar. A assistência nutricional e dietoterápica é regulamentada pela Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018, que estabelecem as atribuições para este serviço. A implementação deste POP dar-se pela equipe de nutrólogos e nutricionais do corpo assistencial.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenham pacientes internados ou em assistência contínua, que sejam elegíveis a terapia nutricional parenteral adulto ou pediátrico, seja em áreas críticas ou não-críticas, como: Unidades de Internação, Pediátrica, Pronto Socorro, Obstetrícia, UTI Adulto e outros.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- Bomba de infusão;
- Bolsa de dieta à temperatura ambiente;
- Equipo de dieta parenteral adequado ao tipo de bomba;
- Luvas estéreis;
- Pacote de compressas de gaze estéril e álcool a 70%;
- Saco para resíduos;
- Seringa de 20 mL;

- Ampola de SF 0,9% (10 mL);
- Equipamentos de proteção individual (EPI).

4. Atribuições de cada categoria profissional

Médico:

Prescrever a NP e monitorar a resposta clínica/nutricional.

Farmacêutico:

Liberar a NP conforme prescrição médica.

Enfermeiro (atividade exclusiva):

Avaliar condições clínicas e do acesso venoso antes da administração, realizar toda a técnica de infusão da NP, desde a conferência até o descarte, registrar a administração e intercorrências, realizar o manejo do cateter venoso e interações com equipe multiprofissional.

5. Atividades:

Portaria no 271/ms/snvs. Abril 1998: "Solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídeos, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico, destinada a administração endovenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou a manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas".

Quando iniciar a NPT - nutrição parenteral

- Nos pacientes previamente saudáveis, sem desnutrição o uso da NPT deve ser reservado e iniciado somente após sete dias, quando a Nutrição Enteral (NE) não é possível ou no máximo após 3 a 5 dias de jejum.
- Na evidência de desnutrição na admissão, quando a NE não é factível a NPT deverá ser iniciada assim que for possível após estabilização hemodinâmica.
- Em cirurgias de grande porte acometendo o sistema digestivo (gastrectomia, esofagectomia, colectomia, pancreatectomia e etc.), em pacientes com evidências de desnutrição e risco nutricional grave quando existe, pelo menos, um destes itens: Perda de peso >10% em seis meses; IMC <18,5 kg/m²; Avaliação Global Subjetiva = C; ou Albumina sérica <3 g/dl, a NPT deverá ser iniciada 7 a 14 dias no pré-operatório e continuada no pós-operatório até a viabilidade do tubo digestivo;
- Incapacidade de absorção de nutrientes pela via digestiva; (Filho e col 2013);
- Vômitos intratáveis em hiperêmese gravídica (persistentes por 5 a 7 dias sem possibilidade de TNE) ou pacientes em QT;

- Diarreia grave: DII, Síndrome de má absorção, SIC, enterite actínica;
- Mucosite/esofagite em pacientes em QT;
- Íleo: Grandes cirurgias abdominais, trauma grave, isquemia mesentérica;
- Obstrução do TGI: Neoplasia, aderências, mal formações do TGI;
- Fistula entérica de alto débito (> 500ml/dia) e impossibilidade de se passar sonda nasoentérica além da fistula ou em fistula enterocutânea; (Filho e col 2013);
- Ascite quilosa ou quilotorax: quando a nutrição enteral com baixo teor de gordura não leva a diminuição do débito; (Filho e col 2013).

Quando contraindicar ou adiar NPT

- Trato gastrointestinal funcionante;
- Estados hiperosmolares causados por hiperglicemias > 500 mg/dl associados a hipernatremias de difícil controle. Aguardar a compensação do distúrbio metabólico antes de iniciar a NPT;
- Potássio sérico < 2,5mEq/L, fosforo < 2,0 mg/dl. A NPT pode precipitar arritmias graves ou alterações neurológicas pela piora da hipocalcemia e hipofosfatemia respectivamente (Síndrome da Realimentação);
- Aguardar a correção dos eletrólitos, antes de iniciar a NPT;
- Cloro >115mEq/L ou <85mEq/l;
- Acidose metabólica ou alcalose metabólica. Investigar a causa do distúrbio metabólico e tratar a causa antes de iniciar a NPT;
- Ureia>100 mg/dl. Definir a causa da insuficiência renal ou pré-renal. Tratamento dialítico ou clínico que definira a escolha da solução da NPT;
- Anúria sem diálise;
- Instabilidade hemodinâmica, que pode ser caracterizado como: aumento de lactato, necessidade de expansão volêmica e fluidos, Norepinefrina maior que 0,4 mcg/kg/min (ou dose em ascensão), Dobutamina maior que 10mcg/kg/min (ou dose em ascensão) e Vasopressina qualquer dose;
- Fase aguda do trauma;
- Edema Agudo de Pulmão;
- Infarto Agudo de Miocárdio;
- Impossibilidade de acesso venoso profundo ou riscos associados a sua instalação;

- Considerações éticas e legais (recusado Paciente).

Via de acesso para NPT

- Acesso venoso central será necessário para a maioria dos candidatos a NPT. Em algumas situações a NPT poderá ser administrada por acesso venoso periférico, desde que se utilizem soluções com baixa osmolaridade (<850 mOsm/L) e por um período curto (menor que 5 a 7 dias);
- O tempo de duração da NPT determina o cateter que poderá ser usado: uso por curto tempo (<1mes), uso por tempo médio (1-3 meses) e uso por tempo prolongado (>3meses);
- Uso por curto tempo: cateter venoso central não tunelizado ou cateter venoso central de inserção periférica (PICC) ou cateter venoso periférico;
- Uso por tempo médio: cateter venoso central tunelizado, cateter venoso central totalmente implantável, PICCs;
- Uso por tempo prolongado: Cateter venoso central semi-implantável ou tunelizado, cateter venoso central totalmente implantável ou portocath;
- Recomenda-se a troca do acesso venoso a cada 96 horas.
- Uso por tempo prolongado: Cateter venoso central semi-implantavel ou tunelizado, cateter venoso central totalmente implantavel ou portocath;
- Recomenda-se a troca do acesso venoso a cada 96 horas.

Escolha da veia de acesso

Acessar documento institucional.

Quanto ofertar

As necessidades calóricas podem ser calculadas por equações preditivas (Mifflin-St, Harris-Benedict), formula simples (ou de bolso) e método dinâmico (calorimetria indireta).

Pela praticidade utilizamos formulas simples, indicadas pelo DITEN, ASPEN e ESPEN.

Equações Preditivas

Equacao de Mifflin-St

Homens: $GEB = 10 \times \text{peso(kg)} + 6,25 \times \text{altura(cm)} - 5 \times \text{idade(anos)} + 5$

Mulheres: $GEB = 10 \times \text{peso(kg)} + 6,25 \times \text{altura(cm)} - 5 \times \text{idade(anos)} - 161$

Equação de Harris-Benedict

Homens: $GEB = 66,5 + 13,8 \times \text{peso(kg)} + 5 \times \text{altura(cm)} - 6,8 \times \text{idade(anos)}$

Mulheres: $GEB = 655,1 + 9,5 \times \text{peso(kg)} + 1,8 \times \text{altura(cm)} - 4,7 \times \text{idade(anos)}$

Formulas Simples (bolso)

Na fase aguda da doença a oferta de 20 a 30kcal/kg/dia é suficiente. A oferta de proteína varia de 1,2 a 2,0 g/kg/dia e pode ser maior em pacientes muito catabólicos como queimados, sépticos e politraumatizados.

DITEN (2011) Recomenda-se a oferta de 20 a 25 kcal/kg/dia a pacientes graves, respeitando a tolerância.

(Grau de recomendação – B).

ASPEN (2009) 25-30 Kcal/kg/dia. Se o paciente estiver fazendo uso de propofol, este deve ser computado no total de calorias.

ESPEN (2006) Fase inicial/aguda: 20-25 Kcal/Kg/dia.

Fase de recuperação: 25-30 Kcal/Kg/dia. (Grau de recomendação – C).

Em pacientes graves com catabolismo acentuado é indicado medir a excreção de nitrogênio urinário para realizar o balanço nitrogenado (ex: pacientes com fistulas digestivas de alto débito).

Fase de recuperação é indicado a administração de 25-30 Kcal/Kg/dia. (Grau de recomendação – C).

Em pacientes graves com catabolismo acentuado é indicado medir a excreção de nitrogênio urinário para realizar o balanço nitrogenado (ex: pacientes com fistulas digestivas de alto débito).

Quando indicar a NPT como suplemento da NE

- Se não for possível fornecer as necessidades calóricas (60% da meta) após 3 a 5 dias por via enteral exclusiva, considerar a NPT suplementar;
- Em pacientes com má absorção ou Síndrome de Intestino Curto a NPT deverá ser sempre suplemento da NE.

O que ofertar

Proteína: Aminoácidos cristalinos essenciais e não essenciais. Recomenda-se uma relação de 1 g de nitrogênio

para 120-150 Kcal não nitrogenadas. Soluções com relação menor que 120 devem ser restritas em situações especiais e indicada por um especialista.

Carboidratos: Glicose monoidratada geralmente a 50%. Recomenda-se não passar de 5 mg/kg/min de oferta de glicose para evitar complicações metabólicas hepáticas.

Lípidios: As emulsões lipídicas devem ser parte integrante da NPT como fonte de energia e ácidos graxos essenciais. As emulsões lipídicas TCM/TCL e as de Óleo de oliva são bem toleradas e seguras quando administradas de 0,7 a 1,5 g/kg/dia, a dose máxima e 2g/Kg/dia.

Eletrólitos:

Calcio 10-15mEq/dia.

Magnésio 8-20mEq/dia. (diverge do outro protocolo Magnésio 12 – 24 mEq) Magnésio 8 a 16 mEq/dia.

Fosfato 20-40mmol/dia. (diverge do outro protocolo fosforo 7 – 10 mEq/1000 Kcal) Fosfato 20 a 40mmol/dia

Sódio 1 a 2 mEq/kg/dia. (diverge do outro protocolo Sódio: 80 – 136 mEq) Sódio 1 a 2 mEq/kg/dia (ou 5 a 40 mEq/dia).

Potássio 1-2 mEq/Kg/dia. (diverge do outro protocolo Potássio: 70 – 110 mEq) Potássio 40 a 100mEq/dia.

* Podem ser alterados devido as variações pertinentes ao quadro clínico (ex: hepatopata diminuir Na⁺; nefropata diminuir K⁺ e P; desnutrido em recuperação aumentar K⁺, Mg⁺⁺ e P e diminuir Na⁺; se > 2 semanas.

* Compatibilidade de Ca⁺⁺ com P avaliar a possibilidade de precipitados insolúveis em solução. Limite recomendável: (P) X (Ca) < 250 mEq/L. Quanto menor a concentração de aminoácidos e glicose menor a solubilidade Ca e P, deve ser adicionado por último na solução.

Vitaminas: A 3300U/dia. Vitamina D 200mcg/dia. Vitamina E 10 mg/dia. Vitamina B1 6 mg/dia. Vitamina B2 3,6 mg/dia. Vitamina B3 40 mg/dia. Vitamina B5 15 mg/dia. Vitamina B6 6 mg/dia. Vitamina B12 5mcg/dia. Vitamina C 200 mg/dia. Biotina 60mcg/dia. Ácido fólico 600 mcg/dia. Vitamina K 150mcg/dia.

Oligoelementos (elementos traço): Zinco 2,5-5mg/dia. Cobre 0,3-0,5mg/dia. Cromo 10-15mcg/dia. Manganês 60-100mcg/dia. Selênio 20-60mcg/dia. Ferro não adicionado de rotina.

Importante:

Necessidade Hídrica: não adicionar solução cristaloide em complemento a nutrição parenteral. A seguir segue quadros de sugestões de necessidade de oligoelementos e micronutrientes:

Necessidade Calórica:

	Paciente Crítico	Paciente Estável
Geral - UTI	20 – 25kcal/kg/d	25 – 30kcal/kg/d
Realimentação	15 – 20kcal/kg/d	20 – 25kcal/kg/d
Obesidade peso ideal	22 – 25kcal/kg/d	22 – 25kcal/kg/d

Diten 2011; Aspen 2004.

Necessidade de Carboidrato:

	Paciente Crítico	Paciente Estável
VCT (%)	40-60 %	40-60 %
VIG ou TIG	4 – 5mg/kg/min	Até 7mg/kg/min

Aspen,2004.

Necessidade Lipídica:

Lip	Paciente Crítico	Paciente Estável
g/kg/dia	0.4 – 1.0	< 2.5
VCT (%)	20 – 30%	20 – 40%

Aspen 2009

Micronutrientes:

Eletrólitos	DITEN (2011)
Cálcio	10 – 15 mEq/dia
Magnésio	8 – 20 mEq/dia
Fosfato	20 - 40 mEq/dia
Sódio	1 - 2 mEq/kg
Potássio	1 - 2 mEq/kg

Diten,2011.

Recomendação de Vitaminas:

Vitaminas		Vitaminas	
A	3.300 UI/ dia	B 3 – Niacina	40 mg/dia
D	200 UI/dia	B 5 – Ác. Pantotênico	15 mg/dia
E	10 UI/dia	B 6 - Piridoxina	6 mg/dia
K	150 mcg/dia	B 7 - Biotina	60 mcg/dia
C	200 mg/dia	B 9 - Folato	600 mcg/dia
B 1 – Tiamina	6 mg/dia	B 12 -Cianocobalamina	5 mcg/dia
B 2 - Riboflavina	3,6 mg/dia		

Aspen. 2012

Recomendação de Oligoelementos:

Oligoelementos	ASPEN 2012
Zn (zinco)	2,5 – 5mg/dia
Cu (Cobre)	0,3 – 0,5mg/dia
Mn (manganês)	0,06 – 0,1mg/dia
Cr (cromo)	10 – 15mcg/dia

Aspen 2012.

Situações especiais

- Terapia Intensiva: Iniciar a NPT até 3 dias de internação na impossibilidade de uso da NE, após estabilização do quadro clínico. Mudar gradativamente para NE conforme a tolerância a dieta enteral.

- Geriatria: Idosos com ingesta insuficiente até 3 dias, quando a NE ou a via oral forem inviáveis.
- Pancreatite Aguda: Nas formas graves quando existe falência intestinal ou a NE é impossibilitada por síndrome compartimental ou fistula pancreática. A NPT Deverá ser iniciada apos ressuscitação volêmica e estabilidade hemodinâmica. Monitorar os níveis séricos de triglicérides que não devem passar de 500mg/dl.
- Pancreatite crônica: Em casos de fistulas pancreáticas complexas ou síndrome de estenose pilórica por compressão.
- Cirrose hepática: Em situações de alto risco de broncoaspiração. No pós-operatório de transplante hepático a NPT e a segunda opção.
- Falência hepática aguda: Na impossibilidade de NE ou via oral em até 3 dias.
- Doença inflamatória intestinal: Quando ha contraindicação a NE ou via oral como: megacólon toxico, fistulas, obstrução intestinal, perfuração intestinal ou intolerância a NE. Pacientes com indicação cirúrgica e com certo grau de desnutrição deverão fazer NPT no pré (5 a 7 dias antes) e pós-operatório.
- Insuficiência Renal Aguda: Comparável com pacientes de UTI. Oferta proteica de 0,9 a 1,7 g/kg/dia dependendo do grau de catabolismo. Pacientes submetidos a tratamento dialítico com catabolismo moderado devem receber 1,0 a 1,5 g de proteína/Kg/dia. Pacientes com catabolismo importante devem receber 1,7 g de proteína/Kg/dia. A dialise promove perdas de vitaminas hidrossolúveis e oligoelementos: Vitamina C 30-60g, Vitamina B6 (Piridoxina) 10-20mg, Acido Fólico 1 mg.
- Insuficiência Renal Crônica: A NPT está indicada em situações de estresse metabólico grave como grandes cirurgias quando não existe a possibilidade de usar a NE. A oferta proteica e igual que na Insuficiência renal aguda.

Prescrição da Nutrição Parenteral

O médico assistente pode solicitar interconsulta com a Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN) por meio do sistema, fornecendo dados clínicos, laboratoriais e antropométricos coletados pela equipe de nutrição clínica. A EMTN responderá à solicitação em até 24 horas, emitindo parecer com orientações quantitativas e qualitativas para a prescrição da nutrição parenteral.

O médico prescritor deve preencher a ficha de Nutrição Parenteral Periférica (NPP), incluindo a vazão e a composição da dieta padrão conforme as recomendações da EMTN.

Em situações de urgência, podem ser utilizadas bolsas de nutrição parenteral pré-fabricadas, solicitadas diretamente na prescrição médica, enquanto a formulação individualizada não estiver

disponível. Para suporte nos cálculos dos macronutrientes e necessidades hídricas em casos emergenciais, recomenda-se o uso da calculadora online disponível em <https://clincalc.com/TPN/Macronutrients.aspx>.

Para a administração de bolsas padronizadas, deve ser preenchida ficha específica contendo informações sobre a vazão, que será ajustada para infusão contínua por bomba de infusão.

NOME:				LEITO:	DATA:
COMPONENTES	NP1	NP2	NP3	NP4	
ACESSO VENOSO	CENTRAL	CENTRAL	CENTRAL	PERIFÉRICO	
SOLUÇÃO AA 10% - Aminoven	35 g/140 Kcal 350ML	500ml	300ml	500ML	NP1 – indicado para iniciar em pacientes previamente hígidos adultos
Glicose 20%	-	-	-	300ml	
Glicose 50%	150g/510Kcal 300ml	300ml	300ml		NP2 – Indicado para pacientes hipercatabólicos adultos
Solução lipídeos 20%	40g/400 kcal 200ml	200ml	200ml	200ml	
Cloreto de Sódio 10%	17mmol/17meq 10 ml	10ml	10ml	10ml	NP3- Insuficiência renal não dialítica
Cloreto de potássio 10%	13,4mmol/13,4meq 10ml	10ml	10ml	10ml	

Gluconato de cálcio 10%	2,25mmol/4,5meq 10ml	10ml	10ml	10ml	NP4 – Acesso periférico em paciente adultos.
Fosfato de potássio 10% -2 Meq	10mmol de fosfato 10ml	10ml	10ml	10ml	
Sulfato de Magnésio 10%	8 mmol/16 meq 10 ml	10ml	10ml	10ml	
Oligoelementos- oligotrat Adulto	2 ml	2 ml	2 ml	2 ml	
Frutovitam	10ml	10ml	10ml	10ml	Ass. / Carimbo Médico
Volume total	912 ml	1062	862	1062	
Valor Calórico	1050 Kcal	1110 kcal	1030 kcal	804 Kcal	
Osmolaridade	1128,4	1365	1154	884	

PRESCRIÇÃO COMPLEMENTAR (Incluir na prescrição médica diária e solicitar exames)

☐ SG 5% 450 ML + Glicose 50% 55 ml IV50 ml/h (Na ausência de bolsa e 24 h após suspensão da NP) ☐ Glicemia capilar de 6/6 horas ☐ Insulina regular SC conforme glicemia capilar: 150-200=04 ui; 201-250=06 ui; 251-300=08ui	☐ Glicose 50% 40 ml se glicemia capilar< 70 ☐ EXAMES: Solicitar 2 vezes por semana (Hemograma, Na, K, Ca, Ur, Cr, P, Mg, TAP/RNI, triglicerídeos, Bilirrub. total e frações, ALT, AST, fosf alcalina, gama Gt, PCR)

REGISTRO DE INFUSÃO

ENFERMEIRO ASSINTENTE (Marcar fórmula prescrita e administrar conforme velocidade de infusão específica)	Data/ Hora de início:	Data/ Hora término:	
	Volume infundido:		
	Assinatura/Carimbo do Enfermeiro(a):		Assinatura/Carimbo do Enfermeiro(a):

AValiação DA PRESCRIÇÃO

Avaliação do farmacêutico(a):	Dupla Checagem do Enfermeiro(a):

Vazão inicial

DIETA NP1 : 1º dia 22ml/h NP2: 1º dia 26 ml/h NP3: 1º dia 30 ml/h

2º dia 30 ml/h 2º dia 30 ml/h 2º dia 37 ml/h

3º dia 38 ml/h 3º dia 36 ml/h 3º dia 44 ml/h

NP4: 1º dia 24ml/h

2º dia 36 ml/h

3º dia 44 ml/h

Observação: Sempre deve ser prescrito soro com glicose para uso se necessário em paciente em nutrição parenteral. Pois no caso de suspensão abrupta da nutrição deve-se manter aporte calórico com soro e glicose com intuito de evitar-se hipoglicemias severas.

Planejamento

Dá-se preferência ao uso de soluções calculadas de forma individualizada e diariamente, que propiciam melhor crescimento e menor risco de complicações metabólicas.

A redução da oferta de nutrição parenteral é feita de acordo com o aumento do volume de oferta de nutrição enteral. Sua interrupção ocorre quando ela representa apenas 25% do total de calorias fornecidas para o RN ou quando a nutrição enteral supre totalmente a oferta hídrica recomendada.

Paciente com síndrome realimentação pode ter bradycardia, por isso importante paciente em jejum prolongado está monitorizado e evitar iniciar NPP em ambientes de enfermarias.

Práticas Seguras

Idealmente, a administração de medicamentos injetáveis e outras soluções deve ocorrer em uma via separada da NP. No entanto, a realidade clínica muitas vezes apresenta limitações de acesso venoso, tornando a administração concomitante necessária. Nesses cenários, a Comissão de Terapia Nutricional do hospital e o farmacêutico clínico são figuras cruciais para orientar sobre as compatibilidades e as melhores práticas.

Em resumo, a hidratação suplementar pode ser feita pelo mesmo acesso venoso da dieta parenteral, desde que o acesso seja central e a compatibilidade das soluções tenha sido confirmada. A segurança e a prevenção de complicações são a prioridade, por isso, seguir os protocolos da instituição e consultar a equipe multidisciplinar é fundamental.

Cuidados na administração e controle clínico

- A terapia nutricional artificial é parte integrante do tratamento geral e específico de cada paciente e deve ser adequada a patologia, farmacologia e a todos os aspectos clínicos e cuidados básicos do tratamento.
- Incluem medidas clínicas, nutricionais e laboratoriais, que são aplicadas de forma contínua e rigorosa.

Monitorização clínica objetivos

Durante a doença aguda:

- Ganho e restauração da composição corporal e balanço nitrogenado positivo são metas irreais;
- Pode-se esperar um retardo nas perdas do tecido corporal;
- A NPT é associada a uma melhora funcional apesar de não mostrar ganho de massa corporal manifestada por uma melhor disposição, ganho de força muscular esquelética e respiratória e otimização da função imune.

Convalescença doença aguda

- Fase anabólica;

- Mantem o processo de retorno continuo da função orgânica além de promover restauração do tecido corporal perdido ainda que o tecido adiposo retorne mais rapidamente que o tecido muscular magro.

Durante doenças crônicas

- Após várias semanas de terapia nutricional adequada ocorre melhora funcional geral e algum ganho de massa corporal.

Cuidados na administração e controle clínico

Acessar documento institucional para preenchimento dos documentos.

Cuidados com o cateter venoso

- O período de utilização do cateter venoso está diretamente associado a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Avaliar no mínimo uma vez ao dia o sitio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto;
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sitio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;

Importante:

A prescrição deverá ser realizada até as 12 h;

Caso o item seja suspenso, o médico deverá acessar o sistema informatizado (PEP) e suspender o item imediatamente.

- Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva esteril a cada 24 horas e a troca com a cobertura esteril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, se sujidade, solta ou umida;
- Usar sempre técnica aséptica para realizar o curativo e/ou manipular a linha de infusão;
- A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando umida, solta, sujidade ou com a integridade comprometida. Manter técnica aséptica durante a troca do curativo de acordo com manual de boas práticas.
- O cateter deve ser de uso exclusivo para NPT (deve ser exclusivo a via do cateter);
- Não deve ser permitida coleta de amostras de sangue pela via da NPT, exceto nos casos de pesquisa de infecção relacionada ao dispositivo vascular;

- Evitar a utilização de torniquetes, extensores e oclusores.
- A troca do curativo com gaze deve ser realizada a cada 24h e filme transparente a cada 7 dias, se íntegro.

Controle clínico

- Sinais vitais, balanço hídrico, exame físico direcionado às funções orgânicas, peso e demais dados antropométricos.

Controle laboratorial

- Glicemia, eletrólitos (Na, K, Mg, P, Ca), proteína visceral (albumina, pré-albumina e transferrina), colesterol e triglicerídeos, função renal e hepática. Hemograma, dosagem de Vitamina B12 e Vitamina D, Selenio, Zinco e Cobre são exames úteis no acompanhamento do paciente em Terapia Nutricional Parenteral.

Controle funcional

- Dinamometria da mão (avalia a força muscular voluntária). Volume expiratório máximo, escores de qualidade de vida, de disposição física e de atividades cotidianas.

Monitorização da NPT

Parâmetro	Frequência (Fase estável)	Frequência (Fase instável)
Peso corpóreo	1 x semana	1 x semana
No sangue		
Eletrólitos; Na, K, Cl	48/48 hs	Diariamente
Cálcio, Fósforo, Magnésio		2x semana
Glicemia	Diariamente	Diariamente
Glicemia capilar (Diabéticos)	4/4 horas	Até 1/1 horas
Uréia plasmática	1x semana	3x semana
Proteína total e frações	1x semana	1x semana
Bilirrubina total e frações	1x semana	1x semana
Transaminases plasmáticas	1x semana	1x semana
Hemograma	1x semana	2x semana
Gasometria	A critério médico	A critério médico
Triglicérides	1x semana	1x dia se >500mg/dl
Vitaminas D, B12	1x semana a critério	

Cuidados com o cateter venoso

- O período de utilização do cateter venoso está diretamente associado à qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Avaliar no mínimo uma vez ao dia o sítio de inserção dos cateteres centrais, por inspeção visual e palpação sobre o curativo intacto;
- O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos. No cuidado específico com cateteres intravasculares, a higiene das mãos deverá ser realizada antes e após tocar o sítio de inserção do cateter, bem como antes e após a inserção, remoção, manipulação ou troca de curativo;
- Realizar a troca da cobertura com gaze e fita adesiva estéril a cada 24 horas e a troca com a cobertura estéril transparente a cada sete dias. Qualquer tipo de cobertura deve ser trocado imediatamente, se suja, solta ou úmida;
- Usar sempre técnica asséptica para realizar o curativo e/ou manipular a linha de infusão;
- A cobertura deve ser trocada imediatamente se houver suspeita de contaminação e sempre quando úmida, solta, suja ou com a integridade comprometida. Manter técnica asséptica durante a troca do curativo de acordo com manual de boas práticas.
- O cateter deve ser de uso exclusivo para NPT (deve ser exclusivo a via do cateter);
- Não deve ser permitida coleta de amostras de sangue pela via da NPT, exceto nos casos de pesquisa de infecção relacionada ao dispositivo vascular;
- Evitar a utilização de tornerinhas, extensores e oclusores.

Cuidados com nutrição parenteral prolongada

Apos 2 semanas:

- Vitamina K1 (kanakion 1ml = 10 mg IM): 5 mg (0,5ml) a cada 15 dias.

Apos 1 mes:

- Vit B12 (rubranova 1ml = 100 mcg IM): 100 mcg (1ml) a cada 15 dias;
- Mudar de Oligoelementos para solução de Oligoelementos Plus.

Monitorização de infecções/ complicações infecciosas

Acessar documento institucional pelo sistema estratégico através do ícone documentos.

Complicações mecânicas

Relacionadas à inserção do cateter.

Complicações metabólicas da NPT

- Distúrbios de sódio, potássio, fósforo, cálcio e magnésio;

Conduta: Monitorização dos níveis séricos. Rever a oferta do eletrólito alterado. Reposição segundo orientação terapêutica do eletrólito específico;

- Acidose metabólica hiperclorêmica. Cloro sérico $>115\text{mEq/L}$ e $\text{pH} \leq 7,30$;

Conduta: Reavaliar a oferta de Cloreto;

- Hipertrigliceridemia. Triglicerídeos $>500\text{ mg/dl}$ ou 150% acima do limite superior da referência laboratorial;

Conduta: Ajustar a dose da emulsão lipídica ou suspender a infusão de gordura;

- Hiperglicemia. Monitorização da glicemia capilar de acordo a esquemas propostos nas diferentes unidades;

Conduta: Manter a glicemia entre 150-200mg/dl;

- Deficiência de elementos traço (Ferro, Cobre, Zinco, Molibdênio, Selenio);²

Conduta: Controle clínico das deficiências destes elementos. Solicitar dosagem sérica quando houver suspeita de deficiência de determinado elemento;

- Deficiência de vitaminas: B1,B2,B6,B12, C, A, E, D, ácido fólico;

Conduta: Controle clínico da deficiência de determinada vitamina. Fornecer doses adequadas de suplementos vitamínicos por via separada a NPT;

- Deficiência de ácidos graxos essenciais;

Conduta: Fornecer lipídeos diariamente;

- Sobrecarga hídrica. Observar o peso diário do paciente. O aumento de 450 gramas ou mais por dia durante três dias consecutivos ou o aparecimento de edema deve alertar para reavaliar a função cardíaca e renal do paciente e também avaliar o volume de NPT ofertado;

- Síndrome de realimentação: Hipofosfatemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipovitaminose B1(tiamina). Deverá ser avaliada em pacientes desnutridos graves (anorexia nervosa, inanição, alcoolismo, obesidade mórbida com emagrecimento intenso, jejum prolongado) quando submetidos a NPT;

Conduta: Corrigir as alterações eletrolíticas antes de iniciar a NPT. Iniciar com 50% da meta calórica estipulada. Aumentar a oferta calórica lentamente durante uma semana. Suplementar vitaminas especialmente Tiamina de 50 a 350 mg/dia. Monitorizar os eletrólitos diariamente e repor de acordo com os níveis séricos;

- Doença hepática associada a NPT

Esteatose hepática.

Hepatomegalia e aumento das transaminases 2 a 3 vezes o valor de referência. Devida ao excesso de oferta de hidratos de carbono.

Colestase: mais comum em pacientes pediátricos e pode evoluir para cirrose hepática. Caracterizam-se por aumento da Fosfatase Alcalina, bilirrubinas e as vezes da GGT. Etiologia multifatorial.

Colelitíase e colecistite acalculosa. Estase biliar com desenvolvimento de lama ou litíase biliar.

Conduta: Evitar excesso de oferta calórica. Sempre utilizar misturas 3 em 1. Promover nutrição parenteral cíclica. Tentar nutrição oral ou enteral mesmo que os volumes sejam pequenos.

- Hipoglicemia: pela suspensão abrupta da NP, pelo excesso de infusão de insulina ou mudanças na secreção de insulina.
- Hiperalimentação: por administração excessiva de CHO, > que 40kcal/kg/dia. Sinais: Hiperglicemia, esteatose hepática, produção excessiva de CO₂.
- Doença óssea: associada a perda de cálcio ósseo, ao aumento sérico de fosfatase alcalina, hipercalcúria, dor óssea e fratura.

Atrofia do TGI: pela ausência de alimentos na luz intestinal.

* Considerar a introdução de NE ou oral precoce.

Como finalizar a administração de NPT

A suspensão da NPT deve estar relacionada a capacidade do paciente poder reiniciar a ingestão pela via oral ou enteral de nutrientes que se encontravam suspensos temporariamente. Suspender somente quando oferta nutricional por via alternativa atingir 60% das necessidades. O desmame da NPT deve ser progressivo, planejando ofertar metade do volume total no primeiro dia de desmame. No segundo dia suspender a NPP em

médica. O tempo de jejum definirá se o intestino está apto para absorver os diversos tipos de nutrientes. A NPP deverá ser retirada de forma lenta conforme a tolerância aos alimentos ingeridos.

O sucesso da reintrodução da alimentação oral ou enteral dependerá da habilidade da nutricionista de adequar misturas oligoméricas ou poliméricas e quantidades definidas de vitaminas minerais. Esse período de transição pode ser variável, pode ter sucesso ou insucesso, precisando em algumas circunstâncias voltar a infusão da NPP em volume pleno até uma nova avaliação.

Quando o paciente for realizar cirurgia e tiver indicação de suspensão da mesma, uma Solução de Glicose 10% (100ml glicose 50% + 400ml SF 0,9%) a ser infundido na mesma velocidade que a NPT e manter controle rigoroso de glicemia capilar e ou insulina endovenosa.

Considerações essenciais

A descontinuidade ou pausa da NP deve sempre ter respaldo do nutrólogo e do médico responsável;

A Infusão deve ser contínua e não deve ser interrompida para realização de exames, procedimentos e outros.

Diante da necessidade de interrupção da NP ou ao término da infusão da bolsa, manter acesso venoso com SG10% até reiniciar a terapia;

A administração deve durar 24 h e deve-se fazer o controle de trocas (já providenciando uma nova bolsa antes do término da bolsa atual);

O Enfermeiro é o responsável pela administração da NP e pela prescrição dos cuidados de enfermagem em nível hospitalar, ambulatorial e domiciliar (Portaria 272/98, parágrafo 5.6.1). A via de acesso deve ser exclusiva para tal finalidade. Caso o cateter tiver mais de um lúmen, a via da NP deverá ser identificada.

Monitoramento

O Monitoramento da TNP é realizado pela Equipe Multiprofissional

A Nutricionista monitora a TNP através da:

- Triagem Nutricional (NRS,2002);
- Avaliação Nutricional (de acordo com Manual de Assistência Nutricional);
- Exame físico (incluindo sinais vitais, sinais ou sintomas de excesso ou deficiência de nutrientes);
- Débito urinário, perdas gastrointestinais, etc;
- Variação do peso;
- Exames bioquímicos;
- Verificação da interação fármaco nutriente (analisar medicamentos em uso);
- Acompanhamento da tolerância gastrointestinal: frequência e consistência das fezes, presença de sangue nas fezes, dor ou distensão abdominal, vômitos, aspecto e quantidade do volume de resíduo gástrico e débito da ostomia;
- Considerando se ocorre a indicação de ostomia;
- Considerando as condições de associação de dieta via oral ou parenteral;
- Planejando o desmame, se for o caso;
- Algumas das ações descritas acima, são registradas pela nutricionista em prontuário eletrônico.

- Algumas das ações descritas acima, são registradas pelo enfermeiro ou auxiliar em prontuário eletrônico;

A Equipe de Enfermagem monitora a TNP através de:

A Enfermagem da EMTN, estendem além das descritas nas legislações. A assistência ao paciente em uso terapia Enteral e Parenteral é ampla e deve ser sistematizada, permitindo visualizar/acompanhar todo processo, desde a realização de prescrição médica até a finalização da terapia.

- Avaliação dos dispositivos e equipamentos para administração, procurando garantir segurança na manipulação das vias, menor desperdício e complicações e efetividade na infusão;
- Realizando monitoração através de visitas semanalmente;
- Triagem como exame físico, questionamento de hábitos alimentares, variação de peso recentemente, sintomas gastrointestinais e capacidade funcional;
- Acompanhamento de sinais e sintomas e queixas;
- Avaliação após parecer;
- Percentual de sonda nas enteral para nutrição;
- Percentual perda do cateter nasoenteral;
- Percentual de diarreia em uso de nutrição;
- Percentual de perda do cateter Central, em uso nutrição Parenteral.

A Nutricionista da EMTN e a Supervisão de Nutrição Assistencial monitoram a terapia nutricional através de alguns indicadores de qualidade:

- Percentual de pacientes triados nutricionalmente;
- Percentual de pacientes triados nutricionalmente em TNO infante juvenil e adulto;
- Percentual de pacientes triados nutricionalmente em TNE infante juvenil e adulto;
- Percentual de pacientes triados nutricionalmente em TNP infante juvenil e adulto;
- Percentual de pacientes em risco nutricional;
- Percentual de pacientes de acordo com o nível de assistência;
- Percentual de pacientes avaliados nutricionalmente;
- Percentual de pacientes avaliados nutricionalmente em TNO infante juvenil e adulto;
- Percentual de pacientes avaliados nutricionalmente em TNE infante juvenil e adulto;
- Percentual de pacientes avaliados nutricionalmente em TNP infante juvenil e adulto;

- Classificação do estado nutricional infante juvenil e adulto;
- Número de pacientes reavaliados;
- Porcentagem de alteração do estado nutricionalmente;
- Numero de intervenção nutricional;
- Numero de pacientes em jejum maiores 24 h e 48 h que poderiam ser abreviados;
- Percentual de pacientes com volume de dieta enteral maior que o prescrito;
- Percentual de pacientes que atingiram a meta calórica e proteica.

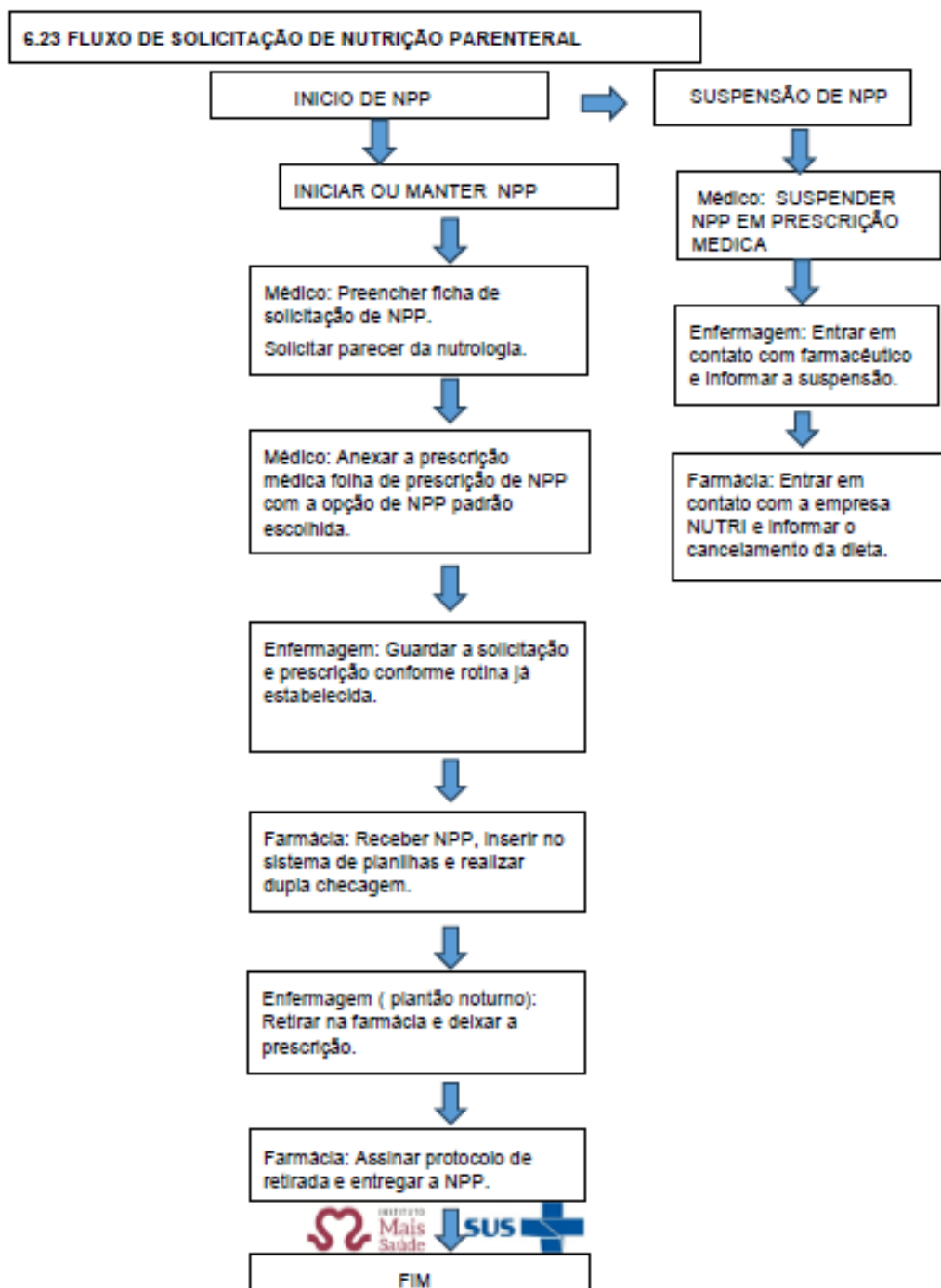
A supervisão assistencial realiza uma análise crítica de cada indicador ao final de cada mês, e juntamente a gerencia do SND desenvolvem estratégias para melhoria dos resultados.

Indicadores:

Percentual de Pacientes Triados em TNP adulto
OBJETIVO: conhecer a proporção de pacientes triados que estão em TNP adulto, ou seja, nutricionalmente sistematizado dentre as internações, verificando a capacidade de atendimento atual da equipe em priorizar o atendimento.
JUSTIFICATIVA: Traçar estratégias que possibilitam a triagem de todos os pacientes garantido a segurança na assistência nutricional com intervenções mais precisas e efetivas.
FÓRMULA: Pacientes triados TNP adulto*100/total de internados TNP adulto
UNIDADE DE MEDIDA: porcentagem
FREQUÊNCIA: MENSAL
META: 100%
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: nutricionista

Percentual de Pacientes avaliados em TNP adulto
OBJETIVO: conhecer a proporção de pacientes avaliados que estão em TNP adulto, ou seja, nutricionalmente sistematizado dentre os pacientes com risco nutricional em nível de assistência secundário e terciário, verificando a capacidade de atendimento atual da equipe em priorizar o atendimento.
JUSTIFICATIVA: Traçar estratégias que possibilitam a avaliação dos pacientes em TNP, garantido a segurança na assistência nutricional com intervenções mais precisas e efetivas.
FÓRMULA: Pacientes avaliados em TNP adulto*100/ pacientes em TNP adulto triados e classificados com risco nutricional e nível de assistência secundário e terciário.
UNIDADE DE MEDIDA: porcentagem
FREQUÊNCIA: MENSAL
META: 100%
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: nutricionista

	Percentual de Pacientes avaliados em TNP adulto
...	OBJETIVO: conhecer a proporção de pacientes avaliados que estão em TNP adulto, ou seja, nutricionalmente sistematizado dentre os pacientes com risco nutricional em nível de assistência secundário e terciário, verificando a capacidade de atendimento atual da equipe em priorizar o atendimento.
	JUSTIFICATIVA: Traçar estratégias que possibilitam a avaliação dos pacientes em TNP, garantido a segurança na assistência nutricional com intervenções mais precisas e efetivas.
	FÓRMULA: Pacientes avaliados em TNP adulto*100/ pacientes em TNP adulto triados e classificados com risco nutricional e nível de assistência secundário e terciário.
	UNIDADE DE MEDIDA: porcentagem
	FREQUÊNCIA: MENSAL
	META: 100%
	RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: nutricionista



6. Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão da Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, EMTN, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	7º mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	7º mês
Elaboração do Plano de treinamento	NEP, Diretoria de Enfermagem, EMTN	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	7º mês
Implementar procedimento operacional padrão da Terapia nutricional parenteral adulto e pediátrico: Instalação, administração da dieta, manutenção, cuidados e gestão de intercorrências	Coordenador de Enfermagem, Enfermeiro Assistencial Diretoria Técnica, EMTN, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	8º mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	8º mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos, EMTN	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	9º mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

1. McCowen KC, Friel C, Stemberg J, ET AL. Hypocaloric total parenteral nutrition: Effectiveness in prevention of hyperglycemia and infectious complications. A randomized clinical trial. Crit Care Med. Nov;28(11):3606-11,2000.
2. Gordon S, Doig; Fiona Simpson; Simoon Finfer; et al. Effect of Evidence-Based Feeding Guidelines on Mortality of Critically Ill Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. JAMA 2008;300 (23):2731-2741.
3. Griffiths RD, Allen KD, Andrews FJ, Jones C. Infection, multiple organ failure, and survival in the intensive care unit: influence of glutamine-supplemented parenteral nutrition on acquired infection. Nutrition 2002;18 (7-8):546-52.
4. Sahin H, Mercanligil et al. Effect of glutamine-enriched total parenteral nutrition on acute pancreatitis. Eur J Clin Nutr 2007; 61: 1429-1434.
5. Estivariz CF, Griffith DP, Luo M et al. Efficacy of parenteral nutrition supplemented with glutamine dipeptide to decrease hospital infections in critically ill surgical patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2008;32(4):389-402.
6. Dhaliwal R, Jurewitsch B, Harrietha D, Heyland DK. Combination enteral and parenteral nutrition in critically ill patients: harmful or beneficial?. A systematic review of the evidence. Intensive Care Med. 2004 Aug;30(8):1666-71.

1.3.5.21. Prevenção das principais infecções relacionada a assistência à saúde: de sítio cirúrgico, pneumonia associada à ventilação mecânica e infecção de trato urinário associada à cateter vesical de demora.

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Estabelecer diretrizes padronizadas para a prevenção, controle e monitoramento das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), garantindo segurança ao paciente e à equipe multiprofissional, com base em práticas validadas e bundles de prevenção reconhecidos nacional e internacionalmente.

2.Âmbito:

Aplica-se a todos os profissionais e setores assistenciais do hospital e unidades ambulatoriais, incluindo: Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Laboratório, CME, Higienização e demais áreas envolvidas nos cuidados diretos e indiretos ao paciente.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Dispensadores de álcool 70% (em gel e líquido);
- Pias com sabão líquido e papel toalha;
- Equipamentos de Proteção Individual (EPI): luvas, aventais, máscaras, gorros, óculos de proteção;
- Soluções antissépticas (clorexidina, PVPI, álcool);
- Materiais estéreis para curativos, sondagens e procedimentos invasivos;
- Coletores de resíduos e perfurocortantes conforme legislação vigente.

4.Atribuições de cada categoria profissional

- Enfermeiro: supervisionar a adesão às práticas de prevenção de IRAS, orientar equipe, realizar auditorias e registros.

- Técnico de Enfermagem: executar cuidados conforme técnica asséptica e bundles de prevenção, comunicar intercorrências e registrar.
- Médico: prescrever procedimentos e dispositivos invasivos com indicação justificada, avaliar necessidade de manutenção.
- Equipe de Higienização: manter a limpeza e desinfecção adequada de ambientes e superfícies.
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH): monitorar taxas de infecção, elaborar relatórios e promover treinamentos contínuos.

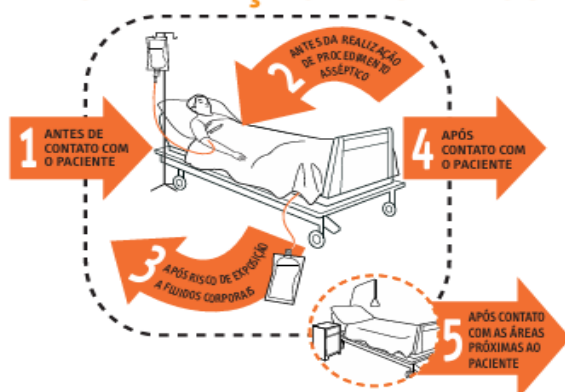
5. Atividades:

5.1. Higienização das mãos:

- Realizar antes e após o contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a fluidos corporais e após contato com o ambiente do paciente.
- Utilizar técnica conforme protocolo da OMS dos “5 Momentos para Higienização das Mãos”

Etapa	Descrição
1. Indicações para Higienização das Mãos (OMS – 5 Momentos)	Antes do contato com o paciente; antes de procedimento asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após contato com o paciente; após contato com o ambiente do paciente.
2. Técnica de Higienização com Álcool 70%	Aplicar quantidade suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos; friccionar palmas, dorso, dedos, unhas e punhos por 20 a 30 segundos até secar completamente.
3. Técnica de Higienização com Água e Sabão	Molhar as mãos; aplicar sabão; friccionar palmas, dorso, espaços interdigitais, unhas e punhos por 40 a 60 segundos; enxaguar e secar com papel toalha; fechar torneira com o papel.

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienizar as mãos antes de entrar em contato com o paciente. PERIGO? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASÉPTICO	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento aséptico. PERIGO? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos de próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienizar as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (de após a remoção de luvas). PERIGO? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência, imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienizar as mãos após contato com o paciente, com superfícies e objetos próximos a ele e ao ar do ambiente de assistência ao paciente. PERIGO? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos de próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienizar as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. PERIGO? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.



A Organização Mundial da Saúde temo todos as precauções cabíveis para verificar a informação contida neste informativo. Entretanto, a material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é do leitor. A Organização Mundial da Saúde não se responsabiliza em hipotéticos danos pessoais ou materiais aos usuários.

A OMS agradece ao Hospital Universitário de Gênesis (HUG), em especial aos membros do Programa de Controle de Infecção, pela participação ativa no desenvolvimento deste material.

5.2. Uso de EPIs:

- Selecionar conforme o tipo de procedimento e risco de exposição.

Tipo de Isolamento	Finalidade / Exemplos de Doenças	EPIs Recomendados	Precauções Específicas
Padrão (Precaução Básica)	Aplicado a todos os pacientes, independentemente do diagnóstico.	Higienização das mãos; luvas (se contato com fluidos); avental (se respingos); máscara cirúrgica (se secreções).	Evitar contato direto com fluidos corporais; usar EPI conforme o tipo de procedimento.
Contato	Infecções por contato direto/indireto: MRSA, VRE, Clostridium difficile, escabiose.	Luvas de procedimento; avental de manga longa; higienização das mãos antes e após o uso de EPI.	Evitar compartilhamento de equipamentos; limpeza rigorosa do ambiente.
Gotículas (Droplet)	Transmissão por gotículas >5 µm: Influenza, Coqueluche, Meningite meningocócica, COVID-19 (baixo risco).	Máscara cirúrgica; luvas e avental se contato com secreções; distância mínima de 1 metro.	Manter distância mínima de 1 metro; uso obrigatório de máscara.
Aerossóis (Transmissão por Ar)	Transmissão por aerossóis <5 µm: Tuberculose, Sarampo, Varicela, COVID-19 (aerossóis).	Máscara N95/PFF2; luvas; avental de manga longa; óculos ou protetor facial.	Quarto privativo com pressão negativa; manter porta fechada.
Proteção Reforçada (Combinado)	Coinfecções ou risco múltiplo (ex.: TB + MRSA, COVID + C. difficile).	Combinação de EPIs de contato + gotículas/aerossóis (luvas, avental, máscara N95, óculos).	Avaliar individualmente e seguir medidas cumulativas; intensificar limpeza.
Reversa (Proteção do Paciente)	Proteção do paciente imunossuprimido: Transplantes, neutropenia grave.	Máscara cirúrgica; avental limpo; luvas (se contato direto); higienização rigorosa das mãos.	Quarto com filtro HEPA; visitas restritas; evitar flores e plantas.

- Realizar a paramentação e desparamentação conforme técnica segura.

Paramentação	Ordem de Colocação dos EPIs	1. Avental → 2. Máscara ou respirador (N95/PFF2) → 3. Óculos ou protetor facial → 4. Luvas.
Desparamentação	Ordem de Retirada dos EPIs	1. Luvas → 2. Avental → 3. Higienizar as mãos → 4. Óculos ou protetor facial → 5. Máscara → 6. Higienizar novamente as mãos.

5.3. Manuseio de dispositivos invasivos:

- Assegurar técnica asséptica na inserção e manutenção de cateteres venosos, sondas urinárias e ventilação mecânica.

- Avaliar diariamente a necessidade de manutenção do dispositivo.

5.4. Limpeza e desinfecção de superfícies e equipamentos:

- Realizar conforme protocolo institucional, respeitando diluições e tempos de contato do desinfetante.

5.5. Educação e monitoramento contínuo:

- Realizar treinamentos periódicos de prevenção de infecção, incluindo boas práticas e bundle, auditorias de conformidade para avaliação da eficácia dos treinamentos.

5.6. Bundles de Prevenção de Infecção

Bundle de Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV):

- Higiene oral com clorexidina 0,12% a cada 8h;
- Cabeceira elevada entre 30–45°;
- Avaliar diariamente possibilidade de extubação;
- Manter circuito ventilatório limpo e fechado;
- Higienização das mãos antes e após contato com vias aéreas.

Bundle de Prevenção de Infecção de Corrente Sanguínea (ICS):

- Higienização das mãos antes da inserção e manipulação;
- Uso de barreira máxima (campo estéril, máscara, gorro, luvas e avental);
- Antissepsia da pele com clorexidina alcoólica 2%;
- Avaliação diária de necessidade do cateter;
- Troca de curativo conforme protocolo.

Bundle de Prevenção de Infecção do Trato Urinário Associada a Cateter (ITU-AC):

- Inserção asséptica e manutenção do sistema fechado;
- Fixação adequada do cateter;
- Higiene íntima diária com solução neutra;
- Avaliação diária da necessidade do cateter;
- Drenagem adequada, evitando refluxo.

Bundle de Prevenção de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC):

- Banho pré-operatório com antisséptico;
- Profilaxia antibiótica dentro do tempo recomendado;

- Técnica asséptica durante o ato cirúrgico;
- Controle glicêmico e normotermia intraoperatória;
- Cuidados pós-operatórios com curativo limpo e seco.

6. Plano de implantação e revisão:

1º fase (nov/25) - Implantação IMEDIATA mediante capacitação de toda a equipe assistencial e de apoio.

2º fase (jan/26) – Capacitação IMEDIATA de profissionais recém-admitivos com treinamentos hands-on: higiene das mãos, terapia infusional, cateterismo vesical (Técnica – Enfermeiros/ Cuidados: todos da equipe assistencial)

Revisão anual ou sempre que houver atualização nas diretrizes do Ministério da Saúde, ANVISA.

7. Notas importantes

- ✓ Incentivar cultura de segurança e adesão às boas práticas;
- ✓ Garantir abastecimento constante de insumos e EPIs;
- ✓ Documentar e notificar qualquer evento adverso relacionado a IRAS.

8. Referências

- ANVISA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2021.
- Ministério da Saúde. Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.
- CDC. Guidelines for the Prevention of Healthcare-Associated Infections, 2023.
- OMS. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, 2020.

1.3.5.22. Manejo de Óbitos

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Padronizar os procedimentos e fluxos para o adequado manejo dos óbitos no âmbito da unidade hospitalar. POP tem por necessidade ser implementado pela equipe assistencial, equipe multidisciplinar e área administrativa.

2.Âmbito:

Este procedimento operacional padrão aplica-se em todo o espaço da unidade hospitalar, prática institucional.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Caneta
- Declaração de Óbito
- Kit de Óbito
- Identificação do Óbito

4.Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- A emissão da DO é ato médico. Portanto, ocorrida uma morte, o médico tem obrigação legal de constatar e atestar o óbito, usando para isso o formulário oficial “Declaração de Óbito”.
- Registrar os dados na DO, sempre, com letra legível e sem abreviações ou rasuras.
- Registrar as causas da morte, obedecendo ao disposto nas regras internacionais, anotando apenas um diagnóstico por linha e o tempo aproximado entre o início da doença e a morte.
- Havendo suspeita de causa externa, o médico que prestou atendimento, fará apenas a constatação do óbito, registrando em prontuário e confeccionando relatório médico de internação com dados de admissão, evolução e óbito para entregar ao responsável, a fim de solicitar a necropsia e encaminhar o corpo ao IML.

- O médico deve registrar todo o atendimento prestado no prontuário do paciente, incluindo data e horário do óbito, condições que levaram ao óbito, procedimentos/intervenções realizadas, comunicação à família/responsável e demais cuidados necessários ao adequado manejo do caso.
- Quando a instituição receber óbito ocorrido durante o transporte de paciente crítico sem médico ou quando houver a recusa do médico do transporte em emitir a DO, o médico que recebeu o paciente deve atestar o óbito e preencher a DO e, documentar o fato à sua chefia imediata para que possa ser encaminhado às instâncias competentes

Equipe de Enfermagem

- Preparo e encaminhamento do corpo Pós- óbito no paciente adulto e Cuidados pós-morte em pediatria.

Serviço Social

- Localizar a família quando o paciente não dispuser de referência familiar e/ou cadastro de telefone e endereço em prontuário;
- Prestar atendimento familiar, com vistas a reconhecimento da realidade social familiar;
- Prestar orientação acerca dos mais diversos direitos sociais (trabalhista, previdenciário, de fins de DPVAT – Seguro de Trânsito de Danos causados por Veículos Automotores de Via Terrestre etc.);
- Orientar e encaminhar as famílias de baixa renda para o auxílio funeral caso não possuam plano funerário.
- Em caso de pacientes estrangeiros, entrar em contato com o município de fronteira responsável pela transferência do paciente para que ele realize as intermediações com o país vizinho para encaminhamento do corpo ao funeral.

Controlador de Acesso

- Fornecer a chave do Morgue à equipe interna do hospital, nas seguintes situações:
 - Para transferência do corpo da unidade para o Morgue, pela equipe de enfermagem, mediante conferência prévia de que a DO foi entregue à Recepção de Internação, ou;
 - Para entrada de familiares, quando solicitado pela equipe de enfermagem, serviço social, psicologia ou médico da unidade, a fim de promover reconhecimento do corpo ou despedida dos familiares;
 - Para o serviço de higienização, a fim de proporcionar a limpeza e desinfecção do ambiente;
 - Para a equipe da CIDOT, quando necessária a captação de órgãos ou tecidos.

Serviço de Higienização

- Proceder a limpeza terminal e desinfecção de toda área do Morgue, incluindo mobiliários disponíveis no local (maca, berço);
- Disponibilizar macas e berços, após a limpeza e desinfecção, no corredor externo do Morgue, para retirada pelas equipes assistenciais;
- Proceder ao recolhimento de resíduos, no período matutino e vespertino, após a retirada dos corpos pela funerária e, sempre que necessário;
- Recolher o enxoval que, porventura, estiverem dispostos no ambiente, acondicionando-os no saco do hamper;
- Manter abastecido e funcionando os dispensadores de álcool em gel, sabonete líquido e papel toalha do ambiente;
- Comunicar chefia imediata qualquer inconformidade no ambiente (presença de peça anatômica ou corpo há mais de 24 horas, por exemplo), para que seja providenciado resolução.

Serviço de Lavanderia

- Proceder a coleta do enxoval sujo disposto no hamper do Morgue, substituindo por novo saco diariamente.
- Comunicar à chefia imediata qualquer inconformidade no ambiente, para que seja providenciado resolução

5. Atividades:**Emissão da declaração de óbito****Emitir a DO**

- Em todos os óbitos de causas naturais;
- Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo.
- No óbito fetal (aborto ou natimorto), se a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas, OU o feto com peso igual ou superior a 500 gramas, OU estatura igual ou superior a 25 centímetros.

Não emitir a DO

No óbito fetal, com gestação menor que 20 semanas, E feto com peso menor que 500 gramas, E estatura menor que 25 centímetros.

Nota: A emissão da DO é facultativa para os casos em que a família queira realizar o sepultamento do produto de concepção. Nestes casos, se a família optar pelo sepultamento do feto com valores menores que os de obrigatoriedade, a DO poderá ser emitida e, o feto ser preparado e encaminhado ao morgue para retirada pela funerária. Importante orientar a família que, por ser facultativo, não é possível solicitar funeral social (gratuito), sendo a família a responsável pelos custos do funeral.

- Nas situações em que haja suspeita de morte de causa externa (não natural). Nestes casos, o médico deve seguir as orientações descritas neste POP.
- Peças anatômicas amputadas. Para peças anatômicas retiradas por ato cirúrgico ou de membros amputados, o médico deverá descrever o procedimento em formulário específico, nunca na DO, sendo anexado uma via junto à peça/membro amputado e, outra, junto ao prontuário. A peça poderá ser incinerada ou sepultada*. Caso a família opte pela incineração, esta se dará por meio da equipe de coleta de resíduos da instituição, sem custos para a família, devendo-se, nestes casos preencher a ficha de descarte de resíduos. Nestes casos, sugere-se coleta de amostra representativa da área lesionada para exame anatomopatológico da peça/membro amputado que serão destinados ao descarte.

Preenchimento incorreto da DO

Em caso de preenchimento incorreto da DO, conforme a Lei nº 13484/2017, poderá ser realizada a retificação dos campos em que não haja contestação e que, possuam documentos comprobatórios que justifiquem a necessidade da alteração (ex: endereço errado, nome descrito como RN de..., etc.), devendo ser anexado cópia destes documentos em todas as vias. Nestes casos, a retificação deve ser realizada no verso das 03 vias, indicando o campo a ser corrigido, a correção a ser realizada (Onde se lê: xxxx, Leia-se: yyyy), a data, o nome completo e assinatura do responsável pela alteração. Caso o médico prefira, ele poderá inutilizar a DO errada, preenchendo outra corretamente. Nunca rasgar a DO. O médico deverá escrever “anulada” na DO para devolver à Secretaria de Saúde para cancelamento no sistema de informação. Todas essas alterações devem ser descritas também no prontuário do paciente.

Porém, se a Declaração já tiver sido registrada em Cartório de Registro Civil, a retificação será feita mediante pedido judicial por advogado, junto à Vara de Registros Públicos ou similar.

Procedimentos por tipo de situação

Morte de paciente internado por causa natural

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável por atestar o óbito e preencher a DO.

As causas a serem anotadas na DO são todas as doenças, os estados mórbidos ou as lesões que produziram a morte ou contribuíram para mesma. O médico deverá declarar as causas da morte anotando apenas um diagnóstico por linha. Para preencher adequadamente a DO, o médico deve declarar a causa básica do óbito em último lugar, estabelecendo uma sequência, de baixo para cima, até a causa terminal ou imediata. Na parte II, o médico deve declarar outras condições mórbidas pré-existentes e sem relação direta com a morte, que não entraram na sequência causal declarada na parte I. O preparo e encaminhamento do corpo seguem os trâmites habituais até o morgue.

Morte de paciente internado por causa externa (confirmada ou suspeita)

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável pelo atendimento.

Nos casos de morte de causa externa, o médico que prestou atendimento, fará apenas a constatação do óbito, devendo o corpo ser encaminhado ao IML para emissão da DO. Para isso, deve registrar o atendimento em prontuário e confeccionar relatório médico de internação com dados de admissão, evolução e óbito e entregar ao responsável para solicitar a necropsia. O médico deve orientar os familiares e/ou responsáveis legais* a solicitar o exame necroscópico, seguindo as seguintes etapas:

- Procurar a Primeira Delegacia de Polícia, para realizar o boletim de ocorrência e solicitar a necropsia, tendo em mãos:
 - Relatório médico da internação;
 - Documentos pessoais – documento oficial com foto, preferencialmente RG, do falecido;
 - Documentos pessoais – documento oficial com foto, preferencialmente RG, do familiar/responsável legal;

Após pegar a guia de necropsia, o familiar/responsável deve procurar o serviço funerário de sua preferência e entregar a solicitação da necropsia, emitida pela delegacia de polícia, para que ele possa retirar o corpo para encaminhar ao IML.

Caberá ao IML a emissão da DO para que a família registre o óbito em cartório e proceda ao sepultamento.

Morte de paciente identificado em situações em que os familiares não foram localizados

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável pelo atendimento.

Nestas situações:

- O Serviço Social deve realizar busca ativa para tentativa de localização de familiares através dos dados que constam no Sistema de Informações Hospitalares e contato com rede socioassistencial e órgãos competentes (ex. SAMU, Corpo de Bombeiros, Abordagem Social, Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Polícia Militar - PM);
- Não localizando familiares, o Serviço Social preenche um formulário próprio solicitando que seja emitida nota de utilidade pública aos meios de comunicação sobre o óbito e o encaminha para a Unidade de Comunicação. Sendo o paciente de outro município, este deverá ser informado para que torne público a informação, se achar necessário;
- Caso não compareça nenhum responsável, cabe ao Serviço Social, por meio da assessoria de imprensa, publicar por 03 vezes, semanalmente, nos meios de comunicação, nota de utilidade pública.

Todas as notas publicadas devem ser anexadas no prontuário do paciente pelo assistente social e arquivadas em pasta no setor de Serviço Social. Assim como, todas as intervenções realizadas deverão ser registradas em prontuário.

- Aguarda-se por 30 dias a presença de familiares e, caso não compareça ninguém, o corpo deverá ser encaminhado para sepultamento social através do Serviço Social, que providenciará a documentação necessária ao registro do óbito em cartório, bem como a solicitação do funeral.
- Durante este período e, caso o hospital não tenha condições de armazenar o corpo no Morgue, deve-se entrar em contato com o IML para verificar a possibilidade de transferência do corpo para armazenamento na câmara fria deste, até o momento do destino final (30 dias após o óbito).
- Os restos mortais de pessoas identificadas que não tiverem seus corpos reclamados por familiares, não deverão ser levados a cremação, possibilitando a exumação para eventual confirmação de identidade.

Morte de paciente identificado em situações em que familiares não foram localizados, mas que são acompanhados por amigos durante a internação

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável pelo atendimento.

Nestas situações:

- O médico constata o óbito, preenche a DO;
- A recepção deverá fazer contato com responsáveis, munidos de documentos pessoais e documentos do paciente;
- Caso a recepção não consiga localizar os responsáveis, esta deve acionar o Serviço Social para realização de busca ativa, objetivando a localização dos familiares;

- Caso os familiares sejam localizados, e estes compareçam à instituição, a recepção deve informar ao Serviço Social e ao médico responsável para comunicação do óbito e encaminhamentos necessários.
- Caso os familiares não sejam localizados, o Serviço Social deverá fazer uma evolução no sistema informatizado, relatando o acompanhamento do paciente durante a internação. Deve relatar também o acompanhamento do amigo do paciente durante as visitas e que este declara que paciente não tem contato com familiares. Esta evolução do Serviço Social deverá ser anexada ao prontuário, para resguardar a liberação do corpo para não familiares. Após, o corpo poderá ser liberado para o “não familiar” para sepultamento, através da entrega da DO e relatório do Serviço Social.

Morte de paciente internado SEM identificação

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável pelo atendimento. Nestas situações:

- O Serviço Social realiza busca ativa para tentativa de localização de familiares e contato com rede socioassistencial e órgãos competentes (ex. SAMU, Corpo de Bombeiros, Abordagem Social, Unidades de Pronto Atendimento - UPAs, Polícia Militar - PM);
- Não sendo localizado familiares e, permanecendo a ausência de dados de identificação do paciente, o Serviço Social ou médico deve comunicar o óbito à Delegacia de Polícia (DEPAC) para verificar a possibilidade de providenciar a identificação do corpo, através da coleta das impressões digitais, fotografia, swab gengival ou outro procedimento indicado como mais adequado e que auxiliarão a confirmação da identidade do falecido.
- Nestes casos, o médico deve preencher a DO colocando no local destinado ao nome do falecido, a expressão “pessoa não identificada” e anotar na declaração de óbito a cor da pele, sexo e idade presumida.
- Deverão ser anexados ao prontuário do paciente e/ou laudo de necropsia e serem arquivados juntamente com a Declaração de Óbito (2ª e 3ª vias) e de eventuais documentos, as informações como estatura ou medida do corpo, sinais aparentes, vestuário e qualquer outra indicação que possa auxiliar de futuro o seu reconhecimento.
- Aguarda-se por 30 dias a presença de familiares e, caso não compareça ninguém, o corpo deverá ser encaminhado para sepultamento social. Durante este período e, caso o hospital não tenha condições de armazenar o corpo no Morgue, deve-se entrar em contato com o IML para verificar a possibilidade de transferência do corpo para armazenamento na câmara fria deste, até o momento do destino final (30 dias após o óbito).

- Nos casos de envio para funeral social, a via amarela da Declaração de Óbito será entregue ao Serviço Social para que ele providencie o sepultamento. O local de sepultamento do corpo deve ser registrado na via que ficará na instituição (rosa) e, após, solicitar o registro no Cartório de Registro Civil, quando da emissão da Certidão de Óbito, favorecendo a posterior averiguação do local do sepultamento.
- Os restos mortais de pessoas não identificadas que não tiverem seus corpos reclamados por familiares, não deverão ser levados a cremação, mas sepultados, o que possibilitará exumação para eventual posterior confirmação de identidade.
- O corpo deve ser preparado com pulseira e placa de identificação, que deve seguir acompanhado de suas roupas e bens portáteis que carregava quando do óbito.

Óbito de paciente cuja família não compareceu para retirar o corpo

Nos casos em que houver o óbito de pessoa em que a família teve conhecimento do óbito e não compareceu para a retirada do corpo, a Recepção de Internação deve comunicar o serviço social, para que este possa tomar as medidas necessárias para contactar a família a proceder ao sepultamento.

Caso transcorra o prazo de 24 horas após o falecimento, sem que o corpo seja retirado, a equipe da unidade onde ocorreu o óbito deverá ser comunicada, pela Recepção de Internação ou Serviço Social, para que venha transportar o corpo da área sem refrigeração do Morgue para a câmara fria. Nesta situação, faz-se necessário que o Serviço Social proceda a oficialização do ocorrido à Secretaria Municipal de Assistência Social do município do falecido. Este serviço poderá ainda, solicitar à Superintendência a oficialização do ocorrido ao Ministério Público Estadual noticiando os fatos e as providências adotadas, com o intuito que este órgão de controle fiscalize as providências a serem adotadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social. Ultrapassando 48 horas do óbito sem que o corpo tenha sido retirado, caberá ainda a oficialização do fato à Vigilância Sanitária Municipal, a fim de evitar incorrer em possíveis infrações sanitárias.

Morte de paciente privado de liberdade (detento)

O médico que prestava assistência ao paciente, médico substituto ou plantonista da unidade será o responsável pelo atendimento. Nestas situações:

- O médico constata o óbito, preenche a DO e informa à recepção de internação para que a mesma entre em contato com responsáveis pela penitenciária para informar o óbito e solicitar comparecimento ao hospital;
- Responsável pela penitenciária comparece a unidade hospitalar para providências cabíveis e/ou, após contato da penitenciária com familiares informando o óbito, emite uma autorização

(por escrito) mencionando qual familiar está apto a tomar as providências cabíveis para a liberação do corpo;

- Havendo necessidade de intervenção do serviço social, os familiares devem ser orientados a procurar o assistente social da penitenciária.

Morte de paciente em atendimento ambulatorial

Se o paciente já for encontrado em óbito, em estado cadavérico e sem possibilidade de reanimação, qualquer médico da unidade ou mais próximo do local poderá realizar o atendimento, constatar o óbito e emitir a DO.

Nos casos em que o paciente teve alguma intercorrência e necessitou de atendimento de emergência, o médico responsável pelo atendimento deste paciente no ambulatório (mesmo que esteja em atendimento ambulatorial de rotina), deverá proceder ao atendimento inicial e, conseqüentemente, atestar o óbito e emitir a DO.

Em ambos os casos, caberá à equipe de enfermagem do ambulatório o preparo e encaminhamento do corpo ao Morgue.

Na ausência do médico responsável pelo paciente no ambulatório, solicitar atendimento do médico mais próximo da unidade, ou ainda, da unidade de referência de acordo com o perfil do paciente:

- Neonatos (0 a 28 dias de vida): Encaminhar à Sala de Estabilização da Clínica Pediátrica para atendimento inicial do pediatra de plantão;
- Crianças (29 dias a menores de 12 anos): Encaminhar à Sala de Estabilização da Clínica Pediátrica para atendimento inicial do pediatra de plantão. Na ausência deste plantonista na unidade, solicitar atendimento do médico de suporte
- Adolescentes, adultos e idosos (12 anos completos ou mais): Encaminhar ao Posto de Suporte Ambulatorial (PSA), Sala de Estabilização da Clínica Médica, Na ausência de plantonista na unidade, solicitar atendimento do médico de suporte (UTI Adulto).
- Gestantes e puérperas: encaminhar à obstetrícia para o primeiro atendimento.

Nos casos em que houve a necessidade de transferência do paciente de unidade, a equipe do ambulatório deve entrar em contato imediato com a unidade de referência e, posteriormente ao NIR, para informar a transferência do paciente, o qual deverá ser encaminhado e alocado em leito destinado para atendimento. O médico responsável deve atestar o óbito e proceder a um cuidadoso exame externo do corpo, a fim de afastar qualquer possibilidade de causa externa. Se for morte natural, o médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese e história colhida com familiares. Quando, mesmo assim,

a causa da morte for desconhecida, mas não houver suspeita de morte externa ou não natural, deverá assinar a DO, preenchendo o item de diagnóstico como “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”.

Nestas situações de transferência do paciente do ambulatório para atendimento em outra unidade, caberá à equipe de enfermagem da unidade ao qual foi referenciado, preparar o corpo e encaminhá-lo ao Morgue para retirada pela funerária. Deverá, ainda, realizar impressão de pulseira e placa de identificação para serem colocados no paciente, e registrar as informações referentes ao atendimento e óbito.

Morte de visitante, acompanhante, colaborador ou outra pessoa não internada na instituição

Se a pessoa já for encontrada em óbito, em estado cadavérico e sem possibilidade de reanimação, qualquer médico da unidade ou mais próximo do local poderá realizar o atendimento, constatar o óbito e emitir a DO.

Neste caso, caberá à equipe de enfermagem desta unidade o preparo e encaminhamento do corpo ao Morgue. Na ausência de médico na unidade, poderá ser solicitado o atendimento do médico definido para o atendimento às urgências e emergências, de acordo com faixa etária e perfil do paciente. Nos casos em que a pessoa teve alguma intercorrência e necessitou de atendimento médico de emergência, ou ainda, quando não se tem a certeza do óbito, deve-se sempre proceder às medidas de reanimação necessárias para tentar salvar a vida, buscando atendimento médico na própria unidade ou, em sua ausência, conforme fluxo abaixo, de acordo com o perfil do paciente:

- Neonatos (0 a 28 dias de vida): Encaminhar à Sala de Estabilização Pediátria para atendimento inicial do pediatra de plantão
- Crianças (29 dias a menores de 12 anos): Encaminhar à Sala de Estabilização Pediátria para atendimento inicial do pediatra de plantão. Na ausência deste plantonista na unidade, solicitar atendimento do médico de suporte d Sala Vermelha
- Adolescentes, adultos e idosos (12 anos completos ou mais): Encaminhar ao PSA, Sala vermelha;
- Gestantes e puérperas: encaminhar para a obstetrícia para o primeiro atendimento. Após a constatação do óbito, o médico deve proceder a um cuidadoso exame externo do corpo, a fim de afastar qualquer possibilidade de causa externa. Se for morte natural, o médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese e história colhida com familiares. Quando, mesmo assim, a causa da morte for desconhecida, mas não houver suspeita de morte externa ou não natural, deverá assinar a DO, preenchendo o item de diagnóstico como “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”. Havendo suspeita de causa externa,

seguir o fluxo deste protocolo. Nestas situações de transferência do paciente para atendimento em outra unidade, caberá à equipe de enfermagem da unidade ao qual foi referenciado, preparar o corpo e encaminhá-lo ao Morgue para retirada pela funerária. Deverá, ainda, realizar impressão de pulseira e placa de identificação para serem colocados no paciente, e registrar as informações referentes ao atendimento e óbito.

Morte de paciente regulado durante o trajeto/transporte COM médico

A responsabilidade do médico que atua em serviço de transporte, remoção, emergência, quando ele dá o primeiro atendimento ao paciente, equipara-se à do médico em ambiente hospitalar. Portanto, se a pessoa vier a falecer, caberá ao médico da ambulância atestar o óbito e emitir a DO, se a causa for natural e se existirem informações suficientes para tal.

Em caso de morte natural de causa desconhecida, não havendo sinais de causa de morte externa, deverá assinar a DO, descrevendo o item de diagnóstico como "CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA". Nesse caso, o médico precisa atentar para o registro no campo 51 da Declaração de Óbito, anotando a ausência de sinais de violência externa, o que o protegerá de responsabilidade perante a justiça caso surjam fatos novos referentes ao óbito verificado. Caso o médico do transporte não tenha formulário da DO, o hospital poderá ceder uma DO numerada, a qual deverá ser registrada na instituição para fins de comprovação de sua utilização.

Nestes casos, nenhuma das vias originais da DO ficará na instituição, ficando as vias branca e rosa com o médico do transporte e a amarela com o familiar. Portanto, deverá ser realizada uma cópia dela para anexar à ficha de atendimento ou prontuário físico, para fins de registro do óbito. Nas situações de óbito no transporte, não é recomendado retornar com o corpo na ambulância, mas caso o familiar e a equipe do transporte desejarem retornar com o corpo para a instituição de origem, este poderá ser realizado. Se houver concordância em manter o corpo na instituição, caberá à equipe da unidade que o paciente havia sido previamente regulado, a responsabilidade pelo atendimento do corpo, por realizar abertura de cadastro/internação no sistema informatizado para registro das informações, impressão de pulseira e placa de identificação para serem colocados no falecido, preparo e encaminhamento do corpo ao Morgue. O registro das informações pelo médico referentes ao transporte e óbito devem ser feitas no sistema informatizado. A equipe de enfermagem deve registrar o preparo e encaminhamento do corpo em Controles de Enfermagem.

Morte de paciente regulado durante o trajeto/transporte SEM médico

Neste caso, o médico da unidade ao qual o paciente foi previamente regulado, será responsável por atestar o óbito e preencher a DO. Na ausência de plantonista na unidade regulada, o médico responsável diretamente pelo suporte às intercorrências de tal unidade, deverá realizar esta função. A equipe da unidade ao qual a vaga foi regulada será responsável por recepcionar,

preparar o corpo e encaminhá-lo ao Morgue para retirada pela funerária. Deverá ainda, realizar abertura de cadastro/internação para registro das informações, impressão de pulseira e placa de identificação para serem colocados no falecido, preparo e encaminhamento do corpo ao Morgue. O registro das informações pelo médico referentes ao transporte e óbito devem ser feitas no sistema informatizado. A equipe de enfermagem deve registrar o preparo e encaminhamento do corpo em Controles de Enfermagem.

Em caso de morte natural de causa desconhecida, não havendo sinais de causa de morte externa, deverá assinar a DO, preenchendo o item de diagnóstico como “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”. Nesse caso, o médico precisa atentar para o registro no campo 51 da Declaração de Óbito, anotando a ausência de sinais de violência externa, o que o protegerá de responsabilidade perante a justiça caso surjam fatos novos referentes ao óbito verificado. Havendo suspeita de causa externa.

Óbito Fetal (aborto ou natimorto)

Vale ressaltar que há situações específicas para a emissão da DO, independente de se tratar de aborto ou natimorto. O que define a emissão da DO, tornando-a obrigatória, conforme Resolução nº 1.779/2005 do CFM, são os óbitos fetais (aborto ou natimorto) que apresentam as seguintes características:

- A gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas, OU;
- O feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 gramas, OU;
- O feto tiver estatura igual ou superior a 25 cm. Desta forma, a idade gestacional não deve ser o único fator a ser considerado para a emissão da DO, uma vez que feto proveniente de abortamento (IG < 20s), mas com peso igual ou superior a 500 gramas OU estatura igual ou superior a 25cm, DEVE ter emissão de DO e ser encaminhado para sepultamento.

Óbito de Nascido Vivo

O conceito de nascido vivo depende, exclusivamente, da presença de sinal de vida, ainda que essa dure poucos instantes. Se esses sinais cessaram, significa que a criança morreu e a DO deve ser fornecida pelo médico do hospital.

Não se trata de óbito fetal, dado que existiu vida extrauterina.

O médico que constatou o óbito deverá preencher a Declaração de Nascido Vivo (DNV) e a DO para que seja realizado o registro no cartório pelos familiares e seguinte liberação do corpo.

O médico deve esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica, inclusive com anamnese e história colhida com familiares. Quando, mesmo assim, a causa da morte for

desconhecida, mas não houver suspeita de morte externa ou não natural, deverá assinar a DO, preenchendo o item de diagnóstico como “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”.

Se necessário, o Serviço Social poderá ser acionado para outras informações e encaminhamentos pertinentes ao caso.

Óbito intraútero ou neonatal ocorrido em parto domiciliar ou no transporte, antes da chegada à instituição

Nas situações em que a puérpera busque atendimento na instituição em pós-parto domiciliar ou parto ocorrido durante o transporte sem médico, com conceito em óbito, faz-se necessário compreender se o óbito ocorreu intraútero ou após o parto. Esta informação é importante e necessária para distinguir se haverá a necessidade de preenchimento de DNV, além da DO. Para tanto, o médico plantonista deverá realizar uma anamnese detalhada com a puérpera e familiares e, exame físico criterioso do conceito e puérpera, para esgotar todas as possibilidades para formular a hipótese diagnóstica que possa ter levado ao óbito. Quando, mesmo assim, a causa da morte for desconhecida, mas não houver suspeita de morte externa ou não natural, deverá assinar a DO, preenchendo o item de diagnóstico como “CAUSA DA MORTE DESCONHECIDA”. Se for identificado que o conceito nasceu vivo e morreu após, deverá preencher também a DNV, com dados informados pela puérpera e familiares. Caso a história e exame físico seja inconsistente ou haja suspeita de que possa ter havido morte por causa externa, tais como violência sofrida pela mãe ou mesmo com o neonato, a DO não deverá ser emitida, devendo o corpo ser preparado e encaminhado ao IML.

Solicitação de cremação do corpo pela família

A cremação de corpo somente poderá ser realizada quando for em decorrência de morte natural, ao qual a família tenha manifestado o desejo de incineração ou por interesse de saúde pública. Para que a incineração possa ser realizada, a instituição deverá providenciar a assinatura no atestado e declaração de óbito por 2 (dois) médicos. O preparo e encaminhamento do corpo segue os trâmites normais, para retirada pela funerária.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Manejo de óbitos	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	2º mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Inclusão no Plano anual de	NEP	Procedimento operacional padrão e	Inclusão no Plano anual de	2° mês
Treinamento (PAT)		Cronograma de Treinamento	Treinamento	
Elaboração do Plano de treinamento	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	2° mês
Implementar procedimento operacional padrão do Manejo de óbitos	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	3° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	3° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	4° mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

BRASIL. Corregedoria Nacional de Justiça e Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 1, de 30 de março de 2020. Estabelece procedimentos excepcionais para sepultamento e cremação de corpos durante a situação de pandemia do Coronavírus, com a utilização da Declaração de Óbito emitida pelas unidades de saúde, apenas nas hipóteses de ausência de familiares ou de pessoas conhecidas do obituado ou em razão de exigência de saúde pública, e dá outras providências. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original173824202005085eb59910638b4.pdf>. Acesso em 05 mar 2021:

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/institucional/imprensa/campanhas-e-produtos/direito-facil/edicaosemanal/prevaricacao>. Acessado em 24/02/2021.

BRASIL. Lei nº 8.501, de 30 de novembro de 1992. Dispõe sobre a utilização de cadáver não reclamado, para fins de estudos ou pesquisas científica e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/norma/550377/publicacao/16418241> Acessado em 18 mar. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.976 de 7 de julho de 2009. Dispõe sobre a Declaração de óbito e a realização de estatísticas de óbitos em hospitais públicos e privados. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/L11976.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20de,em%20hospitais%20p%C3%ABlicos%20e%20privados.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documentos médicos - Unidade 4 - Declaração de Óbito, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Manual de Instruções para o preenchimento da Declaração de Óbito. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 54 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/cgiae/sim/documentacao/manual-de-instrucoes-para-opreenchimento-da-declaracao-de-obito.pdf>

BUENO, E. Porque falar na morte? Rev. Espaço Acadêmico, 2003.

CHEREGATTI, A. L. et al. Técnicas de enfermagem. São Paulo: Rideel, 2009. 246p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM 1672/2003. Dispõe sobre o transporte Inter hospitalar de pacientes e dá outras providências. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1672>, acessado em 23/01/2021

1.3.5.23. *Contenção Mecânica do Paciente no Leito*

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Tal POP tem como finalidade orientar a assistência multiprofissional no monitoramento, implementação e definição de critérios que justifiquem a aplicação da contenção no paciente com agitação psicomotora ou agressividade em seu atendimento, através da:

- Padronizar o procedimento de contenção mecânica segura nos pacientes com indicação na unidade hospitalar;
- Estabelecer os critérios de indicação e contraindicação do procedimento;
- Estabelecer critérios de manutenção e suspensão da contenção;
- Diminuir a perda de dispositivos ocasionada pelo paciente durante agitação

de modo que o procedimento seja realizado de forma humanizada. A implantação e sedimentação desta prática é realizada pela equipe assistencial, com apoio do NEP.

2.Âmbito:

Este procedimento aplica-se a todos os setores da unidade hospitalar que tenham paciente internado e/ou em atendimento, no leito, e esteja elegível, dentro do POP de Contenção mecânica do paciente no leito, incluindo Unidades de Internação, Pediátrica, Centro Cirúrgico, Pronto Socorro, UTI Adulto, demais áreas assistenciais.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Leito ou maca em quarto de observação com lençol limpo;
- Faixas de contenção, devidamente adequadas para cada membro do corpo

4.Atribuições de cada categoria profissional

Médico

- Realiza a avaliação clínica do paciente.
- Avaliar indicação de contenção

- Exame físico e aplicação de escala de RASS
- Prescrição da contenção
- Participa da equipe de contenção, conforme necessário.

Enfermeiro

- É o responsável pela supervisão direta e pela prescrição da contenção.
- Coordena a equipe e garante que o procedimento seja realizado de forma segura e humanizada, conforme os protocolos.
- Verifica a necessidade de contenção, prescreve a restrição e o plano de cuidados associado.
- Monitora o paciente em contenção de hora em hora, verificando sinais vitais, consciência, pele e circulação nos locais de contenção

Técnicos de Enfermagem

- Participam ativamente na execução do procedimento, sob supervisão e orientação do enfermeiro.
- Realizam a contenção física e os cuidados de higiene do paciente.
- Monitoram o paciente durante o procedimento.
- Auxiliam o enfermeiro no monitoramento e na execução do plano de cuidados

Equipe Multidisciplinar

- Acolher o paciente
- Orientar acompanhante / familiares

5. Atividades:**Manejo de paciente agitado ou agressivo**

A agitação pode ser definida como um aumento da atividade psicomotora associada a uma experiência subjetiva de tensão, podendo ser observada por meio de manifestações clínicas, fala com conteúdo ameaçador, tensão muscular, hiperatividade, impaciência, desconfiança, podendo apresentar juízo crítico prejudicado e dificuldade de reconhecer a necessidade de ajuda (MANTOVANI et al., 2010).

A avaliação e o manejo de um paciente agitado, potencialmente agressivo ou francamente violento, são tarefas complexas que exigem dos profissionais habilidades diversas, e que necessitam ser aplicadas em conjunto e com agilidade. Para subsidiar o processo de enfermagem foram listado os principais diagnósticos de enfermagem e intervenções da CIPE no apêndice 4. Antes de realizar a contenção mecânica propriamente dita, deve-se tentar algumas

formas de manejo que engloba a organização do espaço físico, a adequação de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde (MANTOVANI et al., 2010; RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Para fins de compreensão, neste protocolo, organizamos o planejamento das ações em quatro momentos: manejo verbal, manejo ambiental, manejo comportamental, manejo farmacológico e manejo físico.

Manejo Verbal

A escuta terapêutica é o primeiro cuidado com o paciente que manifesta agitação e potencial agressividade, realizado enquanto se faz a observação do comportamento do paciente. O respeito e a escuta ativa são de demasiada importância, pois, o comportamento agressivo e risco de violência pode ser potencialmente minimizado de acordo como os profissionais da equipe de saúde falam e se comportam. “A adequação do comportamento da equipe de profissionais no manejo da situação é um aspecto fundamental para a prevenção de agressão física ou danos morais” (MANTOVANI et al, 2010).

Portanto, o sucesso no atendimento oferecido depende tanto da qualidade técnica com que ele é realizado, quanto da qualidade das interações entre os sujeitos que o fazem, no caso o profissional e o usuário (NETO, 2013).

Para que a comunicação terapêutica aconteça, é necessário ouvir reflexivamente, observar atentamente, interpretar as mensagens verbais e não verbais. Nessa abordagem terapêutica, humanizada e singular procura-se demonstrar interesse fazendo perguntas e colocando os eventos em sequência lógica, aproximando-se do paciente calmamente informando a ele o desejo de ajuda-lo (KONDO et al., 2011).

É necessário que os profissionais se disponham “a conversar e dialogar, ouvindo e deixando que a pessoa em sofrimento relate suas angústias e necessidades” (NETO et al., 2013). A equipe, na medida em que adere a um diálogo claro e objetivo, desperta no usuário um sentimento de confiança, sendo que o contrário disto são sentimentos de desconforto e insegurança provocados pelas falhas no diálogo (FASSARELLA; CRUZ; PEDRO, 2013). Uma síntese dos princípios dessa técnica é:

- Respeitar o paciente e o seu espaço pessoal;
- Não provocar;
- Estabelecer contato verbal;
- Ser conciso;
- Identificar desejos e sentimentos;

- Ouvir atentamente o que o paciente está dizendo;
- Concordar ou concordar para depois discordar;
- Ter regras e limites claros;
- Oferecer opções e otimismo;
- Informar o paciente e a equipe

A equipe multiprofissional deve entender que a crise é a manifestação das angústias e sofrimento do indivíduo, que o levam a sair da sua realidade, e deve-se saber acolher a particularidade de cada indivíduo, seu sofrimento e sentimentos. “A equipe multiprofissional deve estar disposta e envolvida para entender que o diálogo tem um papel significativo na reabilitação deste paciente em crise” (SILVA, 2013).

Manejo ambiental

O manejo ambiental consiste em organizar o espaço físico para aumentar a segurança do paciente, da equipe e de outras pessoas inseridas no local, a fim de ajudar o paciente a controlar seus impulsos agressivos e diminuir o comportamento violento. Para tanto, algumas condutas devem ser tomadas:

- Retirar objetos ou aparelhos que possam ser quebrados ou mesmo usados como armas
- Manter fácil acesso à porta tanto para a equipe como para o paciente, já que alguns pacientes podem se sentir acuada, o que aumentaria o risco de agressão física
- O paciente não deve ser atendido por um único membro da equipe, a presença de outros profissionais de saúde ou mesmo de segurança no local de atendimento ajuda a coibir comportamentos violentos de maneira significativa
- Ao menor indício de hostilidade ou agitação, o paciente deve ser imediatamente avaliado. Quanto mais cedo o paciente for abordado, menor é o risco de evolução para comportamento violento
- A exposição a estímulos ambientais deve ser reduzida ao máximo e pessoas desestabilizadoras para o paciente como, por exemplo, um familiar com quem o paciente tem uma relação conflituosa, ou um membro da equipe que o paciente envolveu em seus delírios, devem ser afastadas do paciente naquele momento de agitação (MANTOVANI et al., 2010; DEL-BEN et al., 2017).

O quadro abaixo apresenta o resumo de algumas medidas ambientais e/ou organizacionais para minimizar o risco de violência.

Diretrizes para o manejo ambiental de paciente agitado ou violento

1	Instituição de protocolos e rotinas para manejo de paciente agitado ou violento
2	Treinamento e reciclagem periódica da equipe responsável pelo atendimento
3	Disponibilidade de equipe de segurança
4	Organização do espaço físico destinado ao atendimento: - Retirada de objetos que possam ser usados como armas - Fácil acesso à porta - Sistema de alarme
5	Atendimento precoce e com privacidade
6	Observação contínua de outros membros da equipe
7	Redução de estímulos externos
8	Afastamento de pessoas que possam ser desestabilizadoras para o paciente

Fonte: MANTOVANI *et al.*, 2010.

Manejo comportamental

De acordo com Del-Ben et al. (2017), recomenda-se o manejo comportamental com o objetivo de estabelecer uma relação com o paciente de acolhimento, criando um vínculo de confiança, reconhecendo seu sofrimento, buscando facilitar o estabelecimento de uma colaboração mútua no controle da agressividade.

Para um manejo comportamental adequado, alguns aspectos relevantes devem ser considerados:

- Antes de qualquer intervenção, o profissional deve se apresentar ao paciente, dizendo seu nome e seu papel profissional naquela situação, bem como os demais membros da equipe
- Durante a abordagem a fala do profissional deve ser pausada, objetiva e clara, para evitar entonações ou frases hostis ou demasiadamente autoritárias
- O paciente deve ser estimulado a expressar seus sentimentos em palavras e a equipe deve reforçar a capacidade do paciente de autocontrole
- Não fazer ameaças ou humilhações
- Não confrontar
- Estabelecer vínculo de confiança e respeito em que o paciente se sinta acolhido e com seu sofrimento reconhecido
- Olhar diretamente para o paciente e evitar movimentos bruscos
- Manter distância e evitar fazer anotações
- Assegurar ao paciente que você pretende ajudar a controlar seus impulsos (MANTOVANI et al., 2010; DEL-BEN et al., 2017).

Manejo farmacológico

O manejo farmacológico tem o objetivo de usar medicação para tranquilizar o paciente o mais rápido possível, reduzindo os riscos de auto e/ou heteroagressividade e a ocorrência de efeitos colaterais, o que permite a continuidade da investigação diagnóstica e abordagem terapêutica. É importante ressaltar que não se deve utilizar sedação excessiva, pois pode ocasionar um efeito colateral indesejável, podendo interferir na avaliação do estado de saúde do paciente (DEL-BEN et al., 2017; RIBEIRÃO PRETO, 2018).

As medicações utilizadas para o controle da agitação psicomotora são os antipsicóticos, convencionais, como haloperidol e clorpromazina; benzodiazepínicos, como diazepam, lorazepam e midazolam; e, mais recentemente, antipsicóticos de nova geração, como olanzapina, aripiprazol e ziprasidona (DEL-BEN et al., 2017).

Tendo-se em vista o objetivo de tranquilização e não sedação profunda, recomenda-se que o manejo de agitação/agressividade seja feito com as menores doses possíveis, ajustadas de acordo com a necessidade clínica. Caso seja necessário o uso de outras doses, recomenda-se manter a mesma droga ou combinação de drogas para evitar o aumento do risco de complicações associada ao uso de diversos (MANTOVANI et al., 2010).

O quadro abaixo apresenta algumas diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento.

Diretrizes para o manejo farmacológico de paciente agitado ou violento

- 1 Avaliar clinicamente a gravidade da agitação psicomotora e preferencialmente quantificá-la por meio da pontuação de escalas de gravidade
- 2 Iniciar o manejo da situação de agitação psicomotora por meio de intervenções verbais, atitudinais e comportamentais, sempre que possível
- 3 Estabelecer um plano específico para o manejo da situação. Envolver as equipes de enfermagem e de segurança no manejo da situação
- 4 Na escolha da medicação a ser utilizada, considerar: idade, sexo, provável índice de massa corporal, presença de condição médica geral ou outras complicações clínicas, medicações prescritas anteriormente, ocorrência de efeitos colaterais com tratamentos anteriores e uso de substâncias psicoativas
- 5 Registrar em prontuário as justificativas clínicas para a escolha da(s) droga(s)
- 6 Sempre que possível, oferecer medicação por via oral
- 7 *Se paciente cooperativo, mas com risco de agitação:*
 - Haloperidol 2,5 a 5mg por via oral OU
 - Diazepam 10mg por via oral OU
 - Haloperidol 2,5 a 5mg associado a Diazepam 10mg por via oral OU
 - Risperidona 2mg, por via oral OU
 - Risperidona 2mg associada a Lorazepam 2mg, por via oral
 - Obs: Se condição médica geral presente, evitar benzodiazepínicos
- 8 *Se paciente não cooperativo, agitado, ou com risco iminente de violência ou fuga:*
 - Condição médica geral
 - Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU
 - Olanzapina (5 a 10mg) por via intramuscular OU
 - Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular
 - Intoxicação por estimulantes
 - Midazolam (5 a 15mg) por via intramuscular OU
 - Diazepam (5 a 10mg) por via endovenosa
 - Intoxicação por álcool ou outras substâncias psicoativas
 - Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular
 - Transtornos psiquiátricos primários
 - Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular OU
 - Haloperidol (2,5 a 5mg) associado a Midazolam (5 a 7,5mg) por via intramuscular OU
 - Olanzapina (5 a 10mg) por via intramuscular OU
 - Ziprasidona (5 a 10mg) por via intramuscular
 - Gestantes
 - Haloperidol (2,5 a 5mg) por via intramuscular
- 9 Reavaliar o paciente a cada 30 minutos e, preferencialmente, quantificar os níveis de tranquilização/agitação por meio da pontuação de escalas de gravidade, bem como aferição de sinais vitais
- 10 Em caso de necessidade de medicação adicional, repetir a droga (ou a combinação de drogas) usada inicialmente, na mesma dose
- 11 Realizar ECG em caso de administração de Ziprasidona, ou sempre que houver achados clínicos indicativos de alteração cardiovascular
- 12 Nas 24 horas subsequentes ao uso de medicação injetável para o manejo de agitação psicomotora deve ser observada e registrada em prontuário a ocorrência de efeitos colaterais e medidas terapêuticas adotadas no manejo destes

Manejo físico e mecânico

Quando as intervenções verbais, não verbais e medicamentosas descritas anteriormente não são suficientes para o controle da situação, pode ser necessário o uso de isolamento, contenção física ou contenção mecânica (MANTOVANI et al., 2010). Para Steinert e Lepping (2009), o isolamento é a alocação do paciente em um quarto fechado onde ele pode se movimentar livremente, porém, com a porta trancada e sem a possibilidade de deixar o ambiente.

A contenção física é a imobilização do paciente pela equipe que o seguram firmemente no solo. Já a contenção mecânica se caracteriza pelo uso de faixas de couro ou tecido, em quatro ou cinco pontos, para fixar o paciente no leito.

A Resolução nº 1952/2010 do Conselho Federal de Medicina, trata das diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil, e sinaliza que a indicação de contenção física ao paciente psiquiátrico compete ao profissional médico quando for o meio mais adequado para prevenção imediata ou iminente ao próprio paciente ou a outros, sendo obrigatório constar na prescrição do paciente, tanto a indicação de contenção quanto de retirada, e registrada em

prontuário (BRASIL, 2010). Entretanto, a Resolução COFEN nº 427/2012, que normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes, permite o enfermeiro empregar a contenção mecânica em situações de urgência e emergência, e, preferencialmente, em conformidade com protocolos estabelecidos pelas instituições de saúde, públicas ou privadas, a que estejam vinculados. A equipe de enfermagem só poderá executar esse procedimento sob supervisão direta do enfermeiro. De acordo com Marcolan (2004), todos os profissionais que pertencem à equipe de saúde, podem participar da contenção física/mecânica, desde que, capacitados para tal, considerando que a assistência ao paciente centrada na equipe multiprofissional em várias instituições pelo país, vem dando bons resultados.

Médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e psicólogos devem participar ativamente do momento da contenção. Lembre-se: esse processo é de responsabilização coletiva, ou seja, todos os profissionais envolvidos deverão estar empenhados para garantir todos os benefícios ao paciente (SOUZA, 2014). Pelo parecer CREMESP nº 175.956/2015, a equipe de atendimento deve ser composta, minimamente, pela equipe médica e enfermagem (enfermeiro e técnico/auxiliares), devendo a equipe estar devidamente capacitada e treinada para esse procedimento. Além disso, o Parecer nº 2.456/2014 do Conselho Regional de Medicina do

É importante ressaltar que os pacientes em contenção mecânica possuem a necessidade de monitoramento clínico do nível de consciência, sinais vitais e condições de pele e circulação dos locais e membros contidos, com verificação regular nunca superior à 01 hora, devendo todos os dados serem registrados no prontuário do paciente. Além disso, os pacientes sob sedação, sonolentos ou com algum problema clínico, em idosos, crianças e adolescentes, devem ter um monitoramento mais rigoroso (BRASIL, 2012). A realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos agressiva possível, devendo constar no projeto terapêutico (SCHWIDERSKI; TCHAIKOVSKI JUNIOR; MANZARRA, 2013).

Diretrizes para indicação e manutenção de contenção mecânica

- 1 A contenção mecânica deve ser utilizada quando todas as outras possibilidades de intervenção forem fracassadas
- 2 Deve ser aplicada apenas quando há risco iminente de agitação psicomotora intensa, de auto e heteroagressão e de queda ou ferimentos em pacientes com rebaixamento do nível de consciência
- 3 Deve-se estabelecer um plano específico para a realização do procedimento
- 4 A contenção mecânica deve ser realizada de preferência por cinco pessoas
- 5 O paciente deve ser orientado sobre o procedimento que está sendo realizado e os motivos que levaram a ele
- 6 A contenção deve ser mantida por menor tempo possível
- 7 O conforto e a segurança do paciente devem ser checados rigorosamente, avaliando o estado geral do paciente
- 8 Durante o período de contenção mecânica a equipe de enfermagem deve manter observação contínua do paciente
- 9 Monitorar rigorosamente os sinais vitais do paciente
- 10 O médico assistente deve reavaliar o paciente quanto a necessidade de manutenção da contenção
- 11 A retirada da contenção deve acontecer na presença de vários membros da equipe
- 12 As informações referente à indicação da contenção mecânica, sinais vitais, condições de conforto e segurança, assim como intercorrências durante o procedimento devem ser detalhadamente registradas.

Fonte: adaptado de MANTOVANI *et al.*, 2010.

Descrição do procedimento de contenção mecânica do paciente no leito

Indicação

- Pacientes com escore +4 e +3 na escala de RASS;
- Risco imediato de perda de dispositivo em pacientes não colaborativos;
- Prevenção de dano imediato ou iminente ao paciente quando medidas menos restritivas tenham sido ineficazes;
- A contenção mecânica só deve ser empregada quando esgotar todas as alternativas disponíveis.

Escala de RASS

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação.

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Contraindicação de contenção mecânica do paciente ao leito

Cuidados na aplicação, monitoramento e remoção de dispositivos de contenção mecânica

- Nunca aplicar a contenção mecânica por conveniência, punição, disciplina e coerção
- Explicar a indicação da contenção mecânica ao cliente e/ou familiar, esclarecendo o caráter não punitivo
- Proporcionar ao cliente um ambiente privativo
- Manter a cabeceira da cama elevada de 30 – 45°
- Colocar o cliente com a contenção mecânica o mais próximo do campo de visão da enfermagem
- Aferir e registrar os sinais vitais antes e após a contenção mecânica, para monitorização
- Conter o membro abaixo de um acesso intravascular periférico, para evitar a constrição e infiltração da solução que estiver sendo infundida
- Manter as contenções limpas e secas
- Evitar conter uma região que possui uma lesão instalada ou problemas circulatórios
- Evitar imobilizar um cliente em decúbito ventral, pois dificulta os movimentos respiratórios, além de limitar o seu campo visual
- Avaliar possibilidade de soltar as contenções a cada 2 horas, com supervisão, para que o cliente possa se movimentar, virar e respirar profundamente

- Administrar os medicamentos para o manejo da agitação psicomotora, conforme prescrição médica
- Manter vigilância sobre os riscos psíquicos das contenções, tais como: agravamento da confusão mental, humilhação, perda da autoestima, da memória e da dignidade, sentimento de abandono, depressão, medo, raiva e indiferença
- Envolver o cliente, conforme aumenta o seu autocontrole, no processo decisório para passar a uma forma menos restritiva de intervenção
- Capacitar os profissionais da equipe de saúde da unidade para atuar com habilidade e segurança na contenção física e mecânica do cliente agressivo, confuso e/ou com agitação psicomotora

Critérios de manutenção da intervenção mecânica do paciente ao leito

- Os pacientes em contenção mecânica devem ser monitorados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora, para verificar se ainda preenchem os critérios de indicação da contenção mecânica;
- Verificar a existência de complicações como: lesões no corpo (braços, pernas, tronco), fratura, lesões isquêmicas, contusão, luxação dos membros, diminuição da mobilidade física, aumento da agitação, delirium, lesão por pressão, dupla incontinência (urinária e fecal), problemas respiratórios, constipação intestinal, desnutrição, diminuição da força muscular e equilíbrio ou qualquer manifestação clínica relacionada ao uso de contenção mecânica;
- Remover a contenção a cada 2 horas para reposicionar o paciente;
- Deve-se preencher o checklist de contenção mecânica.

Critérios de suspensão da intervenção mecânica do paciente ao leito

- Pacientes que não preenchem mais os critérios de indicação de contenção mecânica;
- Quando houver sinais de piora do quadro clínico do paciente decorrente de contenção mecânica;
- Quando houver qualquer complicação em decorrência da contenção mecânica.

Procedimentos recomendados para contenção mecânica no leito

Os materiais mínimos necessários para a contenção mecânica são: leito/maca baixo, ambiente privativo e faixas de contenção (ou atadura de crepe; algodão; gaze; compressas cirúrgicas; lençóis; tala; fita adesiva; braçadeiras de contenção) (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Após todos os profissionais estarem posicionados e o paciente restringido fisicamente, é necessário colocá-lo numa maca ou no leito, onde será contido por faixas de contenção (RIBEIRÃO PRETO, 2018). Após a definição de conduta de contenção mecânica preencher o instrumento de contenção mecânica.

A seguir o passo a passo da técnica recomendada para contenção mecânica no leito:

1. Posicionar o paciente no leito/maca em posição anatômica, com os membros inferiores levemente afastados, membros superiores ao lado do corpo e com as palmas da mão voltadas para cima. O profissional posicionado no membro inferior deve imobilizar o joelho e tornozelos; o profissional posicionado no membro superior deve imobilizar o pulso e a fossa antecubital.
2. O profissional livre (coordenador) irá decidir por qual parte começará o procedimento. Recomenda-se iniciar pelo membro que apresenta maior risco de ser solto pelo paciente. O tórax deve ser a última área a ser contida por faixa.
3. Iniciar o procedimento;
4. Investigar a causa que levou o quadro de alteração do comportamento e agitação do paciente.
5. A contenção mecânica no leito deve ser prescrita pelo médico, ou pelo enfermeiro na ausência do médico durante a urgência, (tanto a indicação como a retirada), comunicar o médico sobre a realização do procedimento e registrar em prontuário do paciente.

Nos casos de agitação intensa deve-se conter outras partes do corpo do paciente:

- Ombros: lençol em diagonal pelas costas, axilas e ombros, cruzando-as na região cervical
- Tornozelos e pulsos: proteger com algodão ortopédico, com a atadura de crepe fazer movimento circular, amarrar a faixa na lateral do leito
- Quadril: colocar um lençol dobrado sobre o quadril e outro sob a região lombar, torcer as pontas, amarrar
- Joelhos: com 02 lençóis. Colocar uma faixa sobre um dos joelhos e passá-la por baixo do joelho oposto. Repetir o procedimento com o outro joelho
- Mãos: enfaixar as mãos do paciente, fechadas, como se fosse uma luva, protegendo a palma da mão com gaze ou compressa. Fazer a higiene das mãos e trocar a faixa diariamente.



6. Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão de Contenção mecânica do paciente no leito	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	3° mês
Inclusão no Plano anual de	NEP	Procedimento operacional padrão e	Inclusão no Plano anual de	3° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Treinamento (PAT)		Cronograma de Treinamento	de Treinamento	
Elaboração do Plano de treinamento	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	3° mês
Implementar procedimento operacional padrão de Contenção mecânica do paciente no leito	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	3° mês
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	4° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	5° mês

7. Notas importantes

- Química: Deve ser realizada na falha da abordagem verbal.
- Física: Só deve ser realizada quando houver falha na abordagem verbal e química

8. Referências

BRASIL. Poder Executivo. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1952, de 11 de junho de 2010. Adota as diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil e modifica a Resolução CFM nº 1.598, de 9 de agosto de 2000. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 07 jul. 2010. Seção 1, p.133.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 572, de 07 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da Enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 10 maio 2012.

BUSATO, P. Influence of maternal anxiety on infant anxiety during dental care: a cross-sectional study. São Paulo Medical Journal. São Paulo. abr, 2017.

CALDAS JR., A.F; MACHIAVELLI, J.L. Atenção e cuidado da saúde bucal da pessoa com deficiência – Protocolos, diretrizes e condutas para cirurgiões dentistas. Editora Universitária da UFPE, Recife, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. Parecer nº 2456/2014 CRM-PR. Contenção física de pacientes em CAPSAD por Guarda Municipal ou Polícia Militar. Curitiba, PR: CRM-PR, 10 março 2014.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Parecer nº 175956/2015 CRM-SP. Conclui-se, portanto, a imperiosa necessidade do Estado e Município levarem adiante o que foi acordado no Termo de Cooperação, visando da qualidade do serviço psiquiátrico nas urgências/emergências, além de ratificarem as diretrizes do modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. São Paulo, SP: CRM-SP, 28 abril 2015.

FASSARELLA, C.S.; CRUZ, D.S.M.; PEDRO, S.L.B.A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. Revista Rede de Cuidados em Saúde.v.7.n..2013.Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rccs/article/view/1902>.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. Revista de Psicologia da UNESP. v. 6. n. 1. 2007. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/view/44/84>.

FERREIRA, R.; OLIVEIRA, V.; PIEMONTE, M.R.; RAMIRES, M.A.; BRUZAMOLIN, C.D.; MARQUES, F.R. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebês: revisão de literatura. Revista Gestão & Saúde, Brasília, v. 10, n. 1, p. 31-36, 2016.Quadrimestral.

1.3.5.24. Processo de Hemodiálise da Terapia Renal Adulto: Instalação, Monitorização e Retirada do Paciente da Máquina de Hemodiálise e Gestão de Intercorrências

 INSTITUTO Mais Saúde	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

1.Objetivo(s):

Orientar os profissionais assistenciais da unidade hospitalar, que executam sessões de hemodiálise em pacientes internados, quanto ao fluxo relacionado ao manejo da Terapia Renal Substitutiva (TRS), sobre instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise, e gestão das intercorrências.

2.Âmbito:

Nas unidades assistenciais que executam sessões de hemodiálise.

3.Recursos físicos e materiais necessários

- Computador;
- Prontuário eletrônico;
- telefone;
- Maquinas de Hemodiálise
- Kits de punção de hemodiálise, de acordo com o perfil do paciente
- Kit de retirada de punção de hemodiálise, de acordo com o perfil do paciente

4.Atribuições de cada categoria profissional

Médico Nefrologista

- a) definir a necessidade de TRS e avaliar os métodos disponíveis;
- b) discutir com o médico plantonista o caso clínico, definir tipo e objetivos da TRS e momento ideal para início do procedimento, considerando os métodos de TRS disponíveis;

- c) informar/discutir com o(a) Enfermeiro(a) o objetivo e tipo de TRS definido, de forma que a equipe possa programar a viabilização e o início do procedimento;
- d) esclarecer as dúvidas da equipe multiprofissional envolvida no procedimento prescrito, no que diz respeito a TRS para garantir a execução do procedimento de forma segura para o paciente;
- e) prescrever a TRS e registrar em prontuário a impressão e as orientações pertinentes;
- f) imprimir a prescrição da TRS em duas vias, carimbá-las e anexá-las ao prontuário físico;

Equipe de Enfermagem do serviço de Diálise

- a) gerenciar os recursos humanos para instalação da Hemodiálise Intermitente e materiais para a sessão;
- b) apresentar-se à enfermeira da unidade e reportar-se a ela, a quem estará subordinado durante terapia dialítica (atribuição do técnico de enfermagem do serviço de diálise);
- c) higienizar as mãos conforme Protocolo de higiene das mãos:
 - 1) imediatamente antes de tocar o paciente;
 - 2) imediatamente antes de realizar procedimentos limpos ou assépticos;
 - 3) imediatamente após o risco de exposição a secreções/fluídos/material contaminado;
 - 4) imediatamente após tocar o paciente;
 - 5) imediatamente após tocar superfícies próximas ao paciente;
- d) adotar as medidas de precaução padrão para todos os pacientes, adicionando as medidas de precaução específicas (contato e/ou gotículas e/ou aerossóis) quando necessário;
- e) instalar e acompanhar todo o processo da HD intermitente conforme documentos institucionais vigentes;
- f) instalar e encerrar DPI nos pacientes conforme documentos institucionais vigentes;
- g) registrar em prontuário eletrônico, no ícone controles, todas as informações pertinentes ao procedimento realizado, inclusive as informações relevantes para o balanço hídrico;
- h) sinalizar para equipe assistente quaisquer eventos que necessitem de vigilância/intervenção;
- i) assistir ao paciente crítico durante todo o procedimento de TRS nas unidades assistenciais de forma compartilhada com a equipe da unidade;
- j) retirar equipamentos da área do leito do paciente, ao término da desinfecção externa e química.

5. Atividades:

HEMODIÁLISE SEGURA

1. Objetivo:

Medida de intervenção, para promover a melhoria da comunicação, diminuindo a ocorrência de erros, danos adversos, constituindo uma assistência de qualidade e de segurança ao paciente.

2. Descrição do Procedimento:

- Ao iniciar a montagem da sala de hemodiálise, para inicia-se uma sessão de hemodiálise, o enfermeiro passará em todas as máquinas fazendo o check list inicial;
- Após a entrada dos pacientes e todos estiverem ligados, fará o segundo momento do check list, certificando que tudo está dentro dos recomendados;
- Após o paciente ser desligado da máquina de hemodiálise, realizar terceira etapa do check list, para liberação do mesmo;
- No término do preenchimento do check list, o enfermeiro assina e carimba o documento (check list).

Hemodiálise a Beira Leito**1. Objetivo:**

Realização de hemodiálise em pacientes críticos internados nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica e adultos.

3. Materiais e Equipamentos:

- Máquina de Hemodiálise;
- Conexão de looping e/ou Osmose Portátil;
- Conjunto Dialisador e linhas arterial e venosa USO ÚNICO;
- Luva estéril (cateter);
- Luva de procedimento (FAV);
- Óculos de proteção;
- Gorro;
- Máscara descartável (para o paciente);
- Gaze estéril;
- Álcool 70%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5%;
- Clorexidina degermante 2% (se necessário);

- Kit de curativo (liga e desliga, com campo estéril e capa para CDL);
- Prescrição de Hemodiálise assinada e carimbada pelo médico nefrologista;
- Soluções de diálise Ácida e básica ou biga 650g;
- Agulhas de FAV (se necessário);

4. Descrição do Procedimento:

- Verificar previamente junto ao Nefrologista/ Médico e enfermeiro intensivista condições hemodinâmicas do paciente ou impedimentos para realização do procedimento (banho, aspiração de VA, exames, procedimento cirúrgico, curativos etc);
- Confirmar identificação do paciente;
- Higienizar as mãos;
- Solicitar na farmácia satélite materiais necessários para o iniciar e finalizar procedimento, com cópia da prescrição da sessão assinada /carimbada pelo nefrologista;

Na UTI (Técnico de enfermagem HD):

1. Higienizar as mãos;
2. Preparar máquina;
3. Transferir dados da prescrição médica para o menu do equipamento;
4. Aferir e anotar sinais vitais do paciente na prescrição de HD;
5. Acionar Enfermeiro para iniciar procedimento;

Enfermeiro:

1. Confirmar identificação do paciente;
2. Orientar cuidador sobre o procedimento;
3. Higienizar as mãos;
4. Colocar os EPIs;
5. Realizar dupla checagem com o técnico de enfermagem da prescrição médica e parâmetros programados;
6. Proceder coleta de sangue para sorologias antes da heparinização do sistema;
7. Instalar paciente conforme rotina;

8. Retirar luvas e higienizar as mãos;

Realizar anotação de enfermagem e registro na passagem de plantão, assine e carimbe;

INSTALAÇÃO DE PACIENTE EM CATETER DE CURTA E LONGA PERMANÊNCIA – HEMODIÁLISE

1. Objetivo:

Propiciar a terapia hemodialítica com a utilização do cateter de curta e longa permanência;

Oferecer acesso seguro e com o menor risco de infecção ao paciente, que não apresenta condições para confecção da fístula arteriovenosa ou que perdeu o acesso de fístula arteriovenosa.

2. Materiais e Equipamentos:

- 01 par de luvas para procedimento;
- 01 par de luvas estéril;
- 01 pacote de gaze estéril;
- 01 campo fenestrado pequeno esterilizado;
- 01 seringa de 5ml;
- 01 seringa de 10ml;
- 02 máscaras descartáveis;
- Fita hipoalérgica se necessário;
- Solução de clorexedina alcoólica à 0,2% -Digliconato.
- Solução alcoólica a 70%;

3. Descrição do Procedimento:

- 1-Lavar as mãos conforme preconizado;
- 2-Colocar o EPI (máscara descartável, óculos ou protetor facial, luvas de procedimento e gorro);
- 3-Conferir o sistema extracorpóreo (identificação, aquecimento e preenchimento);
- 4-Conferir o Kit individual do paciente;
- 5-Oferecer a máscara ao paciente e auxiliá-lo;
- 6-Realizar a inspeção do orifício do cateter quanto:
 - Presença de secreção (serosa sanguinolenta e purulenta.)
 - Condições gerais do cateter;
 - Fixação do cateter;

7-Abrir a luva estéril na mesa de mayo (Enfermeiro);

8-Depositar no campo da luva:

- 10 lâminas de gaze estéril;
- 01 campo fenestrado pequeno;
- 01 seringa de 5ml;
- 01 seringa de 10ml (SN);

9-Calçar as luvas estéreis obedecendo a técnica asséptica;

10-Organizar no campo da luva estéril:

- 05 lâminas com solução alcoólica a 0,2%;

11-Realizar a limpeza da extensão do cateter (do conector até a bifurcação) com 01 lâmina embebida da solução alcoólica e desprezar;

12-Realizar assepsia do conector do lúmen arterial e venoso com 01 lâmina embebida da solução alcoólica por 10seg e desprezar;

13-Remover o conector do lúmen venoso e desprezar;

14-Realizar a limpeza com 01 lâmina embebida da solução alcoólica por 10 seg do lúmen arterial utilizando 01 lâmina embebida em solução alcoólica e desprezar;

15-Realizar a limpeza com 01 lâmina embebida da solução alcoólica por 10 seg do lúmen venoso utilizando 01 lâmina embebida em solução alcoólica e desprezar;

16-Repousar os lumens sob campo fenestrado cuidadosamente;

17-Remover a heparina do lúmen arterial e venoso obedecendo a numeração do lúmen utilizando a seringa de 5cc (avaliar necessidade de flush 20ml);

24-Receber a linha arterial e venosa, realizar assepsia com 01 lâmina embebida da solução alcoólica por 10seg

25-Conectar a linha arterial ao lúmen de melhor fluxo;

25-Desclampar o lúmen após a adaptação da linha;

26-Conectar linha venosa, desclampar o lúmen após a adaptação da linha;

28-Organizar o campo fenestrado;

29-Retirar a máscara do paciente;

30-Recolher os resíduos e desprezar conforme a sinalização das lixeiras;

32-Organizar a mesa de mayo;

33-Lavar as mãos;

34-Realizar as anotações pertinente;

4. Observações

RISCOS RELACIONADOS	INTERVENÇÕES	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Drenagem de secreção.	Identificar a coloração da secreção (serosa sanguinolenta e ou purulenta)	Realizar a oclusão do orifício do cateter com a pomada mupirocina; Comunicar ao enfermeiro a anormalidade
Queixa de dor ou presença de hipertermia	Verificar a temperatura após o procedimento de instalação	Comunicar ao Enfermeiro;
Presença de hiperemia	Verificar a extensão	Comunicar ao Enfermeiro
Dobradiça visível e abaulamento dos lúmens	Realizar manobras para desfazer as dobradiças e abaulamento	Observar a oferta de fluxo pelo lúmen comprometido; Comunicar ao Enfermeiro
Falta de fixação	Avaliar a exteriorização	Comunicar ao Enfermeiro
Clamp quebrado	Utilizar pinça auxiliar estéril para pinçar o lúmen	Comunicar ao Enfermeiro.

INSTALAÇÃO DO SISTEMA DE HEMODIÁLISE COM PRESCRIÇÃO DE ANTICOAGULANTE

1. Objetivo:

Realizar instalação do sistema de hemodiálise (HD) com prescrição médica de anticoagulante.

2. Materiais e Equipamentos:

- Óculos,
- Heparina,
- Seringa de 1ml,
- Equipamento e material apropriado para diálise,
- Impressos: Prescrição, Controle e Anotação de Enfermagem das Sessões de Hemodiálise;
- Seringa de 20ml,
- Agulha descartável,

- Luva de procedimento;
 - Solução fisiológica de 250ml;
3. **Descrição do Procedimento:**
- Uso de EPIs (luva de procedimento, gorro, máscara, protetor facial ou óculos de proteção individual);
 - Higienização das mãos antes e após o procedimento;
 - Verificar validade do medicamento, antes de utilizá-los;
 - Confirmar identificação do paciente (seguindo protocolo de identificação segura) e o procedimento a ser realizado que consta na prescrição médica (indicando Hemodiálise com anticoagulante).
 - Explique o procedimento ao paciente/acompanhante;
 - Higienizar as mãos;
 - Reúna o material para o procedimento;
 - Monte a máquina de hemodiálise conforme protocolo institucional;
 - Higienizar as mãos;
 - Aspirar a dose prescrita (realizar dupla checagem), em uma seringa de 20ml e completar com solução fisiológica 0,9% até a dose de diluição indicada pelo cálculo, antes de iniciar o tratamento do paciente;
 - Descarte a agulha de aspiração na caixa de perfuro cortante;
 - Conectar na Bomba de heparina a seringa de 20ml e realizar a programação de administração contínua;
 - Coloque os EPIs;
 - Sempre conferir se o paciente apresentou algum tipo de sangramento ou realizou procedimento cirúrgico antes da sessão de hemodiálise, ou se há programação para procedimentos invasivos. Neste caso comunicar o médico plantonista para rever dosagem de heparina prescrita.
 - Inicie o procedimento de instalação do sistema de hemodiálise conforme **protocolo institucional**.

- Aferir a pressão arterial do paciente, caso a mesma esteja acima de 160x100mmHg, comunicar enfermeiro e o médico do plantão, antes de administrar a heparina.
- No início da diálise, acione o bólus inicial de anticoagulante prescrito (pré dialisador) programado em máquina conforme prescrição;
- A segunda dose de heparina será administrada, na metade do tempo programado de diálise;
- Retire as luvas e descarte-as;
- Retire óculos de proteção;
- Higienize as mãos;
- Cheque a realização de cada dose do anticoagulante, realizar registro em prontuário eletrônico, imprimir, carimbar, assinar e anexar em prontuário;
- Fazer verificações frequentes para assegurar-se de que o sistema esteja funcionando adequadamente com a dosagem prescrita.
- Verificar cuidadosamente a presença de possíveis sinais de sangramento e relatar imediatamente, de modo que a dose do anticoagulante possa ser revisada e alterada, se necessário.
- A bomba de infusão deverá ser desligada 60 minutos antes do término da sessão, quando acesso for fístula arteriovenosa
- Desligar o paciente conforme **protocolo institucional**;

Observações

- Orientar o paciente e familiar quanto: Urina - observar se há evidências de hematúria;
- Fezes: ficar atento e orientar o paciente para comunicar se as fezes estiverem escuras, se positivo, fazer o teste para verificação da presença de sangue.
- Verificar sangramento da gengiva após a escovação dos dentes;
- Lembrar que a sensibilidade à heparina varia de paciente para paciente e ao longo do tempo em um mesmo paciente, devendo a dose de heparina ser revisada periodicamente;

O uso de heparina na hemodiálise está contraindicado nos seguintes casos:

- Paciente no pós operatório imediato;
- Paciente com derrame pericárdico;
- AVCI há menos de 30 dias

- AVCH há menos de 90 dias
- Biópsia renal há menos de 15 dias;
- Cateterismo com punção arterial há menos de 7 dias;
- Plaquetas séricas menor que 150000/mm;
- Paciente já anti-coagulado por outro motivo;
- Distúrbios de coagulação atuais;
- Sangramento ativo;

Observações:

- Fazer avaliações frequentes para assegurar-se de que o sistema esteja funcionando adequadamente com a dosagem prescrita durante a sessão de hemodiálise.
- Por se tratar de um medicamento **ALTA VIGILÂNCIA** a administração de heparina deve seguir o protocolo assistencial multiprofissional “Uso Seguro de Medicamentos Potencialmente Perigosos”. Deve ser preparada pelo enfermeiro assistencial e administrada com dupla checagem pela equipe de enfermagem. Calcular a dose de Heparina inicial, 25UI/Kg/H. É um medicamento anticoagulante, utilizado em pacientes com indicação de realização de terapias contínuas de substituição renal (TSRC). Trata-se de uma medicação injetável que, na prática, ajuda na diluição do sangue e previne trombos no circuito de hemodiálise.
- Os trombos são uma espécie de coágulo, eles podem surgir em determinado local do corpo e percorrer o caminho da circulação sanguínea. Assim, elevam o risco de complicações mais graves como obstrução do fluxo sanguíneo e embolia.
- Efeitos Colaterais da Heparina: Prurido, osteoporose, reações alérgicas, hiperlipidemia, hipercalemia, trombocitopenia e sangramento excessivo;
- Lembrar que a sensibilidade à heparina varia de paciente para paciente e ao longo do tempo em um mesmo paciente, devendo a dose de heparina ser revisada periodicamente;
- Em pacientes adultos pesando entre 50 e 90Kg, a sensibilidade a heparina não parece estar relacionada com o peso corporal.

INSTALAÇÃO DO SISTEMA DE HEMODIÁLISE SEM PRESCRIÇÃO DE ANTICOAGULANTE

1 - Objetivo

Dialisar o paciente que está apresentando sangramento e sem coagulação do sistema

2 - Descrição

Materiais necessários;

- Soro fisiológico 0,9% 1000ml
- Equipo macro gotas,
- Luvas de Procedimento,
- Etiqueta com tempo de lavagem (15/15 min e Volume), (20/20min e Volume) e (30/30min e Volume)

3- Introdução

Realização de hemodiálise sem Heparinização do sistema extracorpóreo

4- Ação

- Confirmar identificação do paciente e procedimento a ser realizado (indicando HD sem anticoagulante);
- Explique o procedimento ao paciente/acompanhante;
- Higienize as mãos;
- Coloque os EPIs;
- Iniciar a hemodiálise
- Inicie o procedimento de instalação do paciente conforme acesso
- Ajustar a bomba de sangue com fluxo máximo permitido, conforme prescrição de hemodiálise;
- Durante a diálise, lave o conjunto dialisador/linhas com SF 0,9% seguindo os intervalos e volume de acordo com a prescrição médica;
- Abra a pinça do soro e pince a linha arterial;
- Faça o priming com 50ml de SF 0,9%;
- Após o término do priming, desclampe a linha arterial e pinçar o ramo do soro;
- Checar cada lavagem na etiqueta de horário e volume administrado;
- Realizar anotação de enfermagem e carimbar.

5- Avaliação

Avaliar se o sistema do paciente não irá coagular durante a sessão de hemodiálise.

MONITORAMENTO DURANTE A HEMODIÁLISE**1- Objetivo**

Monitorização do paciente durante a sessão de hemodiálise.

2- Materiais e Equipamentos

- Aparelho de Pressão;
- Estetoscópio;
- Termômetro;
- Balança;
- Relógio;
- Glicosímetro;
- Monitor Multiparâmetro;

3- Descrição do Procedimento:

- Após instalação do paciente em hemodiálise, verificar novamente a prescrição e checar parâmetros da máquina;
- Verificar e registrar PA nos horários estabelecidos;
- Determinar o intervalo de aferição da PA através da avaliação médica e de enfermagem;
- Administrar 2ª dose de heparina de acordo com a prescrição;
- Em caso de hemodiálise com heparina reduzida e sem heparina realizar lavagens de acordo com o volume e intervalos determinado;
- Realizar glicemia capilar quando prescrito;
- Observar constantemente o fluxo do sangue e parâmetros da máquina;
- Manter o detector de bolhas acionado durante todo o procedimento, verificar constantemente;
- Comunicar ao enfermeiro ou médico quando o acesso vascular não for suficiente para manter um fluxo adequado, evitando assim a coagulação do sistema e a insuficiente depuração sanguínea;
- Observar constantemente a pressão venosa, pois seu aumento poderá significar a presença de hematoma na Fístula arteriovenosa, obstrução em cateteres ou ainda a presença de coágulos no dialisador e catabolha;
- Observar constantemente sinais e sintomas apresentados durante a hemodiálise (tonturas, tremores, agitação psicomotora, sangramento, palidez, sudorese etc.), orientar

paciente e acompanhante a expressar verbalmente qualquer problema que ele venha a apresentar;

- Observar e registrar na folha diária os parâmetros da monitorização, administração de medicamentos, reposição hídrica, transfusões e horário de administração.

DESCONEXÃO DO PACIENTE DO CATETER APÓS HEMODIÁLISE

1. Objetivo:

Garantir permeabilidade do cateter de hemodiálise, minimizando os riscos de contaminação.

2- Materiais e Equipamentos:

- Gaze estéril umedecida com álcool 70% (1 pacote)
- Solução de heparina (de acordo com o lúmen do cateter), ou troca do luer;
- Tampa estéril (2 unidades)
- Luva de estéril (1 par)
- Máscaras cirúrgica;
- 1 frasco de heparina se cateter;
- 1 frasco de Taurolock se Permcath;
- 1 seringa de 20ml;
- 1 seringa de 5ml;
- Soro fisiológico 0,9% (20 ml)
- Óculos de proteção

3- Descrição do Procedimento:

- Colocar máscaras (paciente e profissional).
- Higienizar as mãos de acordo com protocolo de segurança do paciente;
- Calçar um lado da luva estéril.
- Umedecer as gazes estéril com álcool a 70%;
- Realizar a aspiração da solução fisiológica na seringa de 20 ml;
- Realizar aspiração da heparina ou taurolock, observando o quantitativo total para preenchimento dos lúmens do cateter;
- Desconectar linhas do cateter.

- Realizar limpeza das pontas do cateter, retirando resíduo de sangue;
- Lavar lumens do cateter com soro fisiológico (10 ml cada) – pode ser usado o soro fisiológico usado para a hemodiálise.
- Injetar solução de heparina ou taurolock (de acordo com cada lúmen)
- Fazer desinfecção das pontas do cateter com gaze e álcool 70%, fazendo fricção, 10 vezes de cada lado.
- Fechar cateter com tampa estéril (luer lock).
- Colocar capa para CDL estéril;
- Fixar com fita hospitalar;
- Liberar paciente;
- Realizar evolução do procedimento no sistema Nephosys ou PR, imprimir, carimbar e assinar;

4- **Orientações aos pacientes com cateter curta e longa permanência.**

- Evitar dormir sobre o cateter.
- Evitar a manipulação do cateter, mantendo-o fixo com fita adesiva.
- Proteger o cateter com filme impermeável durante o banho.
- Manter o curativo limpo e seco, em caso de anormalidade procurar a equipe de nefrologia, no setor de hemodiálise ou no pronto atendimento do hospital.
- Procurar o serviço de nefrologia se ocorrer dor, sangramento, visualização de secreção purulenta sob o curativo na inserção do cateter, ou febre.

5- **Observações:**

Avaliar permeabilidade do fluxo do cateter/permcath.

ATENDIMENTO DURANTE INTERCORRÊNCIA NA SESSÃO DE HEMODIÁLISE

1- Objetivo

- Oferecer assistência médica na avaliação e manutenção dos acessos vasculares
- Monitoramento contínuo dos acessos vasculares; definitivos ou provisórios, visto que estes são a pedra angular da terapia renal substitutiva adequada.
- Realizar as evoluções pertinentes.
- Estender a assistência ao paciente neste quesito específico.

- Agilizar o atendimento intra hospitalar.
- Assinar e carimbar os documentos pertinentes.
- Enfermeiros: atender as solicitações médicas.
- Técnicos: atender as solicitações do enfermeiro.

2- Descrição

Materiais necessários;

- Prontuário médico e setor de arquivo de prontuário, caneta e carimbo;
- Estetoscópio;
- Esfigomanômetro;
- Impressos para solicitação de exames e encaminhamentos.
- USG com doppler para casos específicos.

Responsável

Médico assistente na unidade de diálise, Enfermeiros e Técnicos em Enfermagem.

Introdução

Procedimento direcionado a equipe médica, enfermeiros e técnicos de enfermagem quanto a assistência aos pacientes da unidade de nefrologia na ocorrência de intercorrência.

Ação

- Observação precoce durante a avaliação médica diária de condições clínicas que possam levar a deterioração aguda de modo a antever e prevenir sua ocorrência sempre que possível.
- Detecção de condições de piora clínica e tomada de medidas para seu controle.
- Realização e registro em prontuário de anamnese direcionada a queixas e intercorrências surgidas durante as sessões de diálise.
- Exame físico direcionado com registro em prontuário.

Resumo das diretrizes de prática clínica para acesso vascular para

Hemodiálise

Tipo preferencial de acesso vascular (Diretrizes 1.1-1.3)

Preservação de sites para acesso vascular nativo (Diretrizes 2.1-2.2)

Cronograma de criação de acesso vascular (Diretrizes 3.1-3.2)

Manutenção do acesso vascular (Diretrizes 4.1-4.4)

Prevenção de infecções relacionadas com cateter (Diretrizes 5.1-5.4)

Complicações do acesso vascular (Diretrizes 6.1-6.4)

Resumo das medidas de auditoria para acesso vascular para hemodiálise (Medidas de auditoria 1-4)

Razão para diretrizes de prática clínica para acesso vascular para Hemodiálise

Tipo preferencial de acesso vascular (Diretrizes 1.1-1.3)

Preservação de sites para acesso vascular nativo (Diretrizes 2.1-2.2)

Cronograma de criação de acesso vascular (Diretrizes 3.1-3.2)

Manutenção do acesso vascular (Diretrizes 4.1-4.4)

Prevenção de infecções relacionadas com cateter (Diretrizes 5.1-5.4)

Complicações do acesso vascular (Diretrizes 6.1-6.4)

Reconhecimentos

O acesso vascular continua a ser um componente chave da hemodiálise. O acesso vascular ideal deve proporcionar uma terapia segura e eficaz, permitindo a remoção e o retorno do sangue através de um circuito extracorpóreo. O acesso vascular deve ser fácil de usar, confiável e ter um risco mínimo para o indivíduo receber hemodiálise. No entanto, a oferta de acesso de boa qualidade, embora seja um aspecto fundamental do tratamento de pacientes com hemodiálise, continua a ser difícil de alcançar.

O acesso nativo, em particular as fístulas arteriovenosas, requer um planejamento prévio ainda com alta taxa de falha primária. Os enxertos arteriovenosos que utilizam a substituição de material sintético ou biológico em conjunto com embarcações nativas exigem novamente planejamento e experiência cirúrgica, ainda que tenham alta demanda para mantê-los e uma alta taxa de complicações. Os cateteres venenosos (tanto túnel como não túnel) são de uso comum, tanto como acesso temporário quanto em menor número de pacientes, como a única forma de acesso disponível, mas oferecem terapia inferior. O acesso vascular através de cateteres venosos centrais proporciona uma menor depuração de soluto relacionada ao fluxo sanguíneo limitado e também uma maior taxa de complicações.

Esta diretriz atualiza a seção de acesso vascular no módulo de hemodiálise da 4ª edição das diretrizes da RA publicada on-line em www.renal.org em 2007. Essas recomendações de diretrizes são baseadas em uma revisão de literatura de publicações relevantes em revistas citadas no MEDLINE, PubMed e UpToDate até 1º de maio de 2010.

O sistema GRADE modificado foi adotado pela Associação Renal Comitê de Diretrizes de Prática Clínica e foi usado para avaliar as recomendações em todos os módulos na 5ª edição das diretrizes da Associação Renal. Ele descreve explicitamente a força das recomendações e a qualidade da evidência subjacente, com o objetivo de maximizar a aplicabilidade à prática clínica padrão (1-4). O nível modificado de GRADE do nível de recomendação de especialistas como "forte" (Grau 1) ou "fraco" (segundo grau) de acordo com o saldo de benefícios, riscos, carga e custo. A qualidade ou o nível de evidência é avaliado como "alto" (Grau A), "moderado" (Grau B), "baixo" (Grau C) ou "muito baixo" (D), dependendo de fatores como o design do estudo, a franqueza de Evidência e consistência dos resultados (1-4).

Resumo das diretrizes de prática clínica para acesso vascular para hemodiálise

Tipo preferencial de acesso vascular (Diretrizes 1.1 - 1.3)

Diretriz 1.1 - Acesso vascular do paciente incidente

Recomendamos que qualquer indivíduo que comece a hemodiálise deve fazê-lo com uma fístula arteriovenosa como primeira escolha, um enxerto arteriovenoso como segunda escolha, um cateter venoso tubulado como terceira escolha e um cateter não túnel como opção de necessidade. (1B)

Diretriz 1.2 - Acesso vascular do paciente pré-valente

Sugerimos que qualquer paciente em hemodiálise de longo prazo tenha acesso vascular monitorado e mantido para minimizar a falta de planejamento atempado para subsequente substituição de acesso vascular ótimo (ou DP) e evitar a necessidade de acesso de emergência. (2B)

Diretriz 1.3 - Complicações relacionadas ao acesso vascular

Recomendamos que qualquer paciente com hemodiálise a longo prazo tenha risco de complicações, especialmente infecção, relacionada ao acesso vascular minimizado por intervenções apropriadas. (1B)

Preservação de sites para acesso vascular nativo (Diretrizes 2.1- 2.2)

Diretriz 2.1 - Preservação de veias periféricas para acesso vascular sugerimos que todos os pacientes que necessitem de terapia de reposição renal devem ter educação na preservação da veia do antebraço. (2D)

Diretriz 2.2 - Preservação de veias periféricas para acesso vascular

Sugerimos que os profissionais de saúde evitem venepuncturas desnecessárias e acesso venoso periférico no membro superior destinado à criação de acesso vascular. (2C)

Cronograma de criação do acesso vascular (Diretrizes 3.1 - 3.2)

Diretriz 3.1- Planejamento do acesso vascular sugerimos que o planejamento do acesso comece quando os pacientes entram no estágio 4. do CKD (2C).

Diretriz 3.2 - Criação de acesso vascular

Recomendamos que o tempo exato de colocação do acesso vascular seja determinado pela taxa de declínio da função renal, co-morbidades e pela via cirúrgica. (1C)

Manutenção do acesso vascular (Diretrizes 4.1-4.4)

Diretriz 4.1 - Tratamento farmacológico, sugerimos que não existam intervenções farmacológicas de longo prazo comprovadas que tenham demonstrado melhorar a sobrevivência do acesso. (2C)

Diretriz 4.2 - Técnica de agulhas

Sugerimos que técnica de escada seja a de escolha e a técnica de botoeira seja a técnica de agulha preferida em situações específicas de acordo com a avaliação conjunta com o vascular. (2B)

Diretriz 4.3 - Vigilância do acesso vascular

Sugerimos que a observação sistemática e a vigilância avançada sejam utilizadas para prever e prevenir falhas de acesso. (2C)

Diretriz 4.4 - Intervenção por falha no acesso vascular

Recomendamos que seja desenvolvida uma política operacional local padrão para intervenção. (1C)

Prevenção de infecções relacionadas com cateter (Diretrizes 5.1-5.4)

Diretriz 5.1 - Minimizar o uso de cateteres venosos

Recomendamos que os cateteres venosos sejam empregados como um método de último recurso para acesso vascular de longo prazo para reduzir o risco geral de complicações infecciosas em pacientes com hemodiálise. (1B)

Diretriz 5.2 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter

Recomendamos que a técnica asséptica seja obrigatória em todas as manipulações dos cateteres de diálise venosa central. (2C)

Diretriz 5.3 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter

Recomendamos que o local de saída do cateter seja limpo com clorhexidina 2%. (1B)

Diretriz 5.4 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter

Sugerimos que uma solução de bloqueio antimicrobiano ou antibiótico seja usada para reduzir a bacteriemia relacionada ao cateter e outras infecções. (2B)

5.4.4 Complicações do acesso vascular (Diretrizes 6.1-6.4)

Diretriz 6.1 - Tratamento da infecção por acesso e bacteriemia relacionada

Recomendamos que os cateteres venosos sejam removidos em todos os pacientes com hemodiálise gravemente grave com bacteriemia relacionada ao cateter, a menos que nenhum acesso vascular alternativo possa ser alcançado. (1B)

Diretriz 6.2 - Prevenção da formação de aneurisma arteriovenosa

Sugerimos que a prevenção da formação aneurismática com boa técnica de agulhamento seja apropriada e seja a pedra angular da preservação das fístulas arteriovenosas. (2C)

Diretriz 6.3 - Tratamento da isquemia relacionada a fístulas arteriovenosas ou enxertos

Sugerimos que o desenvolvimento de isquemia periférica relacionada a fístulas arteriovenosas ou enxertos requer uma avaliação precoce pelo cirurgião de acesso vascular para permitir uma intervenção proativa para prevenir o aparecimento de gangrena ou necessidade de amputação. (2B)

Diretriz 6.4 - Prevenção e tratamento da oclusão do cateter venoso central

Sugerimos que a oclusão do cateter possa ser prevenida pelo uso de uma solução de bloqueio antitrombótico e a oclusão do cateter deve ser gerenciada usando agentes trombolíticos (uroquinase ou t-PA) antes da troca ou substituição do fio do guia do cateter. (2C)

Razão para diretrizes de prática clínica para acesso vascular para Hemodiálise

Tipos preferidos de acesso vascular (Diretrizes 1.1 - 1.3)

Diretriz 1.1 - Acesso vascular do paciente incidente, recomendamos que qualquer indivíduo que comece a hemodiálise deve fazê-lo com uma fístula AV como primeira escolha, um enxerto de AV como segundo, um cateter venoso tunelado como terceira escolha e um cateter não túnel como opção de necessidade. (1B)

Estratégias para salvar AVF trombose**Justificativa das Diretrizes 1.1-1.3**

Existem três formas principais de acesso vascular disponíveis para o tratamento de pacientes com doença renal estabelecida com hemodiálise. Estas são fístulas arteriovenosas, enxertos arteriovenosos utilizando material protético ou biológico e, finalmente, cateteres tubulados ou não túneis colocados em uma veia central.

Não há ensaios de controle randomizados bem construídos para demonstrar a superioridade de uma forma de acesso venoso em relação a outra, mas evidências de estudos múltiplos sugerem que as fístulas arteriovenosas são superiores em termos de longevidade, necessidade de manutenção e menor risco de complicações vasculares e infecciosas em comparação com

Outros tipos de acesso vascular. Existe uma variação considerável no Reino Unido e em todo o mundo na utilização de diferentes formas de acesso vascular. Ambos pacientes

A demografia e a preferência do clínico podem explicar esta variação.

Fatores que podem influenciar a provisão de acesso e a sobrevivência incluem obesidade, diabetes mellitus e presença de doença arterial vascular (1). Aproximadamente 0,2 intervenções por paciente por ano são realizadas para fístulas arteriovenosas em comparação com 1,0 intervenção por paciente por ano para enxertos arteriovenosos (2). A sobrevivência do acesso primário a longo prazo é estimada em aproximadamente 90% da fístula arteriovenosa após um ano em comparação com 60% do enxerto arteriovenoso (3). Os cateteres venosos tunelados em uma análise recente têm

Melhores características de fluxo e um risco de infecção reduzido do que os cateteres não tunelados (4). Portanto, os cateteres tunelizados são preferidos aos cateteres não tunelados para o fornecimento de acesso vascular.

Preservação de sítios para acesso vascular nativo (Diretrizes 2.1- 2.2)

Diretriz 2.1 - Preservação de veias periféricas para acesso vascular

Sugerimos que todos os pacientes que necessitem de terapia de reposição renal devem ter educação na preservação da veia do antebraço. (2D)

Diretriz 2.2 - Preservação de veias periféricas para acesso vascular

Sugerimos que os profissionais de saúde evitem venepuncturas desnecessárias e acesso venoso periférico no membro superior destinado à criação de acesso vascular. (2C)

Justificativa das Diretrizes 2.1-2.2

A regra geral preferida para a formação da criação arteriovenosa é começar distalmente e se mover proximalmente no braço não dominante. Todos os pacientes de pré-diálise e diálise e profissionais de saúde devem ser educados sobre a preservação de veias no antebraço e para cuidados pré-diálise devem formar parte do pacote de cuidados (1).

Cronograma de criação de acesso vascular (Diretrizes 3.1-3.2)

Diretriz 3.1

Sugerimos que o planejamento do acesso comece quando os pacientes entram no estágio 4. do CKD (2C)

Diretriz 3.2

Recomendamos que o tempo exato de colocação do acesso vascular seja determinado pela taxa de declínio da função renal, co-morbidades e pela via cirúrgica. (1C)

Justificativa das orientações 3.1-3.2

Para um paciente pré-diálise que optou por iniciar a hemodiálise, o objetivo principal é iniciar hemodiálise com fístula arteriovenosa funcional (1-2).

No entanto, existem poucos dados para determinar quando o tempo ótimo para a colocação de uma fístula arteriovenosa deve ocorrer. Os determinantes do tempo de tal cirurgia devem maximizar o potencial para iniciar a diálise com uma fístula arteriovenosa, minimizando a colocação de acesso ou acesso não utilizado que é colocado e depois falha antes do início da diálise. Os fatores que informam essa consideração incluem o potencial de declínio da função renal de um indivíduo, as comorbidades do indivíduo que afetam a probabilidade de sucesso primário e insuficiência secundária e, finalmente, o processo logístico de cuidados de saúde que fornece um indivíduo com uma fístula arteriovenosa. Os pacientes devem ser referidos com antecedência suficiente para que possam ser submetidos ao processo de avaliação, investigação, se necessário e depois operação.

O planejamento do acesso vascular deve começar em algum ponto depois que um indivíduo chega ao estágio 4 da DRC. Também seria apropriado afirmar que uma fístula arteriovenosa deve ser colocada no mínimo três meses antes do início da hemodiálise e provavelmente não mais de um ano a partir de A data esperada da diálise. No entanto, não é incomum em alguns indivíduos que a taxa de progressão não seja previsível tornando difícil o tempo de acesso. Pesquisas adicionais são necessárias para determinar o tempo ideal para a criação de acesso

Para os implantes protéticos, não é necessário um período de maturação superior a duas a três semanas após a implantação. Consequentemente, em indivíduos em quem um enxerto arteriovenoso é considerado o acesso apropriado, a colocação pode ser adiada até um momento mais próximo da data esperada de diálise.

Da mesma forma, o principal benefício dos cateteres venosos é que eles podem ser utilizados imediatamente. No entanto, recomenda-se que os cateteres não túnel não sejam utilizados por mais de sete dias antes de serem convertidos em acesso em túnel. A veia jugular interna é o local de colocação preferido.

As veias subclávias devem ser evitadas a menos que sejam absolutamente necessárias devido à alta taxa de estenose venosa associada a este sítio (3). O dano às estruturas venosas centrais pode reduzir as chances de formação de fístulas arteriovenosas bem sucedidas no futuro.

➤ **Manutenção do acesso vascular (Diretrizes 4.1-4.4)**

Diretriz 4.1 - Tratamento farmacológico

Sugerimos que não existam intervenções farmacológicas de longo prazo comprovadas que tenham demonstrado melhorar a sobrevivência do acesso. (2C)

Diretriz 4.2 - Técnica de agulhas

Sugerimos que o botão seja a técnica de agulha preferida. (2B)

Diretriz 4.3 - Vigilância do acesso vascular

Sugerimos que a observação sistemática e a vigilância avançada sejam utilizadas para prever e prevenir falhas de acesso. (2C)

Diretriz 4.4 - Intervenção por falha no acesso vascular

Recomendamos que seja desenvolvida uma política operacional local padrão para intervenção. (1C)

Justificativa das Diretrizes 4.1-4.4

Uma vez que o acesso vascular é formado, é essencial manter ou melhorar a sua função e prolongar a sua vida útil. Esta seção tratará de intervenções farmacológicas, técnicas de agulhamento, vigilância e intervenção.

Fundamentação para a Orientação: estratégias anticoagulantes ou antiplaquetárias:

Não há estudos baseados em evidências para apoiar o uso de estratégias anticoagulantes ou antiplaquetárias para reduzir o risco de trombose no uso prolongado do acesso vascular.

Foram avaliadas várias intervenções farmacológicas:

Fístulas arteriovenosas

Uma meta-análise Cochrane publicada em vários estudos de curto prazo de 1974 a 2003 (1). Todos esses dados de teste sugeriram efeitos benéficos a curto prazo de fármacos antiplaquetários como ticlodipina, aspirina e clopidogrel, mas, importante, vários papéis tinham trinta anos ou mais de idade. Além disso, a maioria dos testes apresentou curtos períodos de seguimento (um mês ou menos).

Um artigo mais recente estudou os efeitos de Clopidogrel sobre a falha precoce das fístulas arteriovenosas com um desfecho primário novamente com permissão primária de seis semanas (2). Em quase 900 participantes, a taxa de trombose da fístula foi reduzida para 12,2% em comparação com 19,5% no grupo placebo, mas crucialmente o ponto final secundário de adequação para a diálise não diferiu entre os dois braços de intervenção.

Enxertos arteriovenosos

Crowther et al, em 2002, publicaram sobre o uso de baixa dose de varfarina com um INR alvo de 1,4 a 1,9 (3). O ponto final primário foi a trombose do enxerto, mas o teste foi encerrado devido ao aumento do número de eventos hemorrágicos maiores no grupo de tratamento. A conclusão foi que a varfarina era prejudicial nesse cenário. Novamente, uma série de estudos de curto prazo sugeriram o benefício da terapia antiplaquetária para a prevenção da trombose do enxerto. Estes incluíram aspirina, dipiridamol, dipiridamol e aspirina em combinação e óleos de peixe (4-5).

Cateteres venosos

A) warfarina

B) terapia formal antiplaca com aspirina, dipiridamol ou clopidogrel

C) medicamentos alternativos, como ácidos graxos ômega 3.

Em 1990, Bern et al sugeriu que a baixa dose de warfarina poderia prevenir a trombose em pacientes com cateter venoso central (6). A dose utilizada foi de 1 mg por dia, o que não afetou o INR e um excesso de complicações hemorrágicas não foi relatado. Mais recentemente, a warfarina não mostrou ser efetiva nesta configuração (7-9).

Fundamentação para a Orientação:

Técnica de agulhas

Houve um foco recente no tipo de técnica de agulha empregada para acessar

Fístulas arteriovenosas. Existem três técnicas amplas:

- A) punção da área (canulação em uma área restrita)
- B) técnica da escada de corda (a agulha é progressivamente movida para cima e para baixo ao longo da fístula)

C) técnica da casa de botão (um trato é formado para baixo, que as cânulas podem ser colocadas) Em um estudo recente, a canulação das fístulas AV foi comparada usando as ferramentas do botão e da escada de corda (1). Aqueles no grupo do botão têm mais cânulas mal sucedidas em comparação com o grupo da escada de cordas, mas o primeiro estava associado a um risco significativamente reduzido de formação de hematoma e aneurisma. A intervenção com angioplastia foi maior nos pacientes usando a técnica de escada de corda.

Houve no entanto, um risco aumentado de infecção associada à técnica do botão. Recomenda-se, portanto, que a técnica de botão seja o método preferido para a canulação da fístula, mas devem ser utilizadas medidas aprimoradas para a redução da infecção. A punção da área é a técnica menos favorecida.

Fundamentação para a Orientação

vigilância do acesso vascular

O reconhecimento de um acesso falido é crucial para: a) informar a necessidade de intervenção para manter a permeabilidade do acesso e b) informar o planejamento para uma maior cirurgia de acesso em tempo hábil. A vigilância deve basear-se em torno da pirâmide de observação, adequação de diálise e monitoramento avançado Técnicas baseadas no fluxo sanguíneo da fístula (medidas de QA). A inspeção pode ocorrer em todas as ocasiões em que o acesso é usado.

A observação pode detectar inchaço local, infecção, presença de hematoma, aneurisma e potencialmente a presença de estenose. Palpação e auscultação podem complementar a inspeção particularmente quando se suspeita de uma estenose. Esses três passos (olhar, sentir,

ouvir) devem ser rotineiros na avaliação do acesso vascular. Essa observação foi complementada pela medição da depuração da ureia, monitoramento da pressão venosa e mais recentemente medidas do fluxo de acesso. Spengel e cols.

Relataram uma falta de correlação entre a taxa estática de pressão interna e o fluxo sanguíneo de acesso e concluiu que as medidas do fluxo sanguíneo de acesso representavam a melhor escolha para técnicas avançadas de monitoramento (1). O método ideal para medir o fluxo sanguíneo do acesso deve ser facilmente aplicável como aroutine ferramenta de triagem. Foram utilizadas várias técnicas para medir o fluxo de acesso, incluindo o ultra-som duplex. A diluição do fluxo de ultra-som (Transonic), o teste da bomba de glicose e a dialisância iônica também foram utilizados para determinar QA.

Atualmente, nenhuma técnica demonstrou ser conclusivamente benéfica no tratamento de complicações relacionadas à trombose de acesso (2). Além disso, a frequência ideal para monitorar o fluxo de acesso não foi determinada. A técnica utilizada para medir a Qa deve ser fácil de utilizar em uma configuração clínica de rotina com pouca variabilidade do interoperador e alta sensibilidade e especificidade. O que é conhecido é que o fluxo de acesso é um preditor exato de fístula e disfunção do enxerto. Para os enxertos arteriovenosos, uma taxa de fluxo sanguíneo inferior a 600 ml por minuto e para fístulas arteriovenosas, uma taxa de fluxo sanguíneo inferior a 300 ml pode ser uma indicação para a investigação, uma vez que estas taxas de fluxo predizem trombose iminente (3-4).

Fundamentação da Orientação

Diagnóstico e intervenção do acesso vascular falido

Se uma estenose significativa é suspeita de diagnóstico por imagem e possível intervenção deve ser oportuna e apropriada. O diagnóstico pode ser realizado por ultra-sonografia duplex, angiografia ou angiografia por ressonância magnética. A última modalidade exigirá o aprimoramento do contraste.

As recentes preocupações sobre Gadolinium podem limitar o uso de MRA. A vantagem da ultra-sonografia duplex é não invasiva e nas mãos de um clínico experiente é uma boa ferramenta de diagnóstico. A angiografia tem a vantagem de ser um prelúdio para a intervenção direta na mesma sessão. No entanto, a escolha da modalidade de imagem deve ser baseada em conhecimentos e disponibilidade locais. Froger et al encontraram sensibilidade, especificidade e valor preditivo positivo e negativo de MRA na detecção de segmentos de vasos estenosados de 97, 99, 96 e 99%, respectivamente (1).

Para estenose de saída venosa, a angioplastia transluminal percutânea é a primeira escolha de tratamento (2). Para os enxertos ou fístulas trombosados, a disponibilidade e as habilidades locais determinarão se a radiologia ou a cirurgia de intervenção representam a melhor opção

para a intervenção. Para a trombose da fístula, qualquer tentativa de resgatar a fístula arteriovenosa deve ocorrer dentro de 48 horas. Atualmente balão padrão contra balão de corte. A angioplastia não foi comparada de forma prospectiva. Anecdotalmente, um balão de corte causa menos desconforto para o indivíduo e as taxas de recorrência são menores. Embora seja de esperar que a permeabilidade possa ser mantida em uma fístula ou enxerto, a vigilância e o diagnóstico podem indicar que um acesso específico não é recuperável. Em tal situação, o planejamento para o próximo acesso vascular deve ocorrer em um prazo para minimizar o risco de diálise através de um cateter tunelizado.

Prevenção de infecções relacionadas com cateter (Diretrizes 5.1-5.4)

Diretriz 5.1 - Minimizar o uso de cateteres venosos;

Recomendamos que os cateteres venosos sejam empregados como um método de último recurso para acesso vascular de longo prazo para reduzir o risco geral de complicações infecciosas em pacientes com hemodiálise. (1B)

Diretriz 5.2 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter;

Recomendamos que a técnica asséptica seja obrigatória em todas as manipulações dos cateteres de diálise venosa central. (2C)

Diretriz 5.3 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter

Recomendamos que o local de saída do cateter seja limpo com clorhexidina a 2%. (1B)

Diretriz 5.4 - Minimizar o risco de infecção relacionada ao cateter

Sugerimos que uma solução de bloqueio antimicrobiano ou antibiótico seja usada para reduzir a bacteriemia relacionada ao cateter e outras infecções. (2B).

Justificativa das Diretrizes

A infecção continua sendo a complicação mais importante do acesso vascular. Pastan et al descobriram que a proporção de pacientes que morreram foi maior entre aqueles que foram dialisados com um cateter não manobra ou manguito em comparação com os que foram dialisados com um enxerto ou uma fístula (1). É claro que o risco de infecção é menor para os pacientes que realizam diálise pelas fístulas arteriovenosas. No entanto, o risco de infecção é pertinente para qualquer paciente independentemente dos meios pelos quais a hemodiálise é realizada.

Incidente e uso predominante de cateteres venosos

Os cateteres venosos devem ser empregados como um método de último recurso para a diálise para reduzir o risco geral de complicações infecciosas em pacientes com hemodiálise (2).

Cateteres venosos e infecção

A infecção é significativamente reduzida com linhas túneladas em comparação com linhas não túneladas (3-4). Por conseguinte, os catéteres túnel devem ser preferidos em todos os pacientes. A técnica asséptica deve ser obrigatória em cada manipulação do cateter. Em particular, dois profissionais de saúde são necessários para conectar um paciente com um cateter venoso a um monitor de hemodiálise para manter a natureza asséptica do procedimento (5-6).

Estratégias do site de saída

Para cateteres venosos, o local de saída continua a ser uma fonte potencial de infecção. O local de saída deve ser limpo com cloridrato de 2%. Isto mostrou ser superior ao ieneodino em várias configurações (7). O site de saída deve ser coberto com um curativo seguro não oclusivo para proteger o local de saída entre as sessões de diálise. Os pacientes devem ser educados sobre a importância de manter a integridade do curativo e a importância de relatar problemas com o site de saída.

Em cada sessão de diálise, o local de saída deve ser inspecionado e a evidência de inflamação registrada e a intervenção apropriada devem ocorrer. Isso pode exigir limpeza aprimorada, terapia tópica e / ou terapia antibiótica oral ou intravenosa dependendo da extensão de qualquer infecção. Uma meta-análise Cochrane explorou o benefício de uma série de estratégias de sites de saída (8).

O uso de pomada de polissazina reduziu o risco de bacteriemia relacionada ao cateter (odds ratio 0,17) e reduziu as infecções relacionadas ao cateter relacionadas ao estafilococo aureus. Curiosamente, houve resultados discordantes em infecções relacionadas à mortalidade que não foram reduzidas pela terapia com mupirocina, polissazina ou ieneodino. Medi-honey também foi testado; Johnson et al mostraram que Medihoney, quando aplicado ao local de saída do cateter tunelado, era comparável a 2% de mupirocina no número de taxas de bacteriemia associadas ao cateter (9).

Soluções de bloqueio de cateter

As soluções de bloqueio de cateter foram cada vez mais estudadas. Em termos gerais, eles são divididos em soluções antibióticas antimicrobianas e de bloqueio antimicrobiano. As soluções de bloqueio de cateter utilizadas em ensaios clínicos incluem gentamicina e heparina, taurolidina e citrato.

Várias meta-análises foram realizadas nos últimos anos, todas as quais confirmam o benefício das soluções de bloqueio de antibióticos, mas não fornecem informações sobre a escolha ideal do bloqueio do cateter (10-11). As meta-análises sugeriram que as soluções de bloqueio de antibióticos são superiores em termos de prevenção de infecção, mas há preocupações em torno da resistência microbiana em desenvolvimento.

Essas preocupações não foram confirmadas em nenhuma publicação revisada por pares até o momento. Em contraste, soluções como taurolidina ou citrato têm sido efetivas, embora

possivelmente menos do que as soluções antibióticas, mas têm uma série de efeitos colaterais e têm implicações nos custos. Recomenda-se, portanto, que seja utilizada alguma forma de solução de bloqueio de cateter, mas ensaios de controle randomizados e outros dados são necessários para determinar a solução ideal.

Complicações do acesso vascular (Diretrizes 6.1-6.4)

Diretriz 6.1 - Tratamento da infecção por acesso e bacteriemia relacionada

Recomendamos que os cateteres venosos sejam removidos em todos os pacientes com hemodiálise com bacteriemia relacionada ao cateter, a menos que nenhum acesso vascular alternativo possa ser alcançado. (1B)

Diretriz 6.2 - Prevenção da formação de aneurisma arteriovenosa

Sugerimos que a prevenção da formação aneurismática com boa técnica de agulhamento seja apropriada e seja a pedra angular da preservação das fístulas arteriovenosas. (2C)

Diretriz 6.3 - Tratamento da isquemia relacionada a fístulas arteriovenosas ou enxertos

Sugerimos que o desenvolvimento de isquemia periférica relacionada a fístulas arteriovenosas ou enxertos requer uma avaliação precoce pelo cirurgião de acesso vascular para permitir uma intervenção proativa para prevenir o aparecimento de gangrena ou necessidade de amputação. (2B)

Diretriz 6.4 - Prevenção e tratamento da oclusão do cateter venoso central

Sugerimos que a oclusão do cateter pode ser prevenida pelo uso de uma solução de bloqueio antitrombótico e a oclusão do cateter deve ser gerenciada usando agentes trombolíticos (uroquinase ou t-PA) antes da troca ou substituição do fio do guia do cateter. (2C)

Justificativa das orientações 6.1-6.4

Tratamento da bacteriemia relacionada ao acesso

Tratamento da bacteriemia relacionada ao cateter

Os episódios de bacteriemia relacionada ao cateter são relativamente comuns - a incidência é relatada entre 1-10 / 1000 dias do paciente (1). Além disso, o resultado pode ser mais pobre com taxas mais altas de mortalidade e morbidade relacionadas ao aumento da incidência de infecção metastática (por exemplo, discitis, endocardite). É também o caso de um episódio de bacteriemia relacionado a outra fonte (por exemplo, pneumonia) pode ser mais complicado se um venoso O cateter está no lugar (2).

Várias estratégias foram sugeridas e empregadas quando uma bacteremia está presente (3):

1. Planejar o tratamento com antibióticos sistêmicos por períodos prolongados de tempo ou
2. Inicie o tratamento com antibiótico sistêmico e organize a troca do fio guia

Acesso existente ou

3. Iniciar tratamento com antibióticos sistêmicos e providenciar a remoção de Cateter ou

4. uso de bloqueios de antibióticos

O dilema é manter o acesso para efeitos de diálise, ao mesmo tempo em que maximiza a cura da infecção. Em resumo, é necessária uma terapia antibiótica prolongada como mínimo para cateteres tubulados, mas a abordagem ideal para cateteres tubulados e não tunelizados é a remoção do cateter. Isso deve ser equilibrado contra as opções potenciais para acesso alternativo imediato e futuro. Infelizmente, particularmente na bacteriemia do *staphylococcus aureus*, as taxas de recorrência são altas e são mais importantes quando os cateteres venosos. Permanecem in situ se eles foram trocados por um fio guia ou não (4).

A infecção relacionada ao cateter na população de hemodiálise é um evento grave e potencialmente letal. Conseqüentemente, a remoção do cateter deve ser feita com urgência se o paciente estiver gravemente doente ou se houver evidência de infecção metastática (5-6).

6.1.2 Tratamento da infecção por enxertos arteriovenosos.

Os enxertos arteriovenosos têm a segunda maior taxa de infecção em pacientes em diálise e a infecção de um enxerto arteriovenoso tem pior prognóstico do que a infecção de uma fístula arteriovenosa (7). Comumente, é necessária a exploração, reparação e / ou drenagem cirúrgica, juntamente com um curso prolongado de antibióticos. A falta de reconhecimento da infecção do enxerto pode resultar em ruptura do enxerto.

6.1.3 Tratamento das infecções da fístula arteriovenosa

A infecção de uma fístula arteriovenosa normalmente responde bem à terapia antibiótica oral ou intravenosa. A bactericemia é comum, pode ocorrer durante a canulação e responde bem aos antibióticos. No entanto, a presença de aneurismas, trombos infectados ou formação de abscesso localizada aumenta o risco de ruptura da fístula e pode ser necessária uma intervenção cirúrgica para salvar ou amarrar a fístula.

6.2 Aneurismas

As malformações vasculares de fístulas arteriovenosas ou enxertos são comuns.

A prevenção com boa técnica de agulhamento é apropriada e é a pedra angular da preservação das fístulas arteriovenosas. A formação de aneurisma pode levar a insuficiência de enxerto ou fístula com trombose. Isso também pode levar à ruptura repentina do acesso com conseqüências potencialmente graves. Não há boas orientações baseadas em evidências.

Sobre o manejo de aneurismas nesta configuração, mas uma ligação cuidadosa com radiologia vascular e colegas cirúrgicos pode desenvolver estratégias locais de intervenção.

6.3 Isquemia relacionada a fístulas arteriovenosas ou enxertos.

A isquemia induzida pelo acesso pode ser aparente dos sintomas e do exame clínico.

A causa deve ser determinada com imagens apropriadas.

A isquemia induzida pelo acesso é uma complicação séria que pode resultar em amputação.

A isquemia sintomática é observada em até 8% da população de hemodiálise e é mais comum em pacientes idosos e com doença vascular pré-existente, como diabéticos ou aterosclerose. As fístulas arteriovenosas de alto fluxo podem induzir um fenômeno de roubo e a isquemia induzida por acesso é, portanto, mais comum em fístulas proximamente localizadas (8,9). Os pacientes podem ter uma mão pálida ou fria com ou sem dor

Durante o exercício e / ou hemodiálise, mas podem progredir para dor isquêmica em repouso e, finalmente, alterações atróficas, como ulceração, necrose e gangrena. Para alguns pacientes, isso pode exigir fístula arteriovenosa ou ligadura do enxerto, acesso alternativo ou uma mudança para uma modalidade alternativa. Esforços para reduzir o fluxo, tais como bandas e extensão arterial distal, podem ser realizados e um procedimento DRIL (revascularização distal

E ligação interna) foi realizada em vários estudos com sucesso (8-11).

Outras alternativas incluem o procedimento PAVA (anastomose arteriovenosa proximal), onde uma interposição de enxerto é usada para mover as anastomose AV no cotovelo para a axila, o uso de um cateter túnel ou transferência para DP (12-14).

Estenose venosa central e disfunção venosa central

A disfunção do cateter venoso central é um evento comum em hemodiálise. Uma redução ou cessação do fluxo sanguíneo interrompe a terapia e reduz a adequação da remoção de soluto e fluido. A disfunção do cateter pode ser minimizada por técnicas cuidadosas de inserção de cateter sob orientação fluoroscópica e / ou ultra-sonográfica (15-16) e um pacote apropriado de cuidados pós-inserção (17). A forma mais comum de disfunção do cateter é obstrução incompleta, onde a formação de fibrina ou trombose intraluminal reduz as taxas de fluxo sanguíneo que podem ser alcançadas (18-19).

Recomenda-se a prevenção da disfunção do cateter através do uso de uma solução de bloqueio antitrombótico, embora a solução de bloqueio ideal e sua concentração sejam desconhecidas (20-21). Existem preocupações quanto ao vazamento de soluções anticoagulantes na circulação sistêmica (22). Isto é mais relevante com maiores concentrações de citrato, foram notificados efeitos adversos graves ao usar soluções de bloqueio contendo > 30%

Não são recomendados citratos (23-24) e fechaduras de citrato de alta concentração. Embora tenha sido demonstrado muito interesse na anticoagulação profilática com varfarina, vários estudos não mostraram benefício com a varfarina (25-26).

A oclusão do catéter deve ser gerenciada usando agentes trombolíticos (uroquinase ou t-PA) antes da troca do fio do guia do cateter. Não há evidências de que um agente trombolítico seja superior ao outro (27).

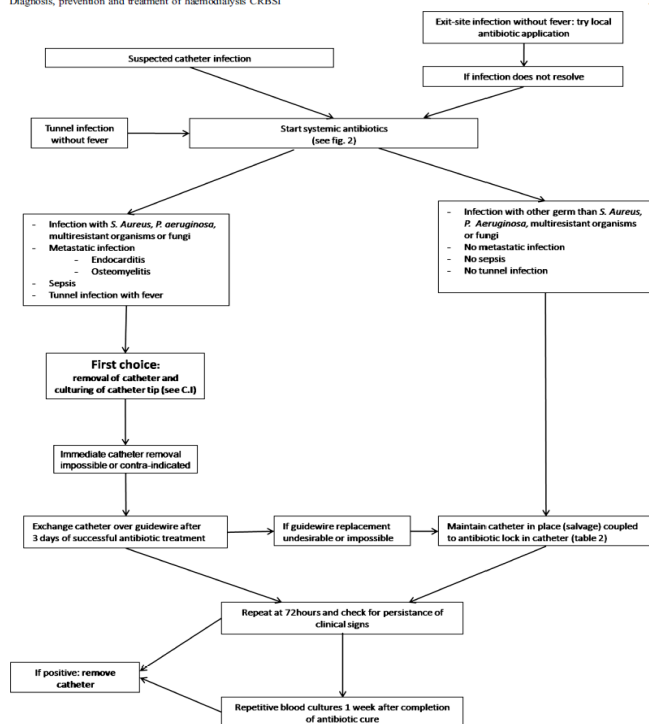


Fig. 1. Flow chart summarizing a stepwise approach in case of suspected or proven catheter-related infection, including strategies for catheter removal or preservation (salvage) of the catheter.

6.Plano de implantação e revisão:

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Aprovação do procedimento operacional padrão do Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Validação do procedimento operacional padrão	7° mês
Inclusão no Plano anual de Treinamento (PAT)	NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Inclusão no Plano anual de Treinamento	7° mês
Elaboração do Plano de treinamento	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, Diretoria Administrativa, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Elaboração do Plano de treinamento	7° mês
Implementar procedimento operacional padrão do Processo de hemodiálise da terapia renal adulto: instalação, monitorização e retirada do paciente da máquina de hemodiálise e gestão de intercorrências	Diretoria de Enfermagem, Diretoria Técnica, NQSP, NEP	Procedimento operacional padrão e Cronograma de Treinamento	Treinamento a Equipe Assistencial Institucional	8° mês

Ação	Responsável	Recurso	Como	Prazo
Avaliação de eficácia do treinamento	NEP	Documento de Avaliação de Eficácia do treinamento	In loco	8° mês
Auditoria de Segurança do Paciente	NSP – Avaliadores Internos	Checklist e cronograma de visita de acompanhamento do POP	In loco	9° mês

7. Notas importantes

Não se aplica

8. Referências

Lee T, Barker J, Allon M. Tunneled catheters in hemodialysis patients: reasons and subsequent outcomes. Am J Kidney Dis 2005; 46: 501-508.

Wivell W, Bettmann MA, Baxter B. Outcomes and performance of the Tesio twin catheter system placed for hemodialysis access. Radiology 2001; 221:697-703

DAUGIRDAS, John T; Ing. **Manual de diálise**. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2016.

FERMI, Maria Regina Valente. Manual de Diálise para Enfermagem- MEDSI- Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, Eurinilce Xavier; SANTOS, Iraci; SOUZA, Edison Régio Moraes. Tecnologias e o cuidar em enfermagem em terapias renais substitutivas. Atheneu: São Paulo, 2009

GUIMARÃES GL. Componentes do sistema de hemodiálise: assistência de enfermagem. In: Lima EX, Santos I. Atualização de enfermagem em nefrologia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia; 2004.p. 195-214.