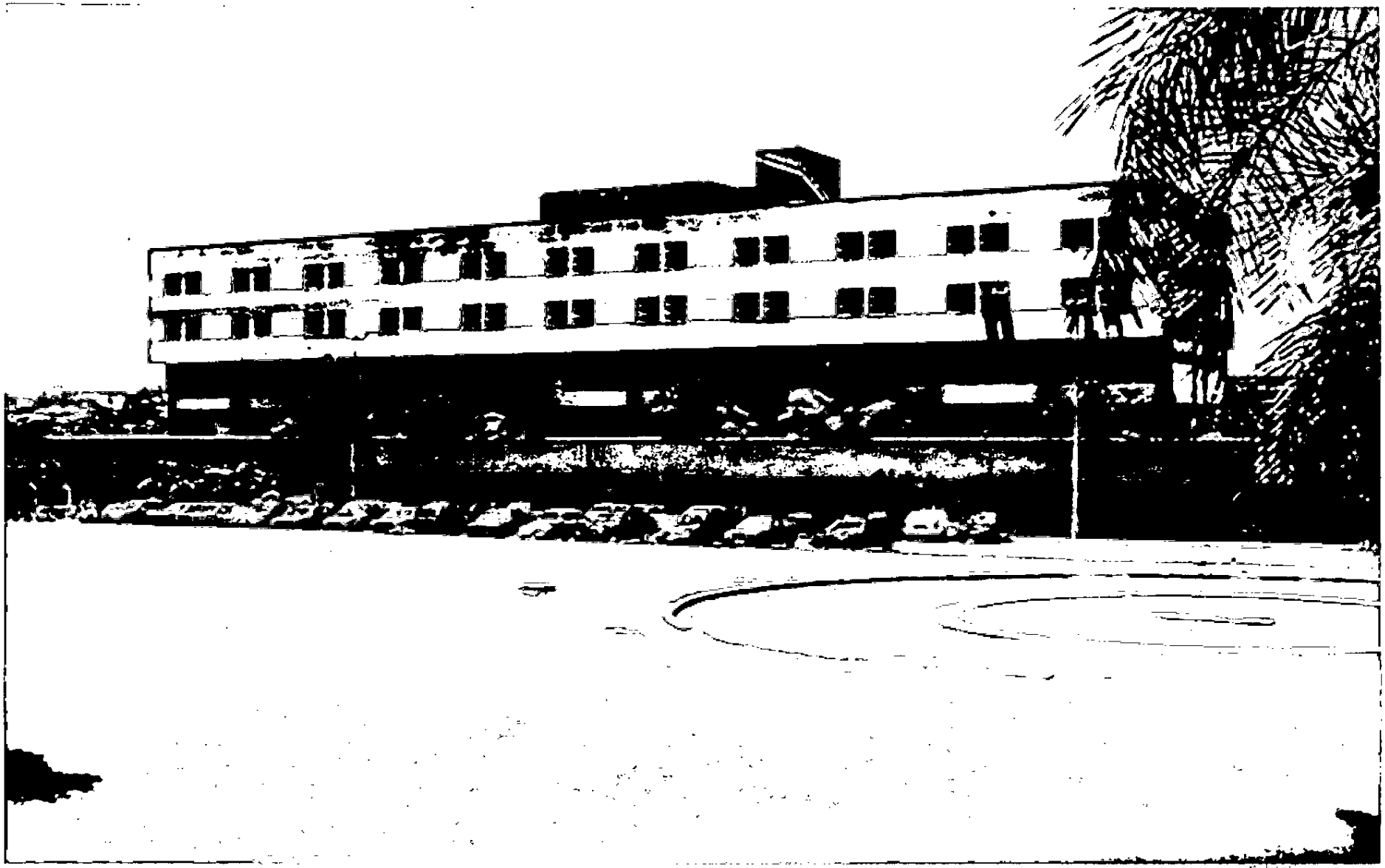
INSTITUTO SOCIAL

FIBRA

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2012

OBJETO: Seleção de instituição sem fins lucrativos para celebração de Contrato de Gestão objetivando o **gerenciamento, a operacionalização e a execução das ações e serviços de saúde no Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**, localizado no Município de Goiânia – Goiás.



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA- HUGO

PROGRAMA DE TRABALHO

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2466

1. TÍTULO

Proposta Técnica para Organização, Administração e Gerenciamento do **Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro da Cruz - HUGO**, conforme **Chamamento Público nº 001/2012.**

ÍNDICE	PAG
2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL	6
2.1 CARACTERIZAÇÃD DD MODELD GERENCIAL	6
2.2 ESTRATÉGIAS PARA D SUCESSD DA IMPLANTAÇÃO DO MDDELO GERENCIAL	10
2.2.1 AÇÕES PARA QUALIFICAÇÃD DD MODELD GERENCIAL	10
2.2.2 MUDANÇA DA CULTURA ORGANIZACIONAL	10
2.2.3 MUDANÇA DE CLIMA ORGANIZACIONAL	11
2.2.4 DESENVOLVIMENTO DA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS	13
2.2.S A AVALIAÇÃO SISTÊMICA VISANDD D DESENVOLVIMENTO E A GARANTIA DA QUALIDADE DD SERVIÇD	13
2.3 MODELO DE CERTIFICAÇÃO QUE SERÁ IMPLANTADO	14
2.4 INDICADORES DE IMPACTO PRDPOSTOS	19
2.5 A DESCRIÇÃO DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MDDERNIZAÇÃD GERENCIAL ADDTADOS PELA DRGANIZAÇÃO	65
3. ÁREA ATIVIDADE	102
3.1 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES	102
3.1.1 HORÁRIOS E FREQUÊNCIA SEMANAL DE USD DAS SALAS DE CIRURGIA PDR ESPECIALIDADES.	102
3.1.2 HORÁRIDS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL DE UTILIZAÇÃO DOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS.	102
3.1.3 HORÁRIOS DE FUNCIDNAMENTD, DISTINGUINDO ENTRE ATIVIDADE PROGRAMADA E URGENTE, DE TDDOS OS SERVIÇDS DIAGNÓSTICOS	103
3.2 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS	103
3.2.1 FLUXO NAS ÁREAS INTERNAS DD HOSPITAL	103
3.2.2 FLUXO UNIDIRECIDNAL DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃD	104
3.2.3 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA RDUPAS	105
3.2.4 FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE	108
4. ÁREA DE QUALIDADE	111
4.1. QUALIDADE OBJETIVA	111
4.1.1 COMISSÕES TÉCNICAS QUE SERÃO IMPLANTADAS	111
4.1.1.1 COMISSÃD DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	111
4.1.1.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM	118
4.1.1.2.1 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	118
4.1.1.2.2 COMISSÃD DE ÉTICA MÉDICA	122
4.1.1.3 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRDNTUÁRIDS	126
4.1.1.4 COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE BIDÉTICA	131
4.1.1.5 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITDS	136
4.1.1.6 COMISSÃD DE AVALIAÇÃD DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USD ÚNICD	140
4.1.1.7 COMISSÃD INTRA-HDSPITALAR DE HEMOTERAPIA	141
4.1.1.8 COMISSÃD DE NUTRIÇÃD ENTERAL E PARENTERAL	147
4.1.1.9 CDMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTDS E EQUIPAMENTOS	150
4.1.1.10 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CDREME)	152
4.1.1.11 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)	163
4.1.1.12 COMISSÃD DE GERENCIAMENTO DE RISCDS	167
4.1.1.13 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS	169
4.1.1.14 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES- CIPA	173
4.1.1.15 OUTRAS CDMISSÕES	179
1. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA	
2. COMISSÃO DE PESQUISA	
3. GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO	
4. COMISSÃD DE ACDLHIMENTD	
5. COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE- NÚCLEO DE ESTATÍSTICA	
6. CONSELHO GESTDR	
7. COMISSÃO DE PROTOCOLOS	
8. COMISSÃO INTRA-HDSPITALAR DE DOAÇÃD DE ÓRGÃOS E TECIDDS PARA TRANSPLANTES (CIHDDTT)	
4.1.2 ORGANIZAÇÃD ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.	188
4.1.3 ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DD SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS OU SERVIÇD DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA- SAME	232
4.1.4 DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICA	239
4.1.5 MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHD, QUALIDADE, DE PRDDUTIVIDADE E ECDNÕMICO-FINANCEIROS	240
4.1.6 IMPLANTAÇÃO DO PRDGRAMA DE ACDLHIMENTD	242
4.1.7 APRESENAÇÃD DE MANUAL DE PROTDCDLDS ASSISTENCIAIS	ANEXO I
4.1.8 PROPOSTA PARA REGIMENTD INTERNO DO HOSPITAL, ENFERMAGEM E CORPD CLÍNICD	265
4.1.9 APRESENTAÇÃD DE PROPDSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO	309

SECRETARIA GERAL Nº 3467

4.1.1D REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E ROTINAS.	319
4.2. QUALIDADE DD ATENDIMENTO	465
4.2.1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL	465
4.2.1.2 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.	466
4.2.1.3 PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES.	468
4.2.2. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO /PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO	470
4.2.3 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇD DE NUTRIÇÃD	483
4.2.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DDS DISPOSITIVOS DO PRDGRAMA DE HUMANIZAÇÃD	489
4.2.4.1 PADRÕES DA POLITICA DE HUMANIZAÇÃD	489
4.2.4.2 SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AD USUÁRID COM FDCD ND ATENDIMENTD AMBULATORIAL ESPECIALIZADO E DISPENSAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES.	497
4.2.4.3 DISPOSITIVOS DD PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITDS.	497
5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA	ANEXO III
5.1. CERTIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA	
5.1.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃD DE SERVIÇDS DE SAÚDE EM UNIDADE DE GRANDE PORTE, COM MAIS DE 15D LEITOS DE INTERNAÇÃO	
5.1.2 COMPROVAÇÃO, PELO CDRPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃD DE SERVIÇDS DE SAÚDE EM UNIDADE DE GRANDE PDRTE, COM MAIS DE 15D LEITOS DE INTERNAÇÃD.	
5.1.3 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃD DE SERVIÇDS DE SAÚDE EM UNIDADE DE MÉ- DIO PORTE, DE 7D A 15D LEITOS DE INTERNAÇÃO.	
5.1.4 COMPRDVAÇÃO, PELO CORPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃD DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE, DE 7D A 15D LEITOS DE INTERNAÇÃO.	
5.1.5 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE, COM MENOS DE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.	
5.1.6 COMPROVAÇÃO, PELO CORPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE, COM MENOS DE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.	
5.1.7 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE QUE ATENDA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.	
5.2 ESTRUTURA DIRETIVA DO HUGO- ORGANOGRAMA	5D0
5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS	501
5.3.1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO	503
5.3.2 COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SES/GO.	517
5.3.3 DESCRIÇÃO DE COMO O PROPONENTE IRÁ ESTABELECER A CONTRARREFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE. NESSE CASO, APRESENTAR UM PLANO DE IMPLANTAÇÃO, ESTABELECENDO PRAZOS, MEIOS, FLUXOS ETC.	523
5.3.4 DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE;	537
5.3.5 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA HOSPITALAR	537
5.3.6 OESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGENOLOGIA, MÉTODOS GRÁFICOS, ENDOSCÓPICDS E OUTROS SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO .	537
5.3.7 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DDS SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS;	538
5.3.8 DESCRIÇÃO DO MODELO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA;	538
5.3.9 DESCRIÇÃO DO MODELO DE PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE DA	538
5.4. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA E GERAL.	538
5.4.1 PROGRAMA DE GESTÃO FINANCEIRA- IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS	538
5.4.2 MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E IMOBILIÁRIOS	558
5.4.3 NÚCLEO DE MANUTENÇÃO PREDIAL- PREVENTIVA E CORRETIVA	56D
5.4.4 VOLUME DE RECURSOS DESTINADO A CADA TIPO DE DESPESA/ MÊS	571
5.4.5 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADD E PATRIMÔNIO.	572
5.4.6 DESCRIÇÃO DO MODELO DE COMPRAS.	606
5.4.7 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.	
5.4.8 DESCRIÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO (ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO) A SER ADOTADO.	
5.4.9 DESCRIÇÃO DO MODELO DE CUSTEIO E INVESTIMENTO A SER ADOTADO.	
5.4.10 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS.	
5.4.11 SISTEMA DE INFORMAÇÃO/PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	6D7
5.5. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS	6D7
5.5.1 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	6D7
5.5.2 PRAZOS PROPOSTOS PARA O PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO (CRONOGRAMA)	6D9
5.5.3 RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS	61D
5.5.4 PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS	613

2. PROPOSTA DE MODELO GERENCIAL

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

O modelo gerencial para o HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO busca atribuir, no nível hierárquico de execução, a implantação e desempenho de ferramentas inovadoras de gestão, e à Secretaria Estadual de Saúde, funções reguladoras de acompanhamento, controle e avaliação.

A proposta tem como finalidade a prestação de serviços a usuários do SUS referenciados e atendimentos de urgência/emergência, com a visão de futuro de consolidar um modelo de gestão hospitalar inovador e pionèiro, tornando-se referencial de excelência na prestação de serviços de saúde, de concepção de coordenação e controle voltados para os resultados.

Um modelo de gestão hospitalar deve não apenas respeitar e considerar todos os princípios do SUS, mas sobretudo contribuir para o aperfeiçoamento dos mesmos: universalidade, regionalização e hierarquização da rede, autonomia dos gestores, coordenação entre níveis de governo, transparência e controle social.

O modelo gerencial pressupõe os seguintes instrumentos:

1) Clareza da missão institucional, ou seja, a expressão da razão de ser da organização o que a legitima perante os seus usuários e seus funcionários;

2) Visão clara sobre o futuro, seus usuários e serviços que presta,de modo que a gestão se concentre no essencial;

3) Liderança dos seus dirigentes, focada em hábitos e atitudes gerenciais modernos e estimulando mudanças de comportamentos, mentalidade, atitudes e rotinas de trabalho;

4) Alocação de recursos adequada, vinculando-se a prioridades estratégicas e à definição de metas explícitas e verificáveis através de indicadores de desempenho.

5) Recursos Humanos motivados pelo seu engajamento no trabalho e com uma visão de futuro;

6) Estrutura Organizacional reticular e não vertical, que enfatiza a importância dos papeis de cada um dentro da organização com vista a agregar valor ao serviço prestado;

7) Sistema de informação confiável e oportuno sobre a operação cotidiana, permitindo a definição de ações e a conversão de rumos.

8) Gerenciamento por equipe e organização por processo e não por tarefa

O uso destes instrumentos tem foco no paciente e nos resultados, assegurando racionalização dos processos de trabalho, possibilitando a gestão por resultados negociadas entre a direção e as equipes de trabalho.

Entende-se por Equipe o conjunto de profissionais envolvidos com um determinado produto, ou seja, as equipes serão multiprofissionais. Cada Equipe deverá constitui uma Coordenação, se responsabilizando pela execução dos serviços operacionais e atividades de apoio.

A Diretoria constitui-se de todos os órgãos colegiados e assessorias e tem a missão de representar a instituição e negociar o contrato de metas anuais com as Equipes.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 2470

Esta lógica de organização rompe com a dicotomia estabelecida na atenção ao paciente, em que "cada profissional faz a sua parte" , possibilitando uma visão integral da assistência e a participação de todos os profissionais no desenho organizacional.

Neste desenho organizacional, a comunicação exerce papel fundamental para a articulação intra e entre Equipes, sendo o fluxo de comunicação lateral privilegiado em relação aos demais sentidos, uma vez que possibilita maior aproximação e articulação entre os serviços.

No contexto da tomada de decisão, a informação deve ser empregada como mais um recurso para o desenvolvimento do processo de trabalho. A produção interna da informação e a utilização de fontes externas propiciam condições mais adequadas para utilização na tomada de decisão.

Diante destas estratégias, é possível constatar que a informação é mais um recurso para a gerência e que é de todos os atores envolvidos no processo de trabalho a responsabilidade pela sua coleta, organização, distribuição e disponibilização. Desta forma, um sistema de informação que sirva ao processo de trabalho deve responder às demandas e necessidades dos diversos serviços.

Entende-se por sistema de informação todo conjunto de dados e informações que são organizados de forma integrada, com o objetivo de atender à demanda e antecipar as necessidades dos usuários.

Além do sistema de informação gerencial, o aprimoramento do Sistema de Gestão envolve o aperfeiçoamento e ou a implantação de outros dispositivos organizacionais, ferramentas de gestão e, em particular, de gestão de custos, de planejamento, acompanhamento e avaliação e instrumentos de melhoria contínua das distintas áreas de funcionamento institucional, destacando-se as áreas de:

- Assistência
- Ensino
- Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
- Gestão das Pessoas
- Orçamentário-Financeira
- Administração – logística

DIRETRIZES

As diretrizes passam pelas seguintes definições: missão institucional; adequação de perfil assistencial e aprimoramento de mecanismos de:

- gestão participativa;
- desenvolvimento de mecanismos de integração à rede SUS regional e estadual;

- adequação (qualitativa e quantitativa) do quadro de RH ao perfil assistencial;
- sistematização da informação a partir da definição/ acompanhamento de indicadores hospitalares básicos e indicadores de desempenho;
- humanização da assistência;
- melhoria progressiva da qualidade assistencial, determinado a definição de indicadores de qualidade, o processo de acreditação hospitalar e a satisfação do usuário.

OBJETIVOS GERAIS

Garantir, com qualidade, o acesso da população ao HOSPITAL MUNICIPAL DESEMBARGADOR LEAL JUNIOR, oferecendo serviços de média e alta complexidade, proporcionando referência e contra-referência e, consequentemente, a integralidade da assistência em conformação com Sistema Assistencial Municipal e Regional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Proporcionar eficiência e qualidade dos serviços prestados ao cidadão;
- Reduzir as formalidades burocráticas para acesso aos serviços;
- Dotar de maior autonomia administrativa e financeira, contribuindo para agilizar e flexibilizar o gerenciamento da instituição;
- Utilizar os recursos de forma mais racional, visando à redução de custos;
- Priorizar a avaliação por resultados;
- Mostrar a mudança real do paradigma do atendimento em serviços públicos de saúde;
- Oferecer tratamento/acompanhamento personalizado de cada usuário;
- Evidenciar a qualidade e a diferenciação do serviço e dos seus valores agregados, assim como do seu pessoal;
- Analisar periodicamente o nível de satisfação dos usuários – incluindo os funcionários - mediante questionários entregues no hospital;
- Proporcionar bem-estar aos pacientes e aos seus acompanhantes nas dependências modernas, confortáveis e humanizadas do hospital.;
- Fornecer folhetos explicativos sobre os serviços e sobre educação em saúde a ser entregue a cada paciente na primeira consulta;
- Estabelecer um canal aberto com os familiares/acompanhantes dos pacientes;

- Estabelecer contínua troca de idéias entre os profissionais e os demais funcionários do hospital a respeito de cada paciente;

- Incentivar a educação continuada, periódica, de cada integrante da equipe.

MISSÃO:

O HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA Dr. Valdemiro da Cruz – HUGO terá como missão assistir a saúde da população de forma digna, valorizando o ser na sua integridade biopsicossocial, promovendo ensino e pesquisa, otimizando todos os seus recursos à serviço da vida, garantindo ações preventivas, curativas e de reabilitação.

VISÃO:

Ser reconhecido como um hospital público que prima pela modernidade de gestão e excelência de seus serviços em cumprimento de sua missão.

VALORES:

1. Humanização no atendimento;
2. Harmonia e cooperação no ambiente de trabalho;
3. Ética e qualidade em tudo o que se faz;
4. Valorização, desenvolvimento e integração dos colaboradores;
5. Democratização e transparência das informações;
6. Profissionalismo, simplicidade e criatividade: eficácia organizacional;
7. Zelo com o bem público;
8. Compromisso com as parcerias;
9. Participação na transformação social, com resgate da cidadania;
10. Princípios e história do Instituto Social Fibra: imagem a preservar;
11. Responsabilidade social, ambiental e econômica.

RESULTADOS ESPERADOS PARA A SOCIEDADE:

- Reduzir os anos de vida perdidos por incapacidade.
- Reduzir o tempo-resposta no serviço de urgência.
- Reduzir os índices de morbi-mortalidade por causas externas e doenças cardiovasculares.

2.2 ESTRATÉGIAS PARA O SUCESSO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

2.2.1 AÇÕES PARA QUALIFICAÇÃO DO MODELO GERENCIAL

a) Assistencial: conformação de um serviço qualificado e com autossuficiência em atenção de alta complexidade, possibilitando desta forma a melhoria do acesso dos usuários que necessitam de atendimento de urgência/emergência e assistência hospitalar resolutiva.

b) Econômica: a alocação de recursos financeiros para melhoria das estruturas físicas e de equipamentos para capacitação dos profissionais de saúde e para a modernização gerencial do hospital, de acordo com o perfil assistencial definido para a instituição .

c) Redistributiva: estabelecer um fator de alocação segundo necessidades.

d) Gerencial: estabelecer uma lógica contratual por meio da assinatura de termos de compromissos e metas com as equipes do Hospital.

e) Educacional: estabelecer mecanismos de qualificação profissional por meio de cursos e capacitação permanente das equipes do hospital, de acordo com a necessidade para o perfil assistencial.

f) Parceria com os Gestores Estadual e Local: participação dos gestores na Comissão de Avaliação do Acesso e Qualidade Hospitalar e definição da carteira de serviços necessários para o atendimento das necessidades de saúde da população.

g) Cooperação Técnica Horizontal: por meio da parceira com Hospitais de Excelência e a organização de cursos de capacitação, possibilitando a troca de experiências, contribuindo para capacitação de recursos humanos, a melhoria da qualidade da atenção e do acesso aos usuários.

2.2.2 MUDANÇA DA CULTURA ORGANIZACIONAL

A cultura de uma organização é constituída de um conjunto de crenças, valores e pressupostos básicos implantados. Com o passar do tempo, esses valores vão sendo aperfeiçoados e disseminados na organização por meio de diversos mecanismos, tais como: os critérios utilizados para recrutamento de funcionários; o desenho e a estrutura da organização; as declarações formais da filosofia organizacional e seus credos. A cultura organizacional é criada e mantida, principalmente, por meio de políticas de recursos humanos.

Para promover a mudança da cultura organizacional, o gestor deve destacar os valores positivos já existentes e promover novos valores exigidos pela organização, como qualidade, eficácia, eficiência, comprometimento, cooperação e respeito. Considerando as características de uma cultura favorável à inovação, o gestor deve adotar as seguintes estratégias:

- estimular a inovação, a experimentação e as decisões de risco;
- orientar para resultados;
- valorizar as pessoas;

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 474
FUNC.

- organizar o trabalho em equipe;
- valorizar a iniciativa, o dinamismo e o espírito crítico;
- encorajar a flexibilidade e a adaptação;
- tolerar a diversidade.

As variáveis organizacionais, a exemplo da estrutura, regras, políticas, objetivos, missão, descrição de cargos e procedimentos operacionais, são fatores que delimitam e fundamentam a cultura da organização e também sua percepção pelos empregados.

Atualmente, o hospital é focalizado como uma organização de prestação de serviços e, embora seja visto como instituição humanitária, enfrenta os mesmos problemas existentes nas empresas industriais. Talvez tenha uma cultura organizacional mais complexa, principalmente, quando assumiu um caráter mais profissional. Como se sabe, o hospital é composto por uma diversidade de trabalhadores com trajetória diversificada, ou seja, as pessoas, geralmente, vêm de outras instituições com visões e experiências diferentes da que existe na organização onde trabalham.

Portanto, a compreensão da cultura na organização é fundamental para o gestor poder extrair fatores positivos que favoreçam a efetiva mudança cultural. Quando a organização possui uma cultura voltada para mudanças inovadoras, fica mais fácil promovê-la.

2.2.3 MUDANÇA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

O clima organizacional pode ser tratado como a atmosfera resultante das percepções que os funcionários têm dos diferentes aspectos que influenciam seu bem-estar e sua satisfação no dia-a-dia de trabalho e a qualidade de serviços percebida pelos clientes tem estreita relação com a motivação e satisfação dos funcionários pertencentes a organização Hospitalar

A organização é um grupo de pessoas que se constitui de forma organizada para tingir objetivos comuns e para que exista uma organização formal é necessário, além do objetivo, um conjunto de regras mais ou menos permanentes e uma estrutura estabelecendo os papéis e as relações entre seus membros. A organização é resultado da interação contínua do ser humano com seu semelhante e essa cooperação tem como palco a organização, estrutura em que as pessoas passam a maior parte de seu tempo vivendo e trabalhando. No ambiente hospitalar, onde as qualidades dos serviços dependem das pessoas, percebemos o quanto é importante a valorização dos funcionários para a consecução dos objetivos organizacionais.

A qualidade de serviços refere-se não só a questões de domínio técnico pelos membros da organização, mas também a agilidade e segurança, proporcionadas durante o atendimento, uma vez que a qualidade está embasada em um atendimento humano, eficiente, na cordialidade e na empatia. A qualidade pode ser definida como a satisfação das necessidades dos clientes, considerando que este deverá ser o objeto central das estratégias em busca da qualidade, no papel de avaliador das atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados alcançados com o tratamento recebido. O diagnóstico do clima organizacional, neste caso, tem a

função de apontar falhas que prejudicam a qualidade em serviços e a partir de sua análise é possível buscar sugestões para sua melhoria.

SECRETARIA GERAL DA VICE-GOVERNÂNCIA FLS Nº 2475 FUNC. 335

Pesquisa de clima:

Pesquisa de clima são instrumentos utilizados para medir o clima da organização e deve ser encarada como um dos mecanismos de viabilização do processo de busca da qualidade, que por sua vez, pressupõe a existência da satisfação de clientes, o que deve ocorrer tanto no nível interno quanto no externo. Ou ainda, se a satisfação do cliente externo pode ser obtida pelo oferecimento de produto ou serviço de qualidade, isto só pode ocorrer se o cliente interno estiver igualmente satisfeito com suas condições de trabalho. Não se pode pretender que alguém insatisfeito com seu ambiente de trabalho se dedique e se aplique na elaboração de suas tarefas, de modo a obter um produto ou serviço de qualidade. Sendo assim, não há como assegurar uma harmonia entre a qualidade do produto oferecido e do trabalho realizado, sem que se escute o que este funcionário pensa de suas condições de trabalho.

A pesquisa de clima deve ser focada na identificação de pontos frágeis e pontos fortes da gestão, na avaliação da imagem que líder e liderados têm da instituição e identificação de ações de melhoria, visando obter uma maior satisfação dos funcionários e conseqüentemente, uma melhor produtividade.

Para atingir tais objetivos, será definido um plano de ações baseadas em atributos específicos, voltadas ao desenvolvimento profissional e ao estímulo para o crescimento na carreira, entre elas, ações de fortalecimento do trabalho em grupo, comemorações, reuniões periódicas e a maior participação dos colaboradores na resolução de questões relacionadas á problemas da área de atuação.

Ações essenciais:

Atributo 1: Melhorar o espírito de equipe na área de trabalho, com o objetivo de melhorar a satisfação do colaborador.

Ações: Realização de reuniões mensais com a equipe incentivando o feedback em questões de melhoria da área, promoção da integração da equipe através de festas em datas especiais (aniversários, dia da Enfermagem, Páscoa, Dia das Mães, Natal) e promoção de cursos customizados com a temática de relacionamento interpessoal.

Atributo 2: Incentivar a participação em curso e palestras, com o objetivo de promover o desenvolvimento profissional dos colaboradores:

Ações: Garantia de participação da equipe em pelo menos 80% dos treinamentos internos e externos e facilitar a participação em recrutamentos internos para outras áreas.

Entre os atributos que têm maiores influência na motivação da equipe, destacaram-se :

• Oportunidade de desenvolvimento profissional, incentivado pela gestão da unidade na participação em cursos, palestras e workshops e a possibilidade de promoção através de um recrutamento interno.

• Oportunidade para promoção e crescimento na carreira;

• O salário é compatível com a função exercida;

• Imagem da instituição no mercado;

• Importância dada pela chefia aos integrantes da sua equipe;

• Compreensão e preocupação da instituição com o funcionário como pessoa e não apenas como profissional.

2.2.4 DESENVOLVIMENTO DA POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

O Estatuto do Hospital será elaborado em conformidade com as exigências da legislação vigente, contendo as normas do seu regulamento, dispondo os procedimentos da política de Recursos Humanos quanto:

1. à seleção de pessoal respeitando os princípios constitucionais de igualdade, mérito e capacidade e com a definição dos perfis profissionais e ocupacionais, baseada no plano da unidade, na visão institucional e na missão, bem como nos produtos que se pretendiam alcançar.

2. aos direitos e deveres dos empregados;

3. ao regime disciplinar, às normas de apuração de responsabilidade e às penalidades;

4. à formação e ao treinamento de pessoal;

5. aos salários, benefícios e vantagens;

6. ao plano de carreira, cargos e funções gratificadas;

7. ao regime para os empregados através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Será amplamente discutido com o quadro de funcionários as necessidades prioritárias, tais como:

a) Prestar serviços de qualidade e orientados ao usuário;

b) Converter os coordenadores em líderes facilitadores;

c) Dispor de estrutura horizontal e ágil;

d) Alcançar um equilíbrio entre as perspectivas gerencial e clínica;

e) Incorporar critérios de custos, eficiência, eficácia nos serviços ofertados.

2.2.5 A AVALIAÇÃO SISTÊMICA VISANDO O DESENVOLVIMENTO E A GARANTIA DA QUALIDADE DD SERVIÇO

Os sete atributos mais importantes da qualidade em saúde são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, eqüidade.
Para a garantia da qualidade nos serviços de saúde, as categorias "estruturas", processos" e "resultados" são três alvos potenciais da avaliação dos serviços de saúde.

Estruturas são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.).

Processos significam "o próprio atendimento" - quais medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são feitos, etc.

Resultados são as conseqüências decorrentes do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor, etc.

A relação entre utilização de recursos e qualidade da atenção em saúde, a complexidade dos processos envolvidos, e a difícil relação entre os profissionais da saúde e da administração, exigem um Modelo que atenda os aspectos a seguir:

- Uma estratégia da atenção em saúde, que deve combinar a eficiência clínica, onde os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos, produzindo um aumento da saúde; com a eficiência produtiva, garantindo a melhor utilização desses recursos em todos os processos envolvidos na atenção. Dessa maneira, estaria sendo observada a efetiva ocupação dos serviços de diagnóstico e tratamento, e a adequada utilização dos materiais, equipamentos e recursos humanos;
- Uma estratégia da atenção em saúde que inclua os custos e os benefícios recebidos, tanto para o paciente, para o seu bem-estar físico, psíquico e social, quanto para a sociedade;
- O planejamento de um sistema de monitoração interna e externa da atenção em saúde, através da definição de critérios e padrões, que permita à organização de saúde prevenir, identificar e corrigir os seus erros. Ainda, com o objetivo de poder atuar adequadamente na política pública, na definição de programas de saúde e na prática administrativa. Tais critérios devem ser flexíveis, adaptados às peculiaridades clínicas e organizacionais.

Há uma compreensão da necessidade de reorganização administrativa nas instituições hospitalares públicas, porque há uma consciência coletiva de que os hospitais convivem com graves questões gerenciais que exigem uma mudança completa do estilo gerencial que dê maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos processos internos de trabalho.

2.3 MODELO DE CERTIFICAÇÃO QUE SERÁ IMPLANTADO

A ACREDITAÇÃO DO SERVIÇO HOSPITALAR COMO UMA POSSIBILIDADE DE ASSEGURAR QUALIDADE

A Acreditação possibilita assegurar aos usuários, profissionais, e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde. Os programas de qualidade nos serviços de saúde só adquirem maior consistência e continuidade na medida em que estão associados a um programa de acreditação hospitalar, sendo que os programas de qualidade enfatizam a gestão do negócio, enquanto a acreditação dá ênfase à gestão da assistência em saúde. A associação dos dois modelos assegura que a instituição cumpra as exigências reclamadas pela comunidade e satisfaça as expectativas da sociedade.

O modelo de garantia da qualidade como um subprograma da programação local dos serviços de saúde garante a cada paciente receber atenção diagnóstica ou terapêutica especificamente indicada, para alcançar um resultado ótimo, de acordo com os avanços recentes das ciências médicas, e em relação à doença principal ou secundária, a idade, e ao regime terapêutico associado. Para isso, se utilizará o mínimo de recursos necessários, obtendo-se a máxima satisfação pelos serviços recebidos.

Como o hospital é uma organização complexa e com alta interdependência, ou seja, não é constituído de

serviços independentes e isolados, é necessário para que o mesmo seja acreditado, e apresente a conseqüente reputação de boa qualidade de atenção médica, que todos os seus serviços, da lavanderia ao centro cirúrgico, do serviço de pessoal à unidade de tratamento intensivo, tenham atingido pelo menos os padrões de nível 1 de qualidade. Este modelo tem por objetivo reforçar o fato de que as estruturas e processos do hospital são, de tal ordem interligados, que o mau funcionamento de um componente ou serviço do hospital interfere em todo o conjunto e no resultado final. É o conceito de visão sistêmica exigido na prática pela Acreditação Hospitalar.

O Programa de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde surgiu como um instrumento de avaliação na área de saúde, visando o desenvolvimento e a garantia da qualidade nestas instituições e está devidamente inserido no contexto da saúde pública no país.

"A Organização Nacional da Acreditação - **ONA** é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, referendada pelo Ministério da Saúde para implantar e implementar em nível nacional o Sistema de Certificação para serviços de saúde.

A Acreditação em organizações da área da saúde busca a instrumentalização de tal forma que seja assegurada ao cliente que toda ela estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos inerentes à ação médico-terapêutica.

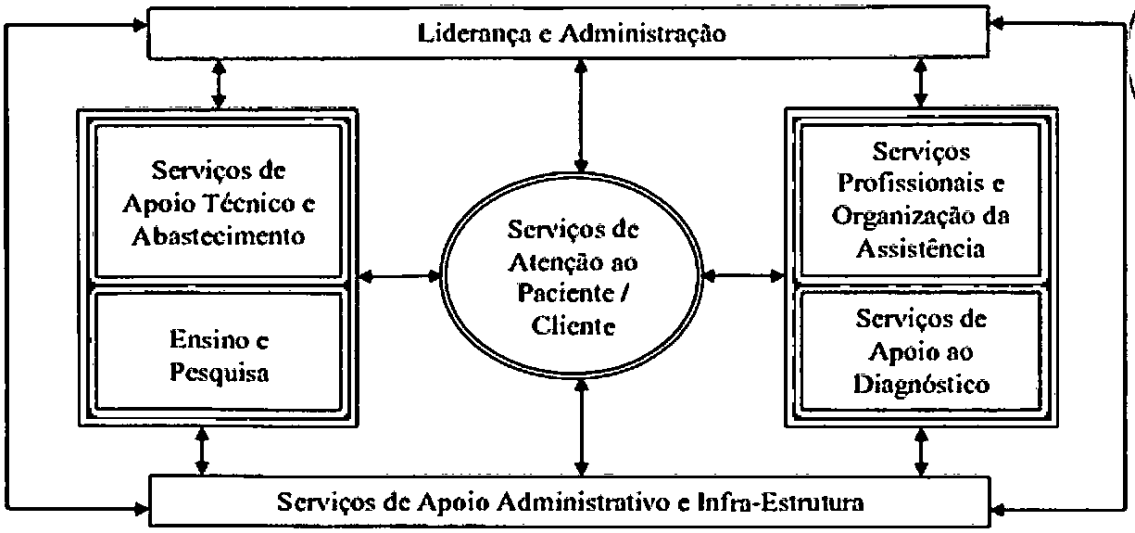
A Acreditação é um mecanismo voluntário, reservado e periódico, além de ser predominantemente educativo, capaz de mobilizar pessoas para a melhoria contínua de sua instituição de forma organizada e sistemática, e de centrar a gestão em fatos e em processos, focalizando os resultados, e fomentando um processo contínuo de aprendizado institucional.

- Maior garantia da qualidade da assistência através dos padrões;
- Aumento da confiança do cliente interno/externo, bem como da comunidade geral;
- Aprendizado contínuo da organização;
- O sucesso de algumas áreas que estimularão as demais;

Uma estratégia e plano de trabalho para garantir o envolvimento de todos, e a obtenção dos resultados esperados e necessários para se obter o crédito.

O Manual da Acreditação Hospitalar está estruturado em 7 grandes seções onde estão agrupados os serviços, setores ou unidades com características semelhantes e que possuem afinidades entre si. A lógica é que as seções interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica, como demonstra a figura abaixo.

Figura 1 – Modelo da Acreditação Hospitalar



Fonte: Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares[1]

A avaliação é composta por três níveis. A lógica orientadora para a definição dos níveis segue três princípios orientadores básicos: Segurança (Nível 1), Organização (Nível 2) e Práticas de Gestão e Qualidade (Nível 3). A idéia fundamental é que os níveis possuem uma concepção seqüencial, ou seja, um processo de incorporação dos requisitos dos níveis anteriores. Esses três níveis são compatíveis com o modelo de qualidade anteriormente apresentado:

1. Segurança = Estrutura;
2. Organização = Processos;
3. Práticas de Gestão e Qualidade = Resultados.

Conforme o Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares, os itens exigidos em cada nível seguem a lógica descrita abaixo.

As exigências do nível 1 contemplam os requisitos básicos na qualidade da assistência prestada ao paciente, e tem como princípios orientadores:

- Habilitação do corpo funcional;
- Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (normas da Vigilância Sanitária);
- Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2480
FUNC.

As exigências do nível 2 contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, e tem como princípios orientadores:

- Existência de normas, rotinas, procedimentos documentados, atualizados e disponíveis;
- Evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários;
- Evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

As exigências do nível 3 contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua, e tem como princípios orientadores:

- Evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico;
- Utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados;
- Utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

O sistema brasileiro de acreditação, embora mantenha a departamentalização (serviços, unidades, setores) como indicação fundamental para as observações da qualificação da assistência prestada, contém pelo menos três elementos inovadores: foco no cliente, processos e visão sistêmica.

O status de hospital acreditado proporciona maior confiança para os clientes internos e externos.

Abrangência do Processo de Acreditação

A abrangência foi agrupada em dez atribuições, divididas em subáreas:

Atribuição 1 - Realização de Ações Básicas de Saúde

- Promoção, prevenção e vigilância à saúde da comunidade

Atribuição 2 - Organização da Assistência Médica

- Unidade de Internação
- Corpo Clínico
- Ambulatório
- Atendimento de Emergência
- Centro Cirúrgico

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 9481

• Centro Obstétrico

• Neonatologia

• Terapia Intensiva

Atribuição 3 - Diagnóstico e Terapia

• Análises Clínicas

• Diagnóstico por Imagem

• Métodos Gráficos

• Anatomia Patológica

• Hemoterapia

• Medicina Nuclear

• Radioterapia

Atribuição 4 - Apoio Técnico

• Farmácia

• Serviço de Nutrição e Dietética

• Enfermagem

• Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)

• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)

• Serviço Social

• Biblioteca

Atribuição 5 - Recursos Humanos

• Relacionamento da Instituição com o Corpo Funcional

• Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos

Atribuição 6 - Processamento e Abastecimento

• Lavanderia

• Central de Material de Esterilização (CME)

Atribuição 7 - Apoio administrativo

• Sistema Administrativo e Financeiro

• Política de Materiais

• Sistema de Avaliação e Controle

• Tecnologia da Informação

• Sistema de Patrimônio

• Manutenção Geral

• Higienização Hospitalar

Atribuição 8 - Gestão Hospitalar

• Ferramentas de Gestão

Atribuição 9 - Fortalecimento do Espírito Público e Relações Comunitárias

Atribuição 10 - Foco no Cliente

2.4 OS INDICADORES DE IMPACTO PROPOSTOS

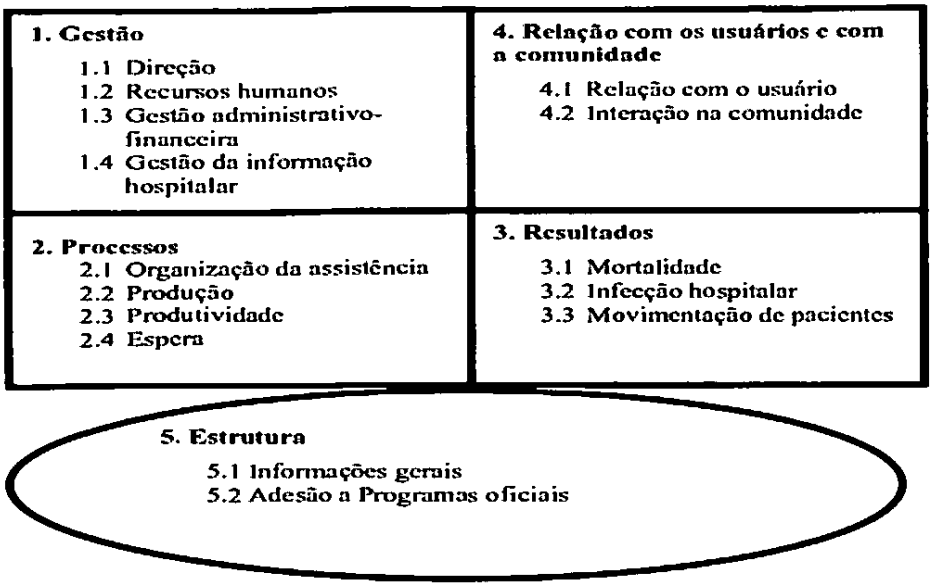
INDICADORES SELECIONADOS, SISTEMA DE MONITORAMENTO

O êxito de um programa de qualidade, em grande medida, está vinculado à definição de um grupo de indicadores, ao monitoramento dos dos mesmos e a contratualização de compromissos e metas com as equipes do hospital. O hall de indicadores pressupõe o acompanhamento tanto dos compromissos e metas estabelecidos entre a Organização Social e a SES- GO, decorrente do modelo contratual adotado, quanto a compromissos e metas que, embora não pactuados, refletem a qualidade da assistência hospitalar.

Além disso, a instituicão de um sistema de monitoramento permite: a avaliação periódica da gestão; a utilização da informação do monitoramento e da avaliação para decisões gerenciais; a introdução de ajustes e a revisão dos compromissos.

Os indicadores de desempenho foram agrupados em cinco áreas temáticas que deverão ser monitoradas. A seleção das áreas temáticas, e os indicadores nelas incluídos, não pretendem ser exaustivos com relação à complexidade do cuidado hospitalar e às várias dimensões da qualidade da assistência. A figura 2 ilustra as áreas temáticas, com suas respectivas subáreas.

FIGURA 2: INDICADORES--COMPOSIÇÃO DAS ÁREAS TEMÁTICAS



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES
FLS Nº 1483
FUNC.

A definição das áreas temáticas segue a lógica, bastante difundida na literatura especializada, que propõe avaliar a qualidade do cuidado hospitalar segundo estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, instrumental-normativo e administrativo e fontes de financiamento); o processo às atividades relativas à organização da assistência, à produtividade, à produção e utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos; e o resultado à efetividade do cuidado, entendida como o grau com que a assistência hospitalar atinge o objetivo de promover a saúde dos indivíduos. As áreas de gestão e relação com os usuários e a comunidade foram destacadas no monitoramento. A gestão devido ao caráter do programa de promoção da melhoria gerencial. E a área de relação com os usuários e a comunidade devido à a importância do fortalecimento da relação do hospital com os usuários e a comunidade, atores fundamentais no processo de melhoria da qualidade da assistência.

INDICADORES DE DESEMPENHO HOSPITALAR

Esta seção descreve o objetivo de cada área temática e os indicadores correspondentes. Além da conceituação dos indicadores, buscou-se padronizar o método de cálculo, a periodicidade e a fonte de informação a ser utilizada pelo hospital.

Apresenta-se, a seguir, a lista completa dos indicadores de desempenho por área temática:

ÁREA 1: GESTÃO

Subárea 1.1: Direção

Membros da Direção do Hospital com Especialização em Gestão Hospitalar

Implementação do Plano Diretor do Hospital

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 3484
FUNC

Subárea 1.2: Recursos Humanos

Pessoal segundo áreas do hospital

Índice de treinamento de pessoal administrativo

índice de treinamento de pessoal técnico assistencial

Taxa de rotatividade de pessoal

Taxa de absenteísmo

Taxa de acidentes de trabalho

Subárea 1.3: Gestão administrativo-financeira

Sistema de apropriação de custos implantado

Gestão de materiais e suprimentos

Porcentagem de equipamentos médico hospitalares com contratos de manutenção preventiva em dia

Porcentagem de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde em relação às apresentadas

Porcentagem de procedimentos ambulatoriais pagos pelo Sistema Único de Saúde em relação aos apresentados

Subárea 1.4: Gestão da informação hospitalar

Censo Hospitalar Diário

Sistema de informatização em rede

Registro eletrônico na admissão de pacientes

Registro eletrônico de resultados de exames laboratoriais

Registro eletrônico de resultados de exames de diagnóstico por imagem

Registro eletrônico na farmácia

Acesso a *Internet*

Informes estatísticos

Notificação compulsória

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

Relatório de alta hospitalar

ÁREA 2: PROCESSOS

Subárea 2.1: Organização da assistência

Protocolos clínicos implantados

Dispensação de medicamentos

Uso de hemocomponentes seguros

Existência de Comissão de Revisão de Prontuário

Existência de Comissão de Verificação de Óbitos

Existência de Comissão de Eventos Adversos

Existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica

Equipe multidisciplinar de Terapia Nutricional

Atenção à Saúde do Trabalhador

Existência de Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante

Subárea 2.2: Produtividade

Relação Pessoal/leito

Índice de produção por funcionário - ambulatório

Índice de produção por funcionário – centro cirúrgico

Índice de produção por funcionário – Pronto Socorro

Tempo médio de permanência geral

Tempo médio de permanência – clínica médica

Tempo médio de permanência – Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto

Taxa de ocupação

Taxa de ocupação – clínica médica

Taxa de ocupação – clínica cirúrgica

Taxa de ocupação – Unidade de Tratamento Intensivo- Adulto

Subárea 2.3: Espera

Pacientes em lista de espera para procedimento cirúrgico

Pacientes em lista de espera para exame de diagnose

Pacientes em lista de espera para consulta especializada

Tempo de espera para procedimento cirúrgico

Tempo de espera para exame de diagnose

Tempo de espera para consulta especializada

ÁREA 3: RESULTADOS

Subárea 3.1: Mortalidade

Taxa de mortalidade geral

Taxa de mortalidade institucional

Subárea 3.2: Infecção hospitalar

Taxa de infecção hospitalar

Taxa de infecção hospitalar cirúrgica

Taxa de infecção hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo – adulto

Taxa de infecção hospitalar em outras clínicas

Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso

Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical

Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical

Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica

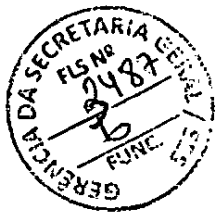
Subárea 3.3: Movimentação de pacientes

Taxa de reinternação não programada para grupos de pacientes de clínica cirúrgica

Taxa de transferência externa

Taxa de atendimento a paciente referenciado

ÁREA 4: RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS E A COMUNIDADE



Subárea 4.1: Relação com os usuários

Recepção e informação ao usuário

Triagem

Sinalização no hospital

Ouvidoria

Monitoramento de respostas

Realização de pesquisa de satisfação de usuários

Implementação de plano de melhoria de atendimento ao usuário

Visitas a pacientes internados

Subárea 4.2 Interação com a comunidade

Parcerias para apoio a cuidados *intra*-hospitalares

Parcerias para cuidados *extra*-hospitalares

Prêmios ou destaque por qualidade de serviços prestados

Subárea 5.1: Informações gerais

Atualização das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária

Certificação como hospital de ensino

Contratualização como hospital de ensino

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Análise periódica de água hospitalar

Gerador de energia

Serviço de Atenção Domiciliar Terapêutica

Procedimentos assistenciais pactuados

Serviço de Pronto Atendimento ou Emergência

Ambulância com UTI

Subárea S.2: Adesão a programas governamentais

Grupo de trabalho de humanização implantado

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 1488
FUNC.

INDICADORES DA ÁREA 1: GESTÃO

ÁREA 1: GESTÃO

Subárea 1.1: Direção

Esta área agrupa aspectos fundamentais da administração do hospital: direção, recursos humanos, gestão administrativo-financeira e gestão da informação hospitalar.

Objetivo: verificar o grau de especialização da direção, bem como a existência, a implementação e a atualização de plano diretor do estabelecimento.

Para o desempenho de excelência de um estabelecimento hospitalar é indispensável um corpo diretivo com visão da missão assistencial da instituição, capacidade de planejamento estratégico e liderança no exercício da gestão. A liderança é, assim, aspecto-chave nesta subárea, em que se destacam os instrumentos que permitem a sua implementação e o seu exercício: existência de plano diretor e especialização em gestão hospitalar da equipe diretiva.

Indicadores:

Membros da Direção do Hospital com Especialização e/ou Capacitação em Gestão Hospitalar

Conceito: pelo menos dois diretores do estabelecimento com título de Especialização e/ou Capacitação em Curso de Gestão Hospitalar com aceitação pela SES-GO

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: certificado de conclusão do curso realizado por membros da direção do hospital ou declaração de curso em andamento.

Implementação do Plano Diretor

Conceito: Instrumento elaborado e implementado pela direção do hospital contendo ações relacionadas ao desenvolvimento de políticas, ao planejamento estratégico e à organização da sistemática de governo da Instituição. Existem cinco possibilidades de resposta:

1ª) Não possui Plano Diretor. **Fonte de informação**: hospital.

2ª) Plano Diretor está sendo elaborado pelos membros da direção do hospital. **Fonte de informação**: hospital.

3ª) Plano Diretor foi aprovado. **Fonte de informação**: hospital.

4ª) Plano Diretor está sendo executado e o cumprimento das metas está sendo monitorado pela direção do hospital. **Fonte de informação**: hospital.

5ª) Plano Diretor aprovado pela SES, já executado, está sendo revisto/atualizado. **Fonte de informação**: hospital.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta no formulário.

Periodicidade: quadrimestral

Subárea 1.2: Recursos Humanos

Objetivo: caracterizar o corpo funcional, seu relacionamento com a Instituição e a existência de política de desenvolvimento de recursos humanos, aspectos relevantes na determinação da qualidade da gestão e da assistência hospitalar.

Indicadores:

Pessoal segundo áreas do hospital

Conceito: número de pessoas segundo as categorias: área de atuação (infra-estrutura, internação clínico-cirúrgica, apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatório e emergência), vínculo empregatício (empregado, autônomo, e terceirizado) e atividade desempenhada (administrativa e técnico-assistencial), nos últimos doze meses. A distribuição de recursos humanos segundo área de atuação deve considerar a classificação proposta por Bittar (1997)

Método de cálculo: preencher tabelas no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Índice de treinamento de pessoal administrativo (itadm)

Conceito: relação entre horas/homem de treinamento de pessoal administrativo e 1000

horas/homem de trabalho de pessoal administrativo, nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

Índice de treinamento: pessoal administrativo

$$itadm = \frac{\text{Número de horas/ homem treinadas (pessoal administrativo)}}{\text{Número de horas/ homem trabalhadas (pessoal administrativo)}} \times 1000$$

Exemplo:

	HORAS	
	TRABALHADAS	EM TREINAMENTO
A	1600	50
B	1200	40
C	1000	0

Total de horas trabalhadas por funcionário = (1600+1200+1000)/3 = 1266

Total de horas treinadas por funcionário = (50+40+0)/3 = 30

INDICE DE TREINAMENTO = (30/1266)*1000= 23,69

Interpretação do exemplo: de cada 1000 horas de trabalho, 23,69 foram de treinamento.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Índice de treinamento de pessoal técnico assistencial (ittec)

Conceito: relação entre horas/homem de treinamento de pessoal técnico assistencial e 1000 horas/homem de trabalho de pessoal técnico assistencial, nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

Índice de treinamento: pessoal técnico assistencial

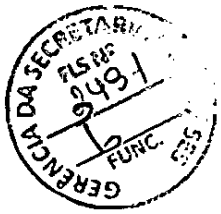
$$ittec = \frac{\text{Número de horas / hom em treinadas (pessoal técnico assistenci al)}}{\text{n° de horas / hom em trabalhada s (pessoal técnico assistenci al)}} \times 1000$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de rotatividade de pessoal (txrot)

Conceito: relação percentual entre o número de desligamentos de pessoal e o número de empregados, nos últimos doze meses.



Método de cálculo:

Taxa de rotatividade:

$$txrot = \frac{\text{Número de desligamentos}}{\text{Número de empregados}} \times 100$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de absenteísmo (txabs)

Conceito: relação percentual entre o número de horas/homem ausentes (exceto férias e licenças legais) e o número de horas/homem trabalhadas, nos últimos doze meses.

Método de cálculo: Além da fórmula, justificar os motivos e as ações adotadas para reduzir o problema.

Taxa de absenteísmo:

$$txabs = \frac{\text{Número de horas/homem ausentes}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}} \times 100$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de acidentes de trabalho (txaci)

Conceito: Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho (excetuando os acidentes de trajeto) e o número de pessoal empregado, nos últimos doze meses.

Método de cálculo: Além da fórmula, justificar os motivos e as ações adotadas para reduzir o problema.

Taxa de acidentes de trabalho:

$$\text{txaci} = \frac{\text{Número de acidentes de trabalho}}{\text{Número de empregados}} \text{ x } 100$$

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 492 FUNC.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital. Anexar documentação comprobatória do registro do acidente na Delegacia Regional do Trabalho/Ministério do Trabalho e Emprego.

Subárea 1.3: Gestão administrativo-financeira

Objetivo: Verificar a existência de instrumentos favoráveis à eficiência da gestão administrativo-financeira. As dimensões consideradas são custos hospitalares, estoque, preços, manutenção de equipamentos e controle interno.

Sistema de apropriação de custos implantado

Conceito: a implantação de um sistema de apropriação de custos pressupõe a existência de equipe responsável pela alocação de custos incorridos pela instituição nos seus diversos setores em um determinado período.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar o método adotado para apropriar custos, a abrangência do sistema, os setores do hospital para as quais é feita a apropriação de custos e indicar os subprodutos e seus respectivos valores. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Gestão de Materiais e Suprimentos

Conceito: a adoção de sistema de gestão de materiais e suprimentos para os setores farmácia, almoxarifado, nutrição, laboratório e outros pressupõe:

1) a existência de equipe responsável pela organização e coordenação dos processos relativos ao planejamento, compra, armazenamento e disponibilização de materiais e insumos utilizados pelo hospital;

2) sistema de informação entre os setores; 3) existência de coordenação única; 4) padronização

de medicamento, materiais e suprimento.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar o tipo de sistema. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Porcentagem de equipamentos médico-hospitalares com contratos de manutenção preventiva em dia (eqcontr)

Conceito: relação percentual entre número de equipamentos com contratos de manutenção preventiva em dia e o total de equipamentos médico-hospitalares. Deverão ser considerados os equipamentos existentes nos setores/unidades de: UTI; Urgência e Emergência/Pronto Atendimento e Centro Cirúrgico.

Método de cálculo:

Percentual de equipamentos com contrato de manutenção preventiva em dia:

$$eqcontr = \frac{n^{\circ}\ total\ de\ equipamentos\ médico-hospitalares\ com\ contrato\ de\ manutenção\ preventiva\ em\ dia}{n^{\circ}\ total\ de\ equipamentos\ médico-hospitalares} \times 100$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Porcentagem de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde em relação às apresentadas (intglosa)

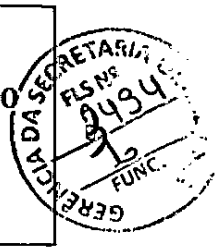
Conceito: relação percentual entre o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas e o número de AIH apresentadas nos últimos doze meses.

Método de cálculo

SECRETARIA DE GERÊNCIA FLS Nº 3493 FUNC.

Percentual de glosa das AIH´s:

$$\text{int}\ glosa = \frac{n^{o}\ de\ AIH\ \ pagas\ \ nos\ \ últimos\ \ 12\ \ meses}{n^{o}\ de\ AIH\ \ apresentadas\ \ nos\ \ últimos\ \ 12\ \ meses} x\ 100$$



Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Porcentagem de procedimentos ambulatoriais pagos pelo Sistema Único de Saúde em relação aos apresentados (ambglosa)

Conceito: relação percentual entre o número de procedimentos ambulatoriais pagos e o número de procedimentos ambulatoriais apresentados nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

Percentual de glosa dos procedimentos ambulatoriais:

$$ambglosa = \frac{n^{o}\ de\ proc.ambulatoriais\ pagos\ \ nos\ \ últimos\ \ 12\ \ meses}{n^{o}\ de\ proc.ambulatoriais\ apresentados\ \ nos\ \ últimos\ \ 12\ \ meses} x\ 100$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Subárea 1.4: Gestão da informação hospitalar

Objetivo: verificar a existência de instrumentos que permitam a produção de informação confiável, periódica e informatizada como insumos estratégicos na gestão hospitalar, especialmente relacionados à qualidade da assistência. Sete dimensões são focalizadas: censo hospitalar, informatização em rede, acesso a *Internet*, estatística hospitalar, informação epidemiológica, núcleo epidemiológico e alta hospitalar.

Indicadores:

Censo Hospitalar Diário

Conceito: realizar o Censo Hospitalar Diário de acordo com a Portaria nº 312 de 2002 do MS

Referência normativa: Segundo a Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, censo hospitalar diário é a contagem e o registro, a cada dia hospitalar, do número de leitos ocupados e vagos nas unidades de internação e serviços do hospital.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso afirmativo, informar se a instituição faz a conferência *in locu* dos pacientes internados, diariamente e no mesmo horário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Sistema de Informatização em rede

Conceito: ter um sistema de informatização em rede implantado.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Registro eletrônico na admissão de pacientes

Conceito: utilização de registro eletrônico com finalidade administrativa e clínica, no último ano, na área de admissão de pacientes.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Registro eletrônico de resultados de exames laboratoriais

Conceito: utilização de registro eletrônico para emissão de resultados de exames laboratoriais, no último ano.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Registro eletrônico de resultados de exames de diagnóstico por imagem

Conceito: utilização de registro eletrônico para emissão de resultados de exames de diagnóstico por imagem, no último ano.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Registro eletrônico na farmácia

Conceito: utilização de registro eletrônico com código de barras com finalidades administrativas e clínicas, no último ano, na área de assistência farmacêutica, devendo, esse sistema, estar interligado ao sistema de apropriação de custos e ao controle de estoques.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Acesso a *Internet*

Conceito: os setores estratégicos do hospital dispõem de acesso a *Internet*.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso afirmativo, informar relatar quais os setores têm acesso, quantos pontos, qual o tipo de conexão utilizada – banda larga, discada, rádio, etc –, qual o provedor e se a instituição encontra dificuldades em fazer o *download* dos arquivos disponibilizados pelo programa.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Informes estatísticos

Conceito: o hospital elabora e divulga internamente informes contendo estatísticas relacionadas a tempo médio de permanência, taxa de ocupação, taxas de mortalidade e de infecção hospitalar, perfil do usuário (idade, sexo, etc.).

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, anexar cópia do último informe.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Notificação compulsória

Conceito: o hospital preenche e encaminha as fichas de notificação quando da ocorrência, quando da suspeita e a ficha de notificação negativa de doenças. O Instrumento de Notificação Compulsória é a Ficha de Notificação, padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo o fluxo do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Referências normativas:

a) Portaria nº 2.325/GM, de 08 de dezembro de 2003 do Ministério da Saúde regulamenta a Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória.

- Botulismo - Carbúnculo ou "antraz" - Cólera - Coqueluche - Dengue - Difteria - Doenças de Chagas (casos agudos) - Doenças Meningocócica e outras Meningites - Esquistosomose (em área não endêmica) - Febre Amarela - Febre do Nilo - Febre Maculosa - Febre Tifóide - Hanseníase - Hantaviroses - Hepatites Virais - Infecção pelo vírus da imunodeficência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical	- Leishmaniose Tegumentar Americana - Leishmaniose Visceral - Leptospirose - Malária - Meningite por Haemophilus influenzae - Peste - Poliomielite - Paralisia Flácida Aguda - Raiva Humana - Rubéola - Síndrome da Rubéola Congênita - Sarampo - Sífilis Congênita - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) - Síndrome Respiratória Aguda Grave - Tétano - Tularemia - Tuberculose - Varíola

b) Portaria 777/GM de 28 de abril de 2004 regulamenta a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador (acidentes e doenças relacionados ao trabalho) listados abaixo:

- Acidente de Trabalho Fatal - Acidentes de Trabalho com Mutilações - Acidente com Exposição a Material Biológico - Acidentes do Trabalho em Crianças e Adolescentes - Dermatoses Ocupacionais; - Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)	- Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) - Pneumoconioses - Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho - Câncer Relacionado ao Trabalho

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE)

Conceito: núcleo criado de acordo com a norma estabelecida pelo Ministério da Saúde.

Referência normativa: Portaria do Ministério da Saúde nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004 do Ministério da Saúde institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, em cuja esfera compete a todo estabelecimento hospitalar:

I - preencher a Ficha Individual de Notificação quando da ocorrência de agravo inusitado à saúde e de surtos, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido;

II = preencher a Ficha Individual de Notificação quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido;

III - preencher a Ficha de Notificação para a notificação negativa de ocorrência de doenças de notificação compulsória, encaminhando-a de acordo com o fluxo estabelecido.

Na impossibilidade de atender ao estabelecido acima, o hospital deverá realizar a notificação ao gestor correspondente, o mais rápido possível, utilizando os meios disponíveis.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital. Anexar registro de ato formal específico de criação do Núcleo

Hospitalar de Epidemiologia e Termo de Adesão.

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2493
FUNC.

Relatório de alta hospitalar

Conceito: emissão de relatório de alta hospitalar para 100% dos pacientes do SUS. O relatório de alta hospitalar contém o consolidado das informações sobre o período de internação do paciente, abrangendo: diagnóstico, tratamento recebido, tempo de permanência, exames realizados, devendo a primeira via do sumário ser entregue ao paciente no dia da alta.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

INDICADDRES DA ÁREA 2: PRDCESSOS

ÁREA 2: PROCESSOS

Esta área focaliza os processos assistenciais relacionados ao cuidado do paciente para obtenção de um dado resultado. A gestão dos processos assistenciais exige uma certa padronização do procedimentos que deve servir de orientação contínua para a melhoria do desempenho do hospital

Subárea 2.1: Organização da assistência

Objetivo: caracterizar a organização dos processos assistenciais no hospital com foco na utilização de protocolos clínicos, no método de dispensação de medicamentos, na segurança no uso de hemocomponentes e no funcionamento de comissões hospitalares

Protocolos clínicos implantados

Conceito: utilização de protocolos como instrumentos que normalizam o padrão de atendimento nos setores de clínica médica e cirúrgica, enfermagem, pronto atendimento e farmácia. Os protocolos clínicos devem fornecer elementos de apoio à decisão e ao manejo clínico, além de orientar a organização do processo de trabalho, estabelecendo fluxos integrados e medidas de suporte, definindo competências e responsabilidades dos serviços, das equipes e dos profissionais. Sua aplicação deve resultar em

melhoria da qualidade do atendimento, eficiência e efetividade clínica.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, relacionar os protocolos implantados. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Dispensação de medicamentos

Conceito: utilização de dispensação de medicamentos por meio de: 1) dose individualizada por horário, em que os pedidos de medicamentos são feitos especialmente para cada paciente para um dado período, de acordo com a segunda via da prescrição médica; 2) dose unitária, em que a farmácia interpreta a cópia da ordem médica e as doses são preparadas na medida exata para cada medicamento e paciente, dispensando-se a manipulação no preparo da medicação para o paciente, por parte da enfermagem; 3) sistema misto, no qual parte dos medicamentos é dispensada por dose unitária e os demais, por dose individualizada.

Qualquer um dos sistemas de dispensação, acima definidos, pressupõe a existência de uma equipe habilitada e capacitada para a preparação da dose individualizada e/ou unitária, com o sistema de manejo normatizado e o cumprimento às normas de prevenção e controle da infecção.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar o sistema adotado e as clínicas que o utilizam.

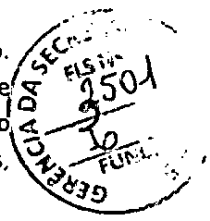
Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Uso de hemocomponentes seguros

Conceito: garantia de utilização de hemocomponentes seguros, obtidos através de hemocentros credenciados e da constituição de um Comitê Transfusional multidisciplinar do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia que o assiste. Este Comitê tem as seguintes atribuições: 1) monitorar, investigar e notificar os incidentes transfusionais imediatos; 2) promover e participar de treinamentos de toda a equipe nos aspectos principais da hemovigilância; 3) desenvolver protocolos para a unificação de condutas relativas à hemovigilância, divulgar conhecimentos e manter a equipe bem informada e atualizada; 4) detectar e sugerir as modificações e adequações necessárias na rotina do atendimento e nos protocolos vigentes, almejando sempre a maior segurança para o paciente que recebe transfusões; 5) nos casos dos Comitês das Assistências e Agências Hemoterápicas (em hospitais públicos e privados) servir de referência e consultoria para os médicos e demais profissionais da área da saúde.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, anexar cópia do contrato com o hemocentro, informar a periodicidade das reuniões do Comitê estabelecida no seu Regimento Interno e as datas das reuniões no último ano e anexar as atas das duas últimas reuniões. Destacar nas atas enviadas os principais problemas, soluções e resultados encontrados pelo Comitê para garantir a qualidade das transfusões realizadas.



Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Existência de Comissão de Revisão de Prontuário

Conceito: comissão de funcionamento obrigatório nos estabelecimentos hospitalares.

Referência normativa: A Resolução 1331/1989 do Conselho Federal de Medicina define o prontuário como "um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde pública ou privada". A Resolução nº 1.639/2002 do Conselho Federal de Medicina regulamenta a Comissão de Revisão de Prontuário.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e anexar as atas das 2 últimas reuniões. Destacar nas atas enviadas os itens relacionados à organização do prontuário e à qualidade dos registros.

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Existência de Comissão de Verificação de Óbitos

Conceito: comissão de funcionamento obrigatório nos estabelecimentos hospitalares. Destina-se a análise da mortalidade intra-hospitalar e ao estudo dos fatores associados à sua ocorrência.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e anexar as atas das 2 últimas reuniões. Destacar nas atas enviadas a análise dos óbitos ocorridos durante a competência divididos por faixa etária.

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Existência de Comissão de Eventos Adversos

Conceito: comissão destinada a controlar e monitorar as ocorrências que não estão em conformidade com os processos assistenciais providos pelo hospital, durante o tratamento dos pacientes. Essas não conformidades são definidas como eventos sentinela, que por sua gravidade exigem uma investigação complementar. Em geral, tratam-se de eventos indesejáveis e raros como mortes imprevistas de pacientes, surtos de infecção hospitalar, cirurgia em paciente errado ou em parte errada do corpo, reações transfusionais, partos que ocorreram no corredor ou na ante-sala de parto, troca de bebê após o nascimento, rapto infantil, agressão, estupro, homicídio, suicídio de paciente internado, incêndio, explosão, entre outros.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e anexar as atas das 2 últimas reuniões. Destacar nas atas enviadas os principais problemas, soluções e resultados obtidos pela Comissão para os problemas referentes ao controle e ao monitoramento das ocorrências que não estão em conformidade com os processos da assistência hospitalar prestada, durante o tratamento do paciente. **Periodicidade**: anual.

Fonte de informação: hospital.

Existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Conceito: comissão de funcionamento obrigatório nos estabelecimentos hospitalares.

Referência normativa: Desde 1997, os hospitais do País são obrigados a manter Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH), que consiste de um conjunto de ações desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, definida pela Lei nº 9.431 de 6 de janeiro de 1997, integra o PCIH, tendo sido regulamentada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 2.616 de 12 de maio de 1998. **Método de cálculo:** não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a metodologia para efetuar o controle, a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e anexar as atas das 2 últimas reuniões. Destacar nas atas enviadas os itens relacionados às ações relativas ao controle e ao monitoramento das infecções.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Existência de Comissão de Farmácia e Terapêutica

Conceito: a instituição deve possuir uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no hospital, além de

assessorar a gestão nas questões referentes aos mesmos. Deve ser constituída com a finalidade de padronizar e/ou atualizar a relação de medicamentos e o formulário terapêutico, além de realizar ações de promoção do uso racional daqueles. **Método de cálculo**: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e anexar a última versão da padronização dos medicamentos utilizados pela instituição, elaborado pela Comissão.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3503
FUNC.

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN)

Conceito: a instituição que possui leitos de UTI deve constituir uma equipe multiprofissional responsável pela execução, supervisão e avaliação permanentes, em todas as etapas da Terapia Nutricional Enteral e/ou Parenteral (TN). Essa equipe é condição formal e obrigatória. Por se tratar de procedimento realizado em paciente sob cuidados especiais e para garantir a vigilância constante do seu estado nutricional, a EMTN para TN deve ser constituída de, pelo menos, um profissional de cada categoria, com treinamento específico para esta atividade, a saber: médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, podendo ainda incluir profissionais de outras categorias a critério das unidades hospitalares.

Referência normativa: Portaria n° 272/MS/SNVS, de 8 de abril de 1998 e Resolução da

Diretoria Colegiada - RCD n° 63, de 6 de julho de 2000.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, encaminhar as duas últimas atas.

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Atenção à Saúde do Trabalhador

Conceito: as instituições hospitalares devem instituir uma Comissão multidisciplinar com o objetivo de prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível, de forma permanente, o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

As instituições hospitalares que possuem 20 ou mais funcionários com contrato regido pela CLT, devem instituir, pela legislação vigente, a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Essas instituições não precisarão constituir outra Comissão, desde que a CIPA já realize as ações previstas nas Portarias do Ministério do Trabalho e Emprego.

Essa Comissão deverá, também, garantir a notificação de 100% dos agravos à saúde do trabalhador

(acidentes e doenças relacionados ao trabalho listadas no item 1.4.9), no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), conforme Portaria 777/GM de 28 de abril de 2004.

CIA DA SECRETARIA GE... FLS Nº 2504

Referência normativa:

a) Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) n.º 485, de 11 de Novembro de 2005 (Norma Regulamentadora – NR 32, da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde);

b) Portaria da Secretaria de Segurança e Saúde do Trabalho (SSST) do Ministério do Trabalho (MTb) nº 08, de 23 de Fevereiro de 1999: altera a Norma Regulamentadora – NR 5 que dispõe spbre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e dá outras providências.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões, no último ano, e relatar os resultados obtidos pela Comissão no último ano. Destacar nas atas enviadas a análise das notificações enviadas.

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

Conceito: as instituições que possuem mais de 80 leitos devem constituir, formalmente, essa Comissão nos termos da legislação específica. A atribuição da CIHDOTT é a de organizar a instituição hospitalar para que seja possível:

I - detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;

II - viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM sobre o tema;

III - criar rotinas para oferecer aos familiares de pacientes falecidos no hospital a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

IV - articular-se com a Central de Transplante do Estado respectivo (CNCDO) para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

V - responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;

VI - articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação; e

VII - capacitar, em conjunto com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.

Referência normativa: Portaria nº 1.752/GM de 23 de setembro de 2005.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Assinalar resposta SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno da Comissão, as datas das reuniões no último ano e informar a evolução das notificações dos transplantes (para hospitais que realizam esse procedimento).

Periodicidade: anual.

Fonte de Informação: hospital.

Subárea 2.3: Produtividade

Objetivo: verificar o desempenho do hospital por meio de indicadores que buscam relacionar o número de pessoal, de leitos e a produção do hospital.

Indicadores:

Relação Pessoal / leito (peslei)

Conceito: relação entre o total de pessoal empregado e terceirizado (exceto médicos em função assistencial) e o número de leitos cadastrado na Central de Regulação Assistencial, em um período determinado.

Método de cálculo:

Relação pessoal/leito:

$$\text{peslei} = \frac{\text{total de pessoal empregado e terceirizado (exceto médicos)}}{\text{nº leitos cadastrados na Central de Regulação Assistencial}}$$

Periodicidade: anual

Fonte de informação: hospital.

Índice de produção por funcionário – ambulatório (ipamb)

Conceito: relação entre a produção, medida por meio do número de consultas ambulatoriais, e o número de pessoal empregado e terceirizado (exceto médicos em função assistencial) do ambulatório nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

Índice de produção por funcionário no ambulatório:

$$ipamb = \frac{\text{nº de consultas realizadas no ambulatório nos últimos 12 meses}}{\text{nº de funcionários do ambulatório (exceto médicos) nos últimos 12 meses}}$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Índice de produção por funcionário – centro cirúrgico (ipcc)

Conceito: relação entre a produção do centro cirúrgico, medida por meio do número de cirurgias, excluídas as cesáreas, e o número de pessoal empregado e terceirizado (exceto médicos em função assistencial) do centro cirúrgico, nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

Índice de produção por funcionário no centro cirúrgico:

$$ipcc = \frac{\text{nº de cirurgias mensais realizadas (exceto cesáreas) nos últimos 12 meses}}{\text{nº de funcionários (exceto médicos) nos últimos 12 meses}}$$

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Índice de produção por funcionário – Pronto Socorro (ipps)

Conceito: relação entre a produção do Pronto Socorro, medida por meio do número de consultas, e o número de pessoal empregado e terceirizado (exceto médicos em função assistencial) do Pronto Socorro nos últimos doze meses.

Método de cálculo:

$$ipps = \frac{n^{\circ}\ de\ consultas\ realizadas\ no\ PS\ nos\ últimos\ 12\ meses}{n^{\circ}\ de\ funcionários\ do\ PS\ (exceto\ médicos)\ nos\ últimos\ 12\ meses}$$

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 9507 FUNC.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Tempo médio de permanência geral (tmp)

Conceito: relação entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de saídas hospitalares no mesmo período.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. A **Média de Permanência** representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital; é igual à relação entre o total de pacientes-dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Essa medida pode ser afetada pela forma de tratamento das transferências internas; nesse caso a sugestão é atribuir a permanência de internação à unidade da qual o paciente teve alta. Para o caso da UTI, unidade que tem grande volume de pacientes transferidos, a estatística deve ser feita separadamente. **Paciente-dia**: é a unidade de mensuração da assistência prestada, em um dia hospitalar, a um paciente internado, devendo o dia de alta somente ser computado quando este ocorrer no dia da internação. A saída do paciente da clínica/unidade de internação pode se dar por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito. As transferências internas não são consideradas saídas para os cálculos das estatísticas hospitalares gerais.

Método de cálculo:

Tempo médio de permanência:

$$tmp = \frac{n^{\circ}\ pacientes\text{-}dia\ no\ mês}{n^{\circ}\ de\ saídas\ do\ hospital\ no\ mesmo\ período}$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Tempo médio de permanência – clínica médica (tmpcmed)

Conceito: relação entre o número de pacientes-dia na clínica médica em determinado mês e o número de saídas da clínica médica no mesmo período.

SECRETARIA CENTRAL FLS Nº 3508 FUFIC

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Método de cálculo:

Tempo médio de permanência da clínica médica:

$$\text{tmpcmed} = \frac{\text{nº de pacientes/dia na clínica médica no mês}}{\text{nº de saídas da clínica médica no mesmo período}}$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Tempo médio de permanência – clínica cirúrgica (tmpccir)

Conceito: relação entre o número de pacientes-dia na clínica cirúrgica em determinado mês e o número de saídas da clínica cirúrgica no mesmo período.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Método de cálculo:

Tempo médio de permanência da clínica cirúrgica:

$$\text{tmpccir} = \frac{\text{nº de pacientes/dia na clínica cirúrgica no mês}}{\text{nº de saídas da clínica cirúrgica no mesmo período}}$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Tempo médio de permanência – Unidade de Tratamento Intensivo - Adulto (tmputi)

Conceito: relação entre o número de pacientes-dia da UTI – Adulto em determinado mês e o número de saídas da UTI – Adulto no mesmo período.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Método de cálculo:

Tempo médio de permanência da Uti-Adulto:

$$\text{tmputi} = \frac{\text{nº de pacientes – dia na UTI – Adulto no mês}}{\text{nº de saídas da UTI – Adulto no mesmo período}}$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de ocupação (to)

Conceito: relação percentual entre o número de pacientes-dia em determinado mês e o número de leitos-dia no mesmo período.

Observação: Nos indicadores relativos à Taxa de ocupação, considerar que **Leito-dia** é a unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. Corresponde aos leitos operacionais ou disponíveis, incluindo os leitos extras com pacientes internados, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério.

Método de cálculo:

Taxa de ocupação:

$$\text{to} = \frac{\text{nº de pacientes / dia no mês}}{\text{nº de leitos / dia no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de ocupação – Clínica Médica (tocmed)

Conceito: relação percentual entre o número de pacientes-dia na clínica médica em determinado mês e o número de leitos-dia da clínica médica no mesmo período.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério.

Método de cálculo:

$$\text{Taxa de ocupação na clínica médica:}$$

$$\text{tocmed} = \frac{\text{nº de pacientes / dia na clínica médica no mês}}{\text{nº de leitos / dia da clínica médica no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de ocupação – clínica cirúrgica (toccir)

Conceito: relação percentual entre o número de pacientes-dia na clínica cirúrgica em determinado mês e o número de leitos-dia da clínica cirúrgica no mesmo período.

Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério.

Método de cálculo:

$$\text{Taxa de ocupação – clínica cirúrgica:}$$

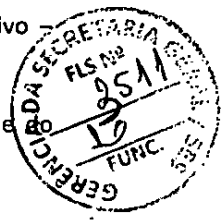
$$\text{toccir} = \frac{\text{nº de paciente / dia clínica cirúrgia no mês}}{\text{nº de leito / dia clínica cirúrgica no mesmo periodo}} \times 100$$

Periodicidade: mensal

Fonte de informação: hospital.

Taxa de ocupação – Unidade de Tratamento Intensivo – Adulto (touti)

Conceito: relação percentual entre o número de pacientes-dia da Unidade de Tratamento Intensivo – Adulto em determinado mês e o número de leitos-dia da Unidade de Tratamento Intensivo – Adulto no mesmo período.



Referência normativa: Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério.

Método de cálculo:

Taxa de ocupação – UTI-Adulto:

$$touti = \frac{\text{nº de pacientes / dia UTI – Adulto no mês}}{\text{nº de leitos / dia Uti – Adulto no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Pacientes em lista de espera para procedimento cirúrgico

Conceito: número de pacientes que estão na lista de espera para realização de procedimento cirúrgico. A manutenção de lista de espera deve conter o tipo de procedimento cirúrgico e indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e data de saída da lista devido à realização do procedimento. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Método de cálculo: soma do total de pacientes inscritos na lista de espera para o procedimento cirúrgico, na data de preenchimento do relatório.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Pacientes em lista de espera para exame de diagnose

Conceito: número de pacientes que estão na lista de espera para realização de exame de diagnose. A manutenção de lista de espera por tipo de exame de diagnose deve indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e data de saída da lista devido à realizaçâo do exame. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Método de cálculo: soma do total de pacientes inscritos na lista de espera para o exame de diagnose, na data de preenchimento do relatório.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 0512 FUMC

Pacientes em lista de espera para consulta especializada

Conceito: número de pacientes que estão na lista de espera para realização de consulta especializada. A manutenção de lista de espera por tipo de consulta especializada deve indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e data de saída da lista devido à realização da consulta. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Método de cálculo: soma do total de pacientes inscritos na lista de espera para a consulta especializada, na data de preenchimento do relatório.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Tempo de espera para procedimento cirúrgico (tepcir)

Conceito: tempo médio de espera para a realização de procedimento cirúrgico (definido pelo Programa em conjunto com o hospital) dos pacientes inscritos em lista de espera, nos últimos doze meses. Entende-se por tempo de espera (TE) de um paciente, o número de dias transcorridos entre o dia da realização do procedimento cirúrgico (R) e o dia da inscrição na lista de espera (I), ou seja, TE é igual a R menos I. A manutenção de lista de espera por tipo de procedimento cirúrgico deve indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e data de saída da lista devido à realização do procedimento. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Método de cálculo:

Tempo de espera para procedimento cirúrgico

Tempo de espera para procedimento cirúrgico

$$tepcir = \frac{\sum_{i=1}^{n} TE}{N}, \text{ onde:}$$

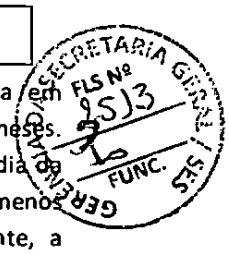
$\sum_{i=1}^{n} TE$ = Somatório do nº de dias entre a realização de procedimentos cirúrgicos (R) e a inscrição na lista de espera (I) de N pacientes, nos últimos 12 meses;

N = Número de pacientes inscritos na lista que realizaram o procedimento nos últimos 12 meses

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Tempo de espera para exame de diagnose (teexd)



Conceito: tempo médio de espera para realização de exame de diagnose (definido pelo Programa em conjunto com o hospital) dos pacientes inscritos em lista de espera, nos últimos doze meses. Entende-se por tempo de espera (TE) de um paciente, o número de dias transcorridos entre o dia da realização do exame diagnóstico (E) e o dia da inscrição na lista de espera (I), ou seja, TE é igual a E menos I. A manutenção de lista de espera por tipo de exame diagnóstico deve indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e a data de saída da lista devido à realização do exame. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Tempo de espera para exame de diagnose:

$$teexd = \frac{\sum_{i=1}^{n} TE}{N}, \text{ onde:}$$

$\sum_{i=1}^{n} TE$ = Somatório do nº de dias entre a realização do exame de diagnose (E) e a inscrição na lista de espera (I) de N pacientes, nos últimos 12 meses;

N = Número de pacientes inscritos na lista que realizaram o procedimento nos últimos 12 meses;

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Tempo de espera para consulta especializada (tecoesp)

Conceito: tempo médio de espera para realização de consulta especializada (definida pelo Programa em conjunto com o hospital) dos pacientes inscritos em lista de espera, nos últimos doze meses. Entende-se por tempo de espera (TE) de um paciente, o número de dias transcorridos entre o dia da realização da consulta especializada (C) e o dia da inscrição na lista de espera (I), ou seja, TE é igual a C menos I. A manutenção de lista de espera por tipo de consulta especializada deve indicar o nome do paciente, a data de inscrição na lista de espera e a data de saída da lista devido à realização da consulta. Caso o hospital não possua a lista de espera, justificar no formulário.

Método de cálculo:

Tempo de espera para consulta especializada

$$tecoesp = \frac{\sum_{i=1}^{n} TE}{N}$$

onde :

$\sum_{i=1}^{n} TE$ = Somatório do nº de dias entre a realização da consulta especializada (C) e a inscrição na lista de espera (I) de N pacientes, nos últimos 12 meses

N = Número de pacientes inscritos na lista que realizaram o procedimento nos últimos 12 meses

SECRETARIA DA SAÚDE GERAL FLS Nº 2514 FUNC.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

INDICADORES DA ÁREA 3: RESULTADOS

ÁREA 3: RESULTADOS

Os resultados se referem à efetividade da assistência hospitalar, entendida como o grau com que o cuidado hospitalar produz os resultados esperados. Dadas as dificuldades de se medir diretamente qual o impacto da assistência sobre o restabelecimento do estado de saúde do indivíduo, foram selecionados indicadores que expressam, de forma aproximada, a efetividade da assistência hospitalar. Três dimensões foram focalizadas: mortalidade hospitalar; segurança no provimento do cuidado, aferida pelas taxas de infecção hospitalar; e movimentação dos pacientes, considerada em termos de re-internação, transferência e atendimento referenciado.

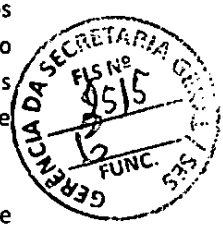
Subárea 3.1: Mortalidade

Objetivo: medir os resultados dos serviços hospitalares em termos de estado de saúde dos pacientes utilizando taxas de mortalidade geral, institucional, materna, infantil, neonatal precoce e tardia.

Referência normativa:

A Portaria nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde diferencia taxa de mortalidade hospitalar e taxa de mortalidade institucional. A primeira refere-se à

relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. A taxa de mortalidade institucional, por sua vez, corresponde à relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período. Observou-se que em decorrência do aumento da resolutividade dos procedimentos hospitalares sobre o paciente, considera-se 24 horas tempo suficiente para que a ação terapêutica e a conseqüente responsabilidade do hospital sejam efetivadas.



A Portaria nº 1101/GM de 12 de Junho de 2002 do Ministério da Saúde define a taxa de mortalidade materna e neonatal hospitalar. A primeira corresponde à relação entre o número de óbitos em obstetrícia no período e o número de pacientes obstétricos com alta no mesmo período. A taxa de mortalidade neonatal hospitalar é a relação entre número de óbitos de recém nato com até 28 dias no período e o número de nascidos vivos no mesmo período. Essa taxa pode ser decomposta em neonatal precoce (até 6 dias de vida) e neonatal tardia (de 7 a 27 dias).

Indicadores:

Taxa de mortalidade geral (txmg)

Conceito: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital em determinado mês e o número de saídas no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de mortalidade geral:

$$txmg = \frac{\text{nº de óbitos ocorridos no hospital no mês}}{\text{nº de saídas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de mortalidade institucional (txmi)

Conceito: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos no hospital após 24 horas de internação no mês período e o número de saídas no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de mortalidade institucional:

$$txmi = \frac{\text{nº de óbitos ocorridos no hospital após 24 horas de internação no mês}}{\text{nº de saídas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Subárea 3.2: Infecção hospitalar

Objetivo: medir os resultados dos serviços hospitalares em termos da segurança do cuidado.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2516
FUNC.
SES

Indicadores:

Taxa de infecção hospitalar (txih)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecção hospitalar em determinado mês e o total de saídas no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar:

$$txih = \frac{\text{número de episódios de infecção hospitalar no mês}}{\text{nº de saídas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar cirúrgica (txicir)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares em clínica cirúrgica em determinado mês e o total de saídas desta unidade no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar em Clínica Cirúrgica:

$$txicir = \frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar em clínica cirúrgica no mês}}{\text{nº de saídas da clínica cirúrgica no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

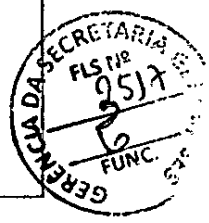
Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar em Unidade de Tratamento Intensivo – adulto (txiutia)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares em UTI adulto em determinado mês e o total de saídas desta unidade no mesmo período.

Taxa de infecção hospitalar em UTI – adulto:

$$txiutia = \frac{\text{n° de episódios de infecção hospitalar em UTI – adulto no mês}}{\text{n° de saídas da UTI – adulto no mesmo período}} \times 100$$



Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar em outras clínicas (txioutcli)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares em outras clínicas em determinado mês e o total de saídas desta unidade no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar em outras clínicas:

$$txioutcli = \frac{\text{n° de episódios de infecção hospitalar em outras clínicas no mês}}{\text{n° de saídas de outras clínicas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso (txicatv)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por cateter venoso em UTI em determinado mês e o total de saídas desta unidade, de pacientes que utilizaram cateter venoso, no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar por cateter venoso:

$$txicatv = \frac{\text{n° de episódios de infecção hospitalar por cateter venoso no mês}}{\text{n° de saídas da UTI de pacientes que utilizaram cateter venoso no mês}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar por cateter umbelical (txicatu)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por cateter umbilical em UTI em determinado mês e o total de saídas desta unidade, de pacientes que utilizaram cateter umbilical, no mesmo período.

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 1518
FUNC.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar por cateter umbilical:

$$txicatu = \frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar por cateter umbilical no mês}}{\text{nº de saídas da UTI de pacientes que utilizaram cateter umbilical no mês}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical (txicatve)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por cateter vesical em UTI em determinado mês e o total de saídas desta unidade, de pacientes que utilizaram cateter vesical, no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar por cateter vesical:

$$txicatve = \frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar por cateter vesical no mês}}{\text{nº de saídas da UTI de pacientes que utilizaram cateter vesical no mês}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

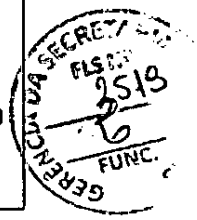
Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica (txivm)

Conceito: relação percentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por ventilação mecânica em UTI em determinado mês e o total de saídas desta unidade, de pacientes que utilizaram ventilação mecânica, no mesmo período.

Método de cálculo:

Taxa de infecção hospitalar por ventilação mecânica:

$$txivm = \frac{\text{nº de episódios de infecção hospitalar por ventilação mecânica no mês}}{\text{nº de saídas da UTI de pacientes que utilizaram ventilação mecânica no mês}} x100$$



Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Subárea 3.3: Movimentação de pacientes

Objetivo: verificar os resultados dos serviços hospitalares para a solução do problema do paciente. Serão mensuradas as re-internações não programadas relacionadas à clínica cirúrgica, as transferências externas em resposta às necessidades que demandam níveis de complexidade inexistente no hospital e a taxa de atendimento a pacientes referenciados por outros municípios.

Indicadores:

Taxa de reinternação não programada para grupos de pacientes de clínica cirúrgica (txrcir)

Conceito: relação percentual entre número de pacientes de clínica cirúrgica re-internados no mês e o número total de saídas pacientes de clínica cirúrgica no mesmo período.

Referência normativa: A definição do período de tempo dentro do qual uma nova internação é chamada de re-internação pode variar dependendo do objetivo com que esse evento é medido, segundo a Portaria nº 312 de 2 de maio de 2002. Para fins de monitoramento, será considerado paciente re-internado aquele cujo retorno não previsto se dá até 30 dias após a saída, independentemente do diagnóstico, ou aquele retorno depois de 30 dias pelo mesmo diagnóstico.

Método de cálculo:

Taxa de reinternação não programada da clínica cirúrgica:

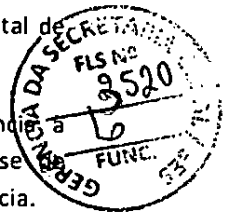
$$txrcir = \frac{\text{nº de pacientes re-internados de clínica cirúrgica no mês}}{\text{nº de saídas de pacientes de clínica cirúrgica no mesmo período}} x\ 100$$

Periodicidade: mensal

Fonte de Informação: hospital.

Taxa de transferência externa (txtrext)

Conceito: Relação percentual entre o número de pacientes transferidos para outro hospital com a finalidade de receber outra modalidade de assistência em determinado mês e o número total de saídas no mesmo período.



Referência normativa: A Portaria SAS nº 312 de 2 de Maio de 2002 da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde distingue transferência interna e externa, a segunda tratando-se de mudança de um paciente de um hospital para outro, para receber outra modalidade de assistência.

Método de cálculo

Taxa de transferência externa

$$\text{txtrext} = \frac{\text{nº de pacientes transferidos para outro hospital no mês}}{\text{nº de saídas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: hospital.

Taxa de atendimento a paciente referenciado (txref)

Conceito: relação percentual entre o número de pacientes referenciados por outros municípios em determinado mês e o número total de pacientes atendidos no hospital no mesmo período.

Método de cálculo:

$$\text{txref} = \frac{\text{nº de pacientes referenciados por outro município no mês}}{\text{nº de saídas no mesmo período}} \times 100$$

Periodicidade: mensal.

Fonte de informação: Central de Regulação Assistencial.

INDICADORES DA ÁREA 4: RELAÇÃO COM OS USUÁRIOS E A COMUNIDADE

ÁREA 4: RELAÇÃO COM USUÁRIOS E A COMUNIDADE

Esta área trata da interação do hospital com a comunidade e, em particular, com os usuários.

Subárea 4.1: Relação com os usuários

Objetivo: verificar em que medida a assistência hospitalar está centrada no usuário em termos do acolhimento e da possibilidade de que seja considerado ator no processo de melhoria da qualidade da assistência hospitalar.

Indicadores:

Recepção e informação ao usuário

Conceito: existência de serviços e/ou equipes de recepção, informação e acolhimento aos usuários.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, identificar o serviço existente.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Triagem

Conceito: realização de triagem das filas para obtenção de informação e prioridade no atendimento.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso afirmativo, informar a metodologia adotada.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Sinalização no hospital

Conceito: sinalização no hospital por meio de placas com indicação dos setores.

Método de Cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Ouvidoria

Conceito: existência de ouvidoria e ou do serviço/setor de coleta de reclamações e sugestões dos usuários.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

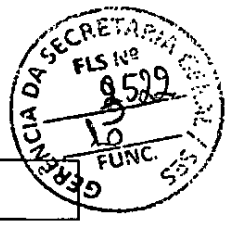
Monitoramento de respostas

Conceito: existência de monitoramento das reclamações e sugestões coletadas e elaboração de um plano de ação voltado à melhoria do atendimento do usuário.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar como é feito.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.



Realização de pesquisa de satisfação de usuários

Conceito: realização de pesquisa de satisfação de usuários com periodicidade pelo menos anual.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, anexar o formulário da pesquisa e indicar desde quando ela é realizada.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Implementação de plano de melhoria de atendimento ao usuário

Conceito: elaboração e execução de plano de ação voltado à melhoria de atendimento ao usuário, com base nos resultados da pesquisa.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar quais foram as melhorias implementadas.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Visitas a pacientes internados

Conceito: existência de horário de visitas diárias

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar os setores e o número de horas diárias.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

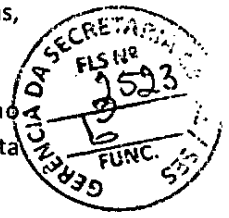
Subárea 4.2: Interação com a comunidade

Objetivo: verificar se existe interação entre hospital e comunidade, expressa em apoio a cuidados intra e extra-hospitalares e por meio de reconhecimento e premiação aos serviços prestados.

Indicadores:

Parcerias para apoio a cuidados *intra*-hospitalares

Conceito: Existência de parcerias para apoio a cuidados *intra*-hospitalares (contribuições financeiras, trabalho voluntário, etc).



Método de Cálculo: Não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar parceiros e no que consiste a parceria. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Parcerias para apoio a cuidados *extra*-hospitalares

Conceito: existência de parcerias para viabilizar algum tipo de cuidado *extra*-hospitalar demandado por grupos de pacientes.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar parceiros, no que consiste a parceria e quais grupos de pacientes são beneficiados. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Prêmio ou destaque por qualidade de serviços prestados

Conceito: recebimento pelo hospital de prêmio ou destaque da comunidade ou de organismos públicos e privados.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM ou NÃO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, indicar o prêmio recebido, sua origem e o ano.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Indicadores da estrutura

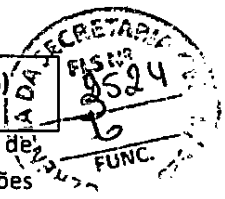
ÁREA 5: ESTRUTURA

A Estrutura contempla informações gerais que permitem caracterizar o hospital bem como sua adesão a programas governamentais

Subárea 5.1: Informações Gerais

Objetivo: caracterizar o perfil do hospital e contextualizar os compromissos assumidos

Indicadores:



Atualização das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Conceito: a instituição atualiza, regularmente, seus dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), junto ao Gestor Municipal, de modo a assegurar a veracidade das informações disponibilizadas na página eletrônica deste cadastro, que compreende o conhecimento dos Estabelecimentos de Saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares divididos nos módulos: (a) Conjunto; (b) Ambulatorial; (c) Hospitalar; (e) Mantenedora; (f) Profissional e (g) Habilitações.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a data da última atualização junto ao Gestor CNESl. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária

Conceito: o hospital possui Alvará de Funcionamento emitido pela Vigilância Sanitária atualizado, sem restrições (Termo de Obrigações a Cumprir).

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta negativa, anexar cópia do Termo de Obrigações a Cumprir (TOC-VISA). Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Certificação como hospital de ensino

Conceito: a instituição foi credenciada, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, como hospital de ensino.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a portaria da certificação e a data de publicação. Se a resposta for OUTRO, justificar.

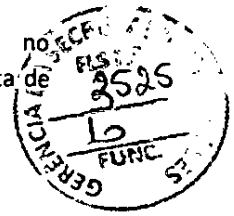
Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Contratualização como hospital de ensino

Conceito: a instituição foi contratualizada, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação, como hospital de ensino.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a portaria da contratualização e a data de publicação. Se a resposta for OUTRO, justificar.



Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

Conceito: existência de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) elaborado e disponibilizado na instituição, com uma equipe responsável pelo seu monitoramento. Os resíduos produzidos pela instituição devem ser classificados, segregados e identificados conforme a resolução CONAMA 358 de 29 de abril de 2005 e a RDC ANVISA nº. 306 de 07 de dezembro de 2004.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar se os resíduos são segregados na fonte e como isso é feito; se existem rotinas de procedimentos escritas e disponibilizadas para atividades de coleta interna, e se existe abrigo externo de alvenaria para os resíduos e a forma como os resíduos são transportados até ele. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Análise periódica de água hospitalar

Conceito: o hospital monitora, periodicamente, através de amostras coletadas em vários pontos do hospital, a qualidade da água utilizada por meio da análise técnica emitida por empresas certificadas e em consonância com a Portaria GM Nº 518 de 25/03/2004.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das análises, as datas das análises realizadas nos últimos doze meses, anexando cópia das últimas análises e informar as datas das lavagens dos reservatórios da instituição nos últimos doze meses. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Gerador de energia

Conceito: O hospital dispõe gerador de energia com capacidade mínima de cobertura das áreas críticas, em condições ideais de funcionamento.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar as especificações do gerador de energia

utilizado pela instituição, se a manutenção é própria ou terceirizada (citar empresa), qual o tipo (preventiva e/ou corretiva) e a periodicidade que essa manutenção é realizada. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Serviço de Atenção Domiciliar Terapêutica

Conceito: disponibilizar ao SUS, em parceria com o Gestor Municipal, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD é entendido como o conjunto de atividades prestadas no domicilio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim.

Referência normativa: a Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 estabelece as modalidades, os critérios e o financiamento da Internação Domiciliar em relação ao estados, Distrito Federal e municípios. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº11, de 26 de janeiro de 2006, estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta negativa, anexar declaração do Gestor, informando como o processo se encontra.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Procedimentos assistenciais pactuados

Conceito: ações e investimentos ligados diretamente à **ampliação da oferta** de procedimentos e/ou serviços assistenciais que foram caracterizados como pontos de estrangulamento da macro ou microrregião, conforme avaliação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB/SUS-MG), e que foram pactuadas com a instituição no Plano de Ajustes e Metas.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, relatar os procedimentos e as quantidades pactuados e a média mensal realizada em quadro específico. Se a resposta for OUTRO, justificar.

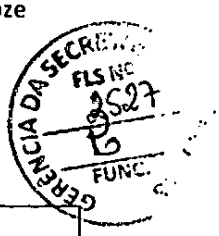
Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Serviço de Pronto Atendimento ou Emergência

Conceito: a instituição dispõe do serviço Pronto-Atendimento a Urgências e Emergências, com área física, equipamentos e norma e rotinas exclusivos, funcionando 24 horas por dia e nos 7 dias da semana.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a média mensal de atendimentos nos últimos doze meses. Se a resposta for OUTRO, justificar.



Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Ambulância com UTI

Conceito: a instituição dispõe de ambulância, própria ou terceirizada, com UTI.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no formulário. Em caso de a ambulância ser terceirizada, anexar cópia do contrato. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital.

Subárea 5.2: Adesão a programas governamentais

Objetivo: verificar a adesão do hospital aos programas da SES-GO/ MS

Indicadores:

Programa de Humanização: grupo de trabalho de humanização implantado

Conceito: implantação pela instituição das ferramentas e instrumentos de gestão preconizados pela Política Nacional de Humanização conforme orientação da SES-GO, definidas a seguir:

1- Compor o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) contemplando a participação efetiva de representantes dos usuários, dos trabalhadores da saúde e da gestão da instituição;

2- Elaborar o Regimento Interno do GTH (com a assinatura do Diretor);

3- Definir e aprazar os Planos de Ação existentes e em implementação, que devem ser voltados para os três pilares da humanização (usuários, trabalhadores e gestores de saúde), abrangendo as áreas descritas abaixo:

- Mecanismos de escuta e participação de profissionais e usuários (Ouvidoria ou utilização de outros instrumentos);
- Organizar os mecanismos de referência e contra-referência, favorecendo a inserção do hospital na rede de assistência;
- Acolhimento nas áreas de acesso, contemplando: Acolhimento com classificação em critérios de risco; Identificação de profissionais/vinculação dos profissionais; Educação permanente com temas de humanização; Participação da comunidade; Outras ações de mesma natureza.

Método de cálculo: não há método de cálculo específico. Responder SIM, NÃO ou OUTRO no

formulário. Em caso de resposta afirmativa, informar a periodicidade das reuniões estabelecida no Regimento Interno do GTH, as datas das reuniões, no último ano, e anexar cópias do Regimento Interno do GTH, das atas das duas últimas reuniões realizadas (devidamente assinadas) e do Plano de Ação. Se a resposta for OUTRO, justificar.

Periodicidade: anual.

Fonte de informação: hospital

2.5 A DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS FERRAMENTAS E INSTRUMENTOS DE MODERNIZAÇÃO GERENCIAL ADOTADOS PELA ORGANIZAÇÃO;

A UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA MAMP- "MÉTODO DE ANÁLISE E MELHORIA DE PROCESSOS"

Melhorar os processos da organização é fator crítico para o sucesso institucional de qualquer organização desde que realizada de forma sistematizada e que seja entendida por todos na organização.

Das diversas metodologias existentes, destaca-se a ferramenta MAMP – Método de Análise e Melhoria de Processos, como tendo a aplicação mais simples. O MAMP é um conjunto de ações desenvolvidas para aprimorar as atividades executadas, identificando possíveis desvios, corrigindo erros, transformando serviços com alto valor agregado.

O MAMP propicia a utilização das ferramentas de solução de problemas nas organizações de forma ordenada e lógica, facilitando a análise de problemas, determinação de suas causas e elaboração de planos de ação para eliminação dessas causas. A vantagem da utilização do MAMP é que o primeiro passo já envolve a quebra de um paradigma gerencial, instituindo o gerenciamento de processos como ponto de partida.

As etapas do MAMP envolvem:

- Mapeamento dos processos;
- Monitoramento dos processos e de seus resultados;
- Identificação e priorização de problemas e suas causas;
- Ações corretivas, preventivas e de melhoria;
- Sistema de documentação e procedimentos operacionais.

O grande objetivo de realizar a melhoria de processos é agregar valor aos serviços que as organizações prestam aos seus clientes, principalmente as organizações públicas, onde os recursos são cada vez mais escassos e as demandas cada vez mais crescentes. Com o MAMP, busca-se um conjunto de princípios, ferramentas e procedimentos que fornecem diretrizes para um completo gerenciamento das atividades, com foco no atendimento das necessidades dos usuários dos serviços da organização.

2. CONCEITOS BÁSICOS

2.1 Processos

Processos são maneiras de fazer alguma coisa. Envolve a transformação de um insumo em produto final. No interior do processo ocorrem transformações, que incluem as etapas necessárias para a obtenção do produto final, de valor agregado.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2523
FUNC.

Figura 01 – Diagrama de um processo simples.

Um processo seria uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, inputs e outputs claramente identificados, enfim, uma estrutura para ação.

Em outra definição, processo seria um grupo de tarefas interligadas logicamente, que utilizam os recursos da organização para gerar os resultados definidos, de forma a apoiar os seus objetivos. Teoricamente, a transformação que nele ocorre deve adicionar valor e criar um resultado que seja mais útil e eficaz ao recebedor acima ou abaixo da cadeia produtiva.

Assim, um processo dispõe de inputs, outputs, tempo, espaço, ordenação, objetivos e valores que, interligados logicamente, irão resultar em uma estrutura para fornecer produtos ou serviços ao cliente. Sua compreensão é importante, pois é chave para o sucesso em qualquer negócio. Afinal, uma organização é tão efetiva quanto os seus processos, pois eles são responsáveis pelo que será ofertado ao cliente.

A troca de informação entre os clientes e os fornecedores, tanto os internos quanto os externos, é de extrema importância para a completa adequação e funcionamento do sistema.

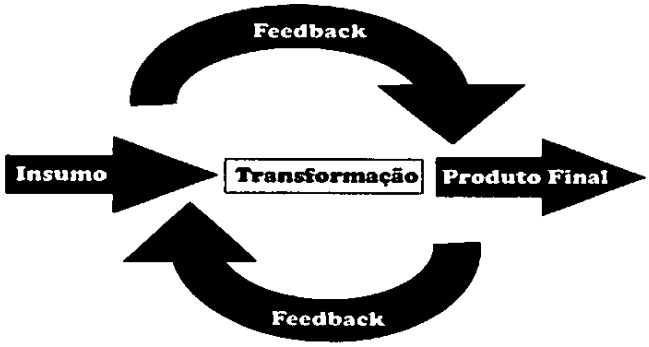


Figura 02 – Feedback sobre um processo.

De forma definitiva, processo é o conjunto de recursos e atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em serviços/produtos (saídas). Esses processos são geralmente planejados e realizados para agregar valor aos serviços/produtos.

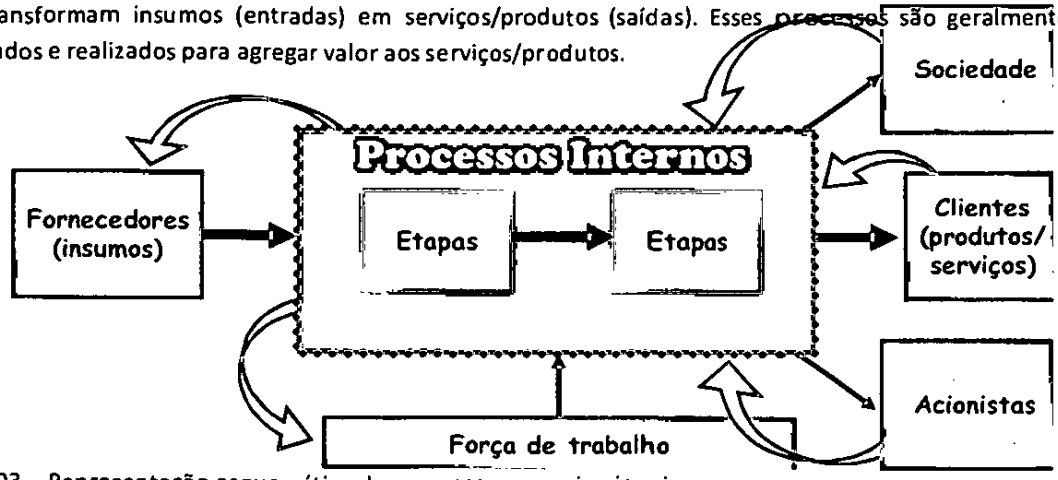


Figura 03 – Representação esquemática dos processos organizacionais.

Basicamente, os processos podem se diferenciar em dois tipos:

- Processos finalísticos;
- Processos de apoio.

Os processos finalísticos caracterizam a atuação da organização e são apoiados por outros processos internos, resultando no produto ou serviço que é recebido por um cliente externo.

- São ligados à essência do funcionamento da organização;
- São apoiados por outros processos internos;
- Resultam no serviço ou produto que é recebido pelo cliente externo.

Os processos de apoio, geralmente, produzem resultados imperceptíveis para os clientes externos, mas são essenciais para a gestão efetiva da organização.

- São centrados na organização;
- Viabilizam o funcionamento dos vários subsistemas da organização;
- Garantem o suporte adequado aos processos finalísticos.

Os processos compõem a estrutura organizacional por intermédio de uma hierarquia, onde cada nível possui um detalhamento. A seguir, são apresentados às definições dos outros elementos que se relacionam aos processos.

2.2 Macroprocesso

Se analisarmos a integração dos processos na organização, veremos que o produto de um processo é insumo de outro e assim ocorre até chegarmos ao produto final, de maior valor agregado, que é disponibilizado ao cliente externo. Esse fluxo de trabalho é conhecido como ciclo de produção.

Figura 04 – Diagrama de um processo interligado a outros processos.

Macroprocesso é um processo que geralmente envolve mais que uma função na estrutura organizacional, e a sua operação têm um impacto significativo no modo como a organização funciona.

2.3 Subprocesso

Subprocesso é a parte que, inter-relacionada de forma lógica com outro subprocesso, realiza um objetivo específico em apoio ao macroprocesso e contribui para a missão deste.

2.4 Atividades

Atividades são coisas que ocorrem dentro do processo ou subprocesso. São geralmente desempenhadas por uma unidade (pessoa ou departamento) para produzir um resultado particular. Elas constituem a maior parte dos processos. Podem ser subdivididas em atividades críticas e não críticas.

As atividades críticas são aquelas que têm papel crucial para a integridade do processo, ou seu resultado, sendo os predicados que a tornam crítica: tempo de início, criticidade da matéria-prima, criticidade do equipamento, tempo de produção e o tempo de término.

As atividades não críticas são as que, embora sejam imprescindíveis para que o processo possa alcançar o resultado esperado, não têm os predicados que as tornariam críticas, podendo ser realizadas dentro de parâmetros e condições mais flexíveis. Costumam ser divididas de acordo com as suas características, como: paralelismo, exclusividade, tempo de início diverso e tempo de término diverso.

2.5 Tarefa

Tarefa é uma parte específica do trabalho, ou melhor, o menor microenfoque do processo, podendo ser um único elemento e/ou um subconjunto de uma atividade. Geralmente, está relacionada como um item que desempenha uma incumbência específica.

2.6 Gestão por Processos

Ao analisar um processo, a equipe deve partir sempre da perspectiva do cliente (interno ou externo), de forma a atender às suas necessidades e preferências, ou seja, o processo começa e termina no cliente, como sugerido na abordagem derivada da filosofia do Gerenciamento da Qualidade Total (TQM). Dentro dessa linha, cada etapa do processo deve agregar valor para o cliente, caso contrário será considerado desperdício, gasto, excesso ou perda; o que representaria redução de competitividade e justificaria uma abordagem de mudança.

Entender como funcionam os processos e quais são os tipos existentes é importante para determinar como eles devem ser gerenciados para obtenção de melhores resultados. Afinal, cada tipo de processo tem características específicas e deve ser gerenciado de maneira específica.

A visão de processos é uma maneira de identificar e aperfeiçoar as interfaces funcionais, que são os pontos nos quais o trabalho que está sendo realizado é transferido de um setor para o seguinte. Nessas transferências é que normalmente ocorrem os erros e a perda de tempo.

Todo trabalho realizado numa organização faz parte de um processo. Não existe um produto ou serviço oferecido sem um processo. A Gestão por Processos é a forma estruturada de visualização do trabalho.

O objetivo central da Gestão por Processos é torná-los mais eficazes, eficientes e adaptáveis.

- Eficazes: de forma a viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos;
- Eficientes: otimização do uso dos recursos;
- Adaptáveis: capacidade de adaptação às necessidades variáveis do usuário e organização.

Deve-se ter em mente que, quando os indivíduos estiverem realizando o trabalho através dos processos, eles estarão contribuindo para que a organização atinja os seus objetivos. Esta relação deve ser refletida pela equipe de trabalho, através da consideração de três variáveis de processo:

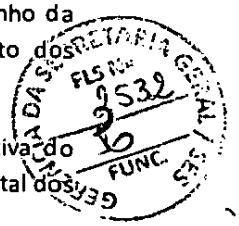
- Objetivos do processo: derivados dos objetivos da organização, das necessidades dos clientes e das informações de benchmarking disponíveis;
- Design do processo: deve-se responder a pergunta: "Esta é melhor forma de realizar este processo?"
- Administração do processo: deve-se responder as seguintes perguntas: "Vocês entendem os seus processos? Os subobjetivos dos processos foram determinados corretamente? O desempenho dos processos é gerenciado? Existem recursos suficientes alocados em cada processo? As interfaces entre os processos estão sendo gerenciadas?"

Realizando estas considerações, a equipe estabelecerá a existência da ligação principal entre o desempenho da organização e o individual no desenvolvimento de uma estrutura mais competitiva, além de levantar informações que servem para comparar as situações atuais e desejadas da organização, de forma a impulsionar a mudança.

2.7 Mapeamento de Processos

O mapeamento de processos é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação que têm a intenção de ajudar a melhorar os processos existentes ou de implantar uma nova estrutura voltada para processos. A sua análise estruturada permite, ainda, a redução de custos no desenvolvimento de

produtos e serviços, a redução nas falhas de integração entre sistemas e melhora do desempenho da organização, além de ser uma excelente ferramenta para possibilitar o melhor entendimento dos processos atuais e eliminar ou simplificar aqueles que necessitam de mudanças.



Foi desenvolvido e implementado como parte integrante das estratégias de melhoria significativa do desempenho, onde era utilizado para descrever, em fluxogramas e textos de apoio, cada passo vital dos seus processos de negócio.

O mapeamento do processo serve para indicar a sequência de atividades desenvolvidas dentro de um processo. Deve ser feito de forma gráfica, utilizando-se a ferramenta fluxograma, para representá-lo.

Uma grande quantidade de aprendizado e melhoria nos processos pode resultar da documentação e exame dos relacionamentos input output representados em um mapa de processos. Afinal, a realização deste mapa possibilita a identificação das interfaces críticas, a definição de oportunidades para simulações de processos, a implantação de métodos de contabilidade baseados em atividades e a identificação de pontos desconexos ou ilógicos nos processos. Desta forma, o mapeamento desempenha o papel essencial de desafiar os processos existentes, ajudando a formular uma variedade de perguntas críticas, como por exemplo: Esta complexidade é necessária? São possíveis simplificações? Existe excesso de transferências interdepartamentais? As pessoas estão preparadas para as suas funções? O processo é eficaz? O trabalho é eficiente? Os custos são adequados?

Em um mapa de processos consideram-se atividades, informações e restrições de interface de forma simultânea. A sua representação inicia-se do sistema inteiro de processos como uma única unidade modular, que será expandida em diversas outras unidades mais detalhadas, que, conectadas por setas e linhas, serão decompostas em maiores detalhes de forma sucessiva. Esta decomposição é que garantirá a validade dos mapas finais. Assim sendo, o mapa de processos deve ser apresentado em forma de uma linguagem gráfica que permita:

- Expor os detalhes do processo de modo gradual e controlado;
- Encorajar concisão e precisão na descrição do processo;
- Focar a atenção nas interfaces do mapa do processo;
- Fornecer uma análise de processos poderosa e consistente com o vocabulário do design.

2.8 Fluxograma

O fluxograma é uma ferramenta de baixo custo e de alto impacto, utilizada para analisar fluxos de trabalho e identificar oportunidades de melhoria. São diagramas da forma como o trabalho acontece, através de um processo.

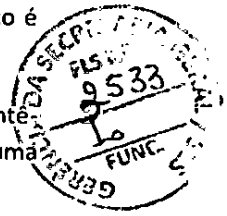
O fluxograma permite uma ampla visualização do processo e facilita a participação das pessoas. Serve, ainda, para documentar um órgão ou seção específica envolvida em cada etapa do processo, permitindo identificar as interfaces do mesmo. O seu estudo permite aperfeiçoar os fluxos para maximizar as etapas que agregam valor e minimizar os custos, além de garantir a realização de tarefas indispensáveis para a segurança de um sistema específico.

A simbologia apresentada traz apenas os símbolos mais comumente utilizados. Outros símbolos poderão ser empregados para mapeamento dos processos.

O fluxo do processo desenhado deve retratar com clareza as relações entre as áreas funcionais da organização. O maior potencial de melhoria, muitas vezes, é encontrado nas interfaces das áreas funcionais.

Enfatiza-se a documentação dos processos, seguindo a premissa de que, para realizar alguma melhoria

no processo, é preciso primeiro conhecê-lo e entendê-lo e que a qualidade de um produto ou serviço é reflexo da qualidade e gerenciamento do processo utilizado em seu desenvolvimento.



A partir do momento em que um fluxograma foi criado para um processo crítico, é uma boa ideia mantê-lo atualizado com todas as mudanças de procedimento no trabalho. Se isso for feito, sempre haverá uma referência rápida de como o trabalho deve ser realizado.

3. CONHECENDO OS PROCESSOS

O primeiro passo para uma organização adotar a Gestão por Processos é conhecer os seus principais processos organizacionais. A identificação dos processos deve ser realizada seguindo os seguintes passos:

- A identificação dos processos consiste em relacionar os processos da organização ou área funcional;
- Essa enumeração deve ser feita de forma ampla, posteriormente o processo será detalhado até se chegar ao nível de detalhamento desejado;
- O nível de detalhamento que importa é aquele mais adequado para a análise que se pretende realizar;
- A abordagem de processo adota o conceito de hierarquia de processos e do detalhamento em níveis sucessivos. Dessa forma, os processos podem ser subdivididos em subprocessos e agrupados em macroprocessos.

Dependendo do problema e da oportunidade, um processo pode ser aperfeiçoado através de mudanças realizadas no processo em si, ou dentro do sistema o qual esteja inserido. Mas o primeiro passo para a melhoria do processo é conhecê-lo.

3.1 Mapeando os Processos

O mapeamento do processo serve para indicar a sequência de atividades desenvolvidas dentro de um processo. Tal etapa inicia-se determinando as seguintes informações:

- Nome do processo;
- Objetivos do processo;
- Entradas do processo (fornecedores e insumos);
- Necessidades dos clientes (quem são, requisitos, normas de orientação);
- Recursos necessários;
- Formas de controle;
- Saídas do processo (produtos e resultados esperados).

Comece pelo seu produto prioritário (produto crítico). Não queira fazer tudo perfeito da primeira vez. Não tenha medo de errar. O mapeamento inicial deve refletir a situação real e não aquela que se imagina que seja a ideal.

O mapeamento deve conter as tarefas prioritárias para a sua execução. A forma de determinar as tarefas prioritárias é por intermédio de reunião com os responsáveis pelo processo. As tarefas prioritárias são aquelas que:

- Se houver um pequeno erro, afetam fortemente a qualidade do produto; Já ocorreram
- acidentes no passado;
- Ocorrem "problemas" na visão dos supervisores e responsáveis.

O Anexo A apresenta modelo de formulário para o mapeamento de processos. Após preenchimento das informações neste formulário, deve-se partir para a forma gráfica, utilizando-se a ferramenta fluxograma, para representá-lo.

3.2 Elaborando Fluxogramas

Utiliza-se o fluxograma com dois objetivos: garantir a qualidade; e aumentar a produtividade. É o início da padronização. Todos os gerentes devem estabelecer os fluxogramas dos processos sob sua autoridade.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 9534
FUNC.

Tenha em mãos o mapeamento do processo realizado (Anexo A) para iniciar o desenho do fluxograma. Explicite as tarefas conduzidas em cada processo. Quantas tarefas existem em sua área de trabalho? Quantas pessoas trabalham em cada uma das tarefas?

O fluxograma é o instrumento mais eficiente para fazer a própria análise. Os fluxogramas mostram claramente o que está acontecendo e oferecem um método fácil de localização de fraquezas no sistema ou áreas onde poderiam ser introduzidos melhorias.

Quando o fluxograma estiver pronto, critique-o. Convoque um grupo de pessoas e por meio de um brainstorming pergunte:

- Este processo é necessário?
- Cada etapa do processo é necessária? É possível simplificar?
- É possível adotar novas tecnologias (em todo ou em parte)?
- O que é possível centralizar/descentralizar?

Para a elaboração do fluxograma é necessário utilizar algumas figuras que padronizam as tarefas que estão sendo realizadas. Existe uma série de figuras e, até certo ponto, uma divergência entre diferentes autores. O importante é que cada organização defina os seus padrões e os sigam, podendo criar novos símbolos que forem necessários.

O quadro 01 apresenta os principais símbolos utilizados na elaboração dos fluxogramas.

Quadro 01 – Principais símbolos utilizados em fluxogramas.

Símbolo	Significado
Início / Término	O retângulo de cantos arredondados identifica o início ou o término de um processo.
Atividade	Representado por um retângulo, designa cada atividade do processo.
Decisão	O losango indica um ponto de decisão. No seu interior há uma pergunta e, de acordo com a resposta, o fluxo se divide em dois caminhos.
Documento	Representa um documento pertencente ao processo, ou um documento a ser gerado.
Linha de fluxo	Representa o caminho a ser seguido no processo.
Conector	Círculo pequeno utilizado para indicar uma continuação no fluxograma, ou uma interação com outro processo.
Arquivamento provisório	Indica o arquivamento provisório de um documento.
Arquivamento definitivo	Indica o arquivamento definitivo de um documento.
Processo predefinido	Representa a integração com um processo existente.

Recomendações para a elaboração de fluxogramas:

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 9535
FUNC.

- Faça os fluxogramas finais em formulários próprios, usando o gabarito padrão, baseando-se nos rascunhos já verificados ou modificados;
- Os fluxogramas devem ser legíveis para terceiros. O fato de os fluxogramas serem exatos não é o bastante. Eles devem ser inteligíveis para um revisor ou para um novo membro da equipe nos anos posteriores. Os fluxogramas devem ser claros, concisos, logicamente dispostos e sem ambiguidades;
- Assegure-se que os fluxogramas respondem às questões básicas de controle interno. Lembre-se que a avaliação do controle interno terá que ser demonstrada nos fluxogramas pelo assistente ao encarregado e por este ao gerente. Os fluxogramas devem, por conseguinte, fornecer o suporte necessário para as conclusões sobre o controle interno;
- O bom senso, naturalmente, deverá ser utilizado na aplicação destas técnicas. Inovações pessoais e variações do método adotado são admitidas, mas com ressalvas. Os fluxogramas serão úteis se forem padronizados e se puderem ser lidos por qualquer pessoa. Símbolos muito especiais poderão eliminar as vantagens de uma linguagem padrão;
- Os fluxogramas podem e devem ser modificados, quando necessário;
- Todas as palavras que apareçam no fluxograma devem ser escritas em letras claras e legíveis;
- Faça o fluxograma o mais simples e o mais direto possível. Evite disposições que levem o leitor através de uma floresta de traços e setas;
- Evite o cruzamento de linhas. Um semicírculo, indicando a independência das linhas ao se cruzarem é um recurso imperfeito. Evite o problema logo de início. Isto normalmente pode ser obtido com uma nova disposição das informações no papel;
- Coloque os funcionários ou departamentos que tenham grande troca de documentos ou informações entre si, em colunas adjacentes. Evite o aparecimento de longas setas que cruzem o papel de um lado para outro, sobre colunas não utilizadas;
- Assegure-se de que o início e o término de um fluxo são claramente visíveis, de forma que o leitor saiba para onde ir antes de descer aos detalhes;
- Evite detalhes excessivos, mas assegure-se de cobrir todos os pontos importantes de controle.

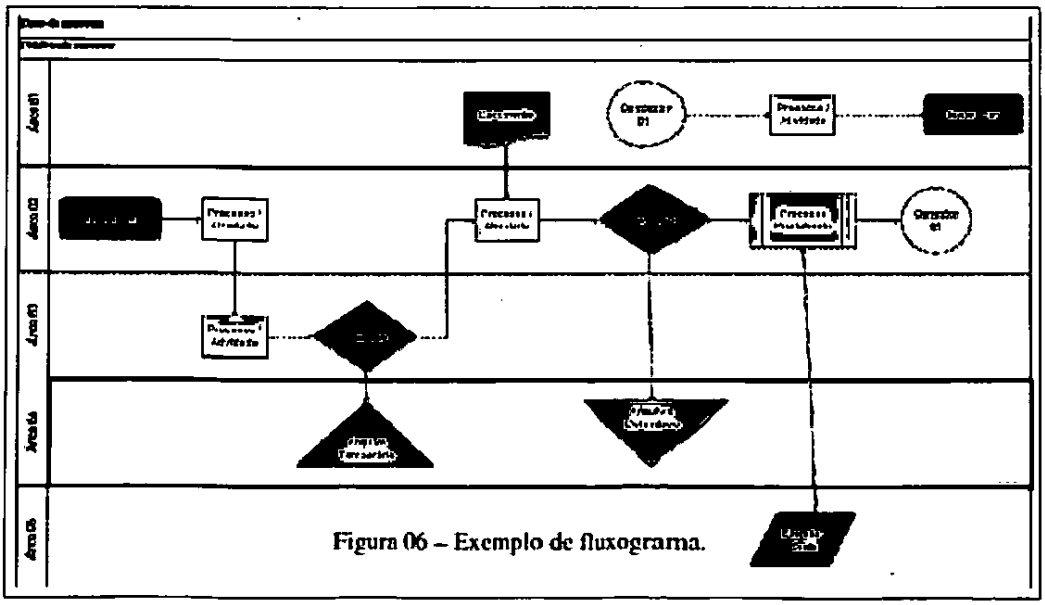


Figura 06 – Exemplo de fluxograma.

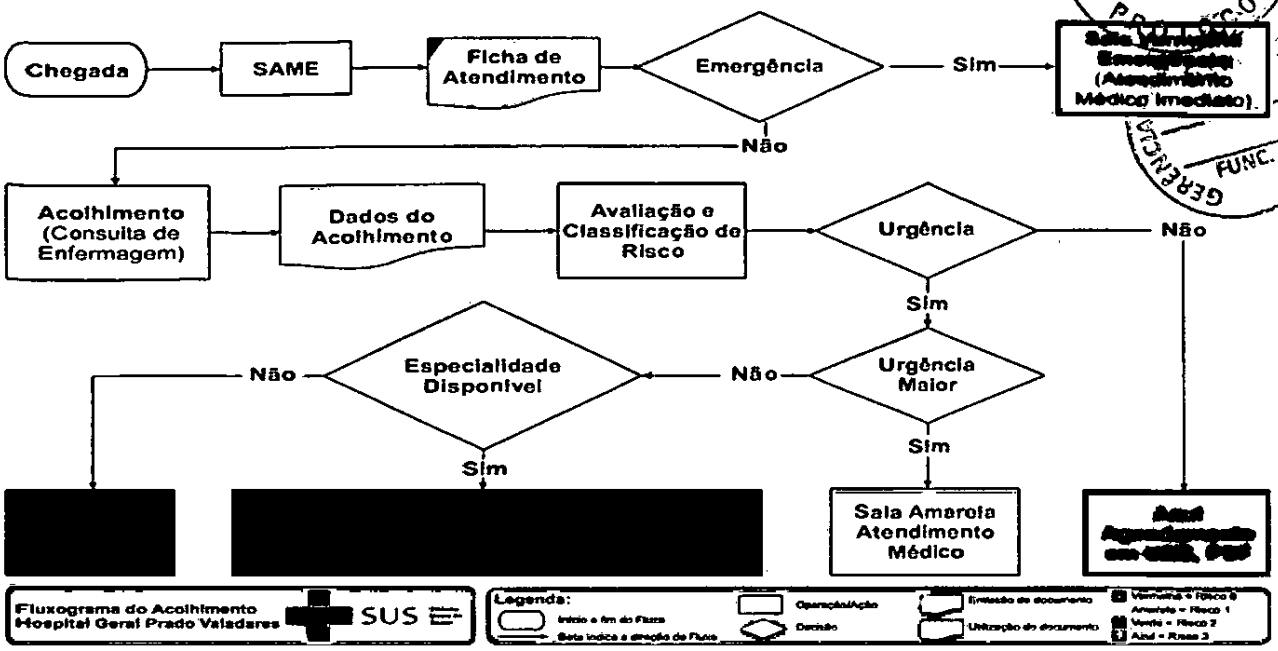
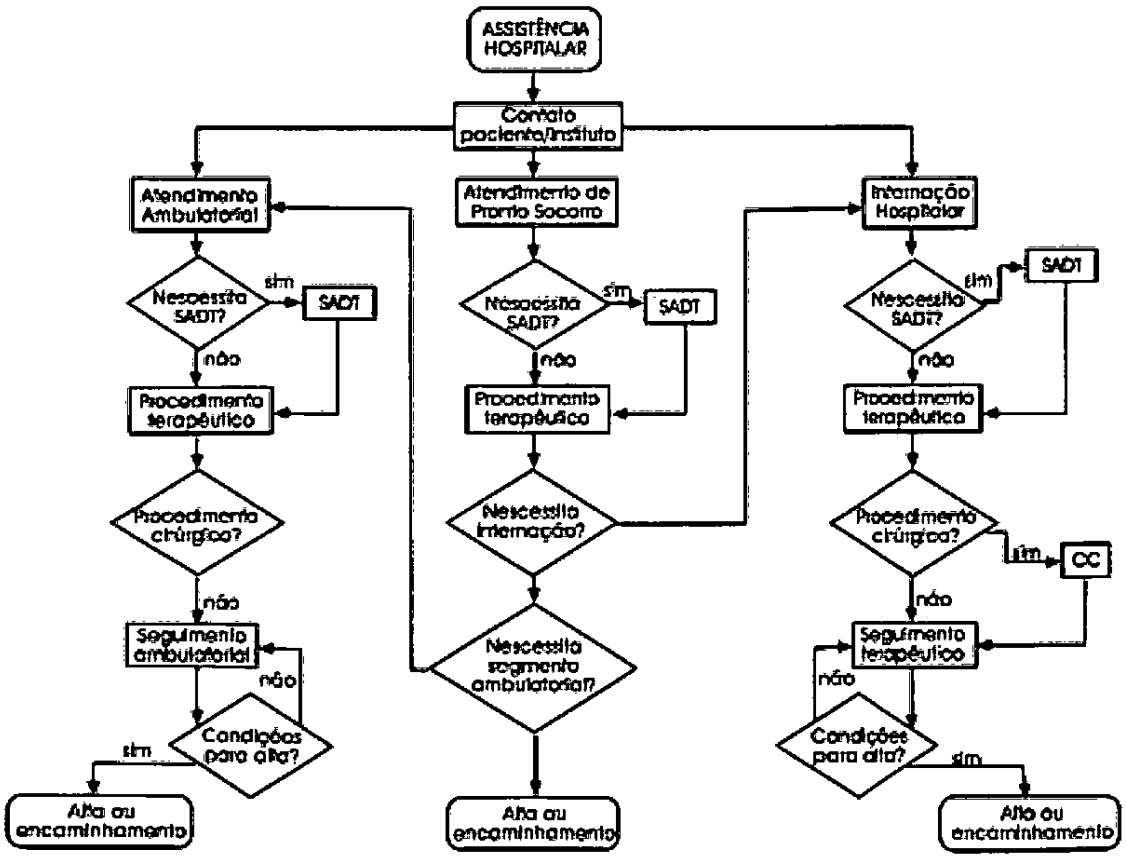


Figura 07 – Exemplo de fluxograma do acolhimento de pacientes do Hospital Geral

FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR



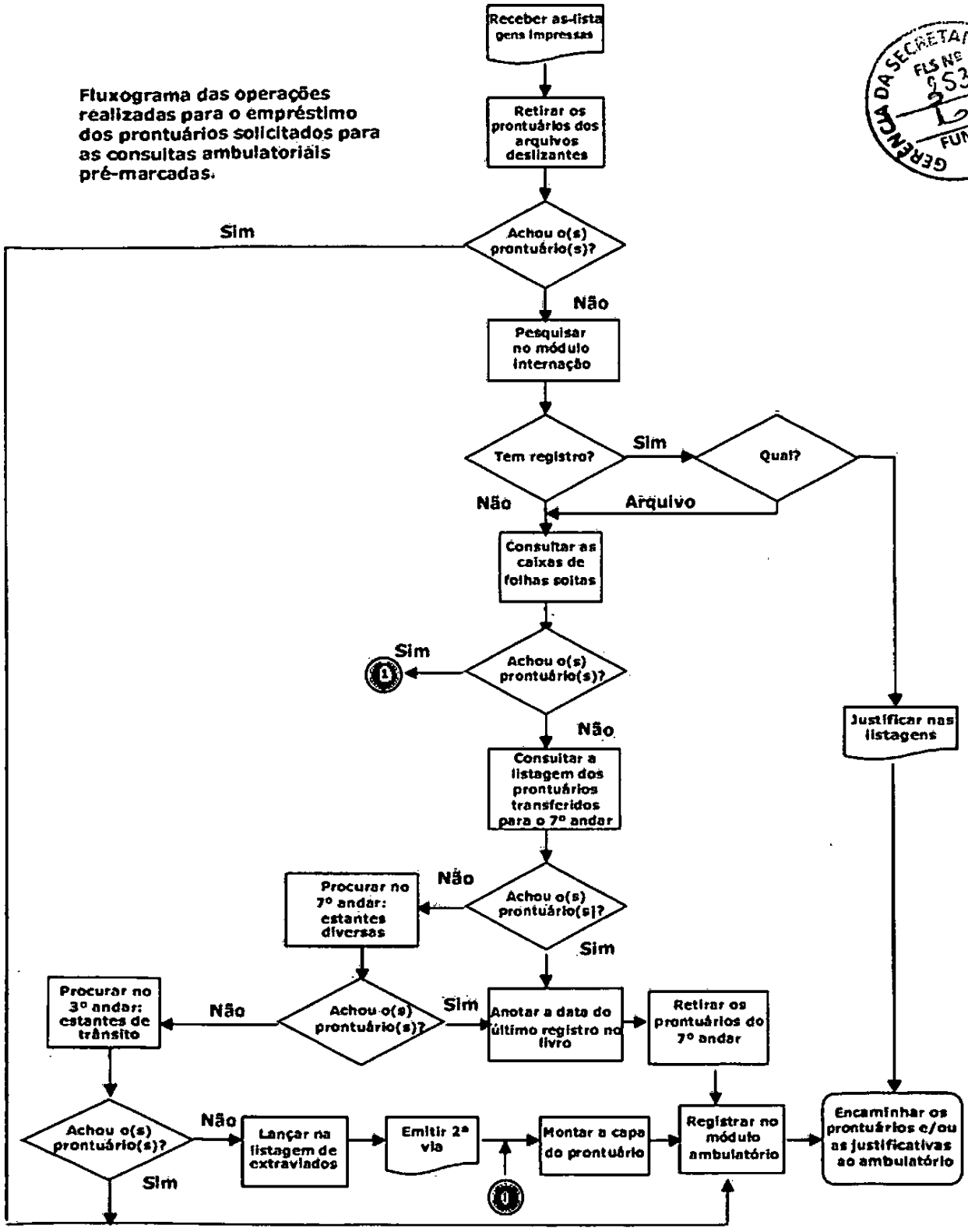


Figura 08 – Exemplo de fluxograma.

3.3 Monitorando os Processos

O que se pode medir, se pode gerenciar. Gerenciar significa ter o controle sobre os processos, tendo as informações sobre o seu desempenho, que levarão a tomada consciente de decisão. Isso não quer dizer que todas as tarefas e atividades de um processo deverão ser monitoradas. Mas aquelas que podem causar problemas sim. Mesmo que isso signifique monitorar um item de cada vez.

Uma forma de monitorar um processo é utilizando indicadores de desempenho. Os indicadores são formas de representações quantificáveis das características de um processo e de seus produtos ou serviços. Utilizamos indicadores para controlar e melhorar a qualidade e o desempenho destes produtos ou serviços ao longo do tempo.

Muitas organizações têm dificuldades em criar indicadores de desempenho, devido ao fato de que eles enfatizam os indicadores de resultado, aqueles relacionados ao produto final da organização, e não a maneira como os processos estão sendo desempenhados.

Basicamente podemos ter dois tipos de indicadores. Os indicadores resultantes (outcomes) e os indicadores direcionadores (drivers).

Os indicadores resultantes:

- Permitem saber se o efeito desejado foi obtido;
- Ligados ao resultado final do processo;
- Baixa frequência de análise (longo prazo); Mostram o passado;
- Mais comparáveis.

Os indicadores direcionadores:

- Permitem analisar as causas presumidas do efeito, de forma proativa;
- Ligados às tarefas intermediárias do processo;
- Alta frequência de análise (curto prazo);
- Antecipam o futuro;
- Menos comparáveis.

Os indicadores direcionadores medem as causas, os fatores que levam aos efeitos. Estes por sua vez, são monitorados pelos indicadores resultados. Entre eles existe uma relação de causa e efeito, que se tomada partido, auxilia no gerenciamento do processo e na tomada de decisão.

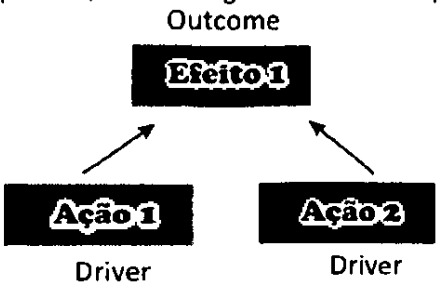


Figura 09 – Relação entre indicadores direcionadores e resultantes.

Os indicadores direcionadores, também chamados de indicadores de controle dos processos são utilizados como instrumentos de observação para identificar situações ou tendências antes que elas se tornem perigosas e como garantia de que o processo está funcionando da maneira correta. Eles são usados como sensores do sistema de mensuração para conduzir o trabalho e medir os resultados.

Ao se criar indicadores de desempenho, podemos ter em mente outro tipo de classificação, quanto ao tipo dos indicadores. Dependendo do tipo de processo, podemos criar indicadores que reflitam a Economicidade,

a Eficiência, a Eficácia e a Efetividade dos esforços despendidos pela organização.

Indicadores de Economicidade são aqueles que refletem a minimização dos custos de aquisição dos recursos necessários para a realização das tarefas do processo, sem comprometer a qualidade desejada. Exemplo:

Tarefa: aquisição de medicamentos Produto: medicamentos adquiridos Físico previsto: 1.750.000 unidades Financeiro previsto: R$ 688.340,00

Custo médio de aquisição: 0,39 R$/unidade

Indicadores de Eficiência são aqueles que buscam uma relação entre os recursos efetivamente utilizados para a realização de determinada atividade, frente aos padrões estabelecidos. Exemplo:

Tarefa: aquisição de medicamentos

Indicador: prazo de conclusão do processo licitatório

Fórmula de cálculo: tempo médio gasto entre a abertura e a conclusão da licitação

Indicador: índice de rejeição

Fórmula de cálculo: número de insumos rejeitados, em relação ao total adquirido.

Indicadores de Eficácia são aqueles que medem o grau de cumprimento das metas fixadas para determinada atividade. Exemplo:

Tarefa: realização de cirurgias

Produto: cirurgias realizadas

Total previsto em 2008: 1.600 procedimentos

Total realizado em 2008: 1.342 procedimentos

% execução: 83,8%

Indicadores de Efetividade são aqueles que medem o grau de alcance dos objetivos de determinada ação ou atividade. Tem como referência os impactos na sociedade. Exemplos:

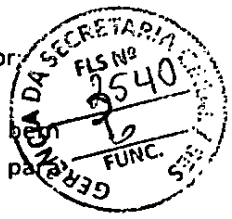
Programa: Controle da tuberculose

Indicador: Taxa de cura da tuberculose

Fórmula de cálculo: relação de casos curados e o número de casos diagnosticados.

Figura 10 – Relação entre tipos de indicadores e os seus níveis de avaliação.

Para monitorar as etapas do processo e seu resultado final, pode-se seguir a seguinte sequência de atividades:



- Estabeleça o item de controle. Determine a tarefa crítica do processo e crie um indicador;
- Levante as informações sobre o indicador e construa um gráfico;
- O gráfico deverá conter a denominação do indicador, a unidade de medida, uma escala bem dimensionada, resultados médios dos anos anteriores como referência; Estabeleça uma meta para este indicador (valor a ser atingido e prazo no qual este valor deve ser conseguido);
- Disponha os principais gráficos em locais de fácil acesso de toda a equipe de trabalho. A utilização de comentários e explicações é bem vinda.

O Anexo C apresenta um formulário para criação de indicadores de desempenho, com as informações mínimas necessárias para efetivamente criar indicadores.

4. IDENTIFICANDO E PRIORIZANDO PROBLEMAS E SUAS CAUSAS

Qual é a reação das pessoas frente a um problema? Procurar um culpado, ficar na defensiva, ocultar, sentir-se constrangido? É mais fácil buscar falhas nas pessoas, mas o controle de processos mostra que isso é equivocado. Um estudo de Deming mostra que cerca de 90% dos problemas identificados são resultados de falhas nos processos e não nas pessoas. Ao invés de questionar "quem fez isso" deveria se questionar "por que isso aconteceu".

Os processos organizacionais sem controle têm a tendência natural de se deteriorar progressivamente, gerando como efeito, serviços de qualidade cada vez pior. E mais importante do que identificar os problemas é determinar as suas causas, haja vista que são sobre elas que devem ser tomadas medidas de correção ou prevenção, conforme o caso.

4.1 Formas de Identificação

Existem várias formas de identificar a ocorrência de problemas nos processos, das mais simples e intuitivas até as mais elaboradas, auxiliadas por instrumentos específicos. As mais relevantes são:

- Acompanhamento dos resultados do monitoramento dos processos (indicadores de desempenho);
- Monitorando as reclamações dos clientes;
- Auditorias internas ou externas;
- Utilização de pesquisas ou entrevistas;
- Percepção das pessoas envolvidas no processo;
- Utilização de ferramentas de identificação como brainstorming e brainwriting.

O brainstorming e o brainwriting são ferramentas da qualidade específicas e serão tratadas nos itens seguintes.

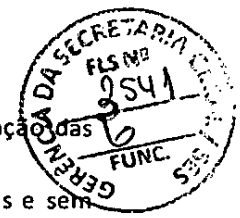
A)Brainstorming

O brainstorming é uma técnica desenvolvida em 1930 por Alex F. Osborn que busca, a partir da criatividade de um grupo, a geração de ideias para um determinado fim. A técnica de brainstorming propõe que um grupo de pessoas (de duas até dez pessoas) se reúna e se utilize das diferenças em seus pensamentos e ideias para que possa chegar a um denominador comum eficaz e com qualidade.

É preferível que as pessoas que se envolvam nesse método sejam de setores e competências diferentes, pois suas experiências diversas podem colaborar com a "tempestade de ideias" que se forma ao longo do processo de sugestões e discussões. Nenhuma ideia é descartada ou julgada como errada ou absurda.

Os princípios para um brainstorming bem sucedido são:

- Atraso de julgamento;
- Criatividade em quantidade e qualidade das ideias;
- Ambiente encorajador e sem críticas;
- Trabalho em grupo. Pegar carona nas ideias dos outros deve ser incentivado;



As quatro principais regras do brainstorming são:

- Críticas são rejeitadas. Esta é a regra mais importante. A crítica pode inibir a participação das pessoas;
- Criatividade é bem-vinda. Vale qualquer ideia que lhe venha a mente, sem preconceitos e sem medo que isso irá prejudicar. Uma ideia esdrúxula pode desencadear ideias inovadoras;
- Quantidade é necessária. Quanto mais ideias forem geradas, maior é a chance de se encontrar uma boa ideia;
- Combinação e aperfeiçoamento são necessários.

O brainstorming pode ser feito de duas formas: estruturado ou não estruturado. No brainstorming estruturado os participantes lançam ideias seguindo uma sequência pré- estabelecida. Quando chega a sua vez, você lança a sua ideia. A vantagem desta forma é que propicia oportunidade iguais a todos os participantes, gerando maior envovimento.

No brainstorming não estruturado as ideias são lançadas aleatoriamente, sem uma sequencia pré-definida. Isso cria um ambiente mais informal, porém com risco dos mais falantes dominarem a cena.

As etapas do brainstorming são:

- Escreva a questão que será discutida em um flip-chart;
- Dê alguns minutos de silêncio para a geração de ideias;
- Escolha o método: estruturado ou não estruturado (ou os dois);
- Escreva as ideias no flip-chart exatamente como forem enunciadas;
- Estimule os participantes a pegar carona nas ideias dos outros;
- Não discuta, questione, julque, ou critique as ideias dos outros participantes. E nem permita que outros façam;
- Após o registro das ideias, reveja a lista e classifique o conteúdo, eliminando as repetidas;
- Permita composições, modificações e eliminações;
- Selecione e priorize as ideias.

B) Brainwriting

É uma variação do brainstorming, onde as ideias são escritas, trazendo ordem e calma ao processo. Evita efeitos negativos de reuniões, como a influência da opinião de coordenadores e chefes, ou a dificuldade em verbalizar rapidamente as ideias.

O tema é passado pelo coordenador. Cada participante escreve até ideias em um papel e, ao fim de cinco minutos, os participantes trocam os papéis, em rodízio. O vizinho recebe o papel e acrescenta mais três ideias correlatas. O processo continua até que cada um receba o seu papel de volta. A partir daí, segue a mesma sequência do brainstorming.

4.2 Formas de Priorização

Após a utilização do brainstorming ou do brainwriting, espera-se que se tenha levantado uma determinada quantidade de problemas de um processo específico. Mas não se espera que a organização invista seus recursos na eliminação de todos os problemas. Devem ser selecionados aqueles mais relevantes e prioritários, para que os esforços se concentrem na resolução destes. Problemas pouco relevantes provavelmente não têm impacto significativo no desempenho dos processos e, portanto, não necessitam de nenhum tipo de ação, economizando os recursos da organização. Saber priorizar é base para um

gerenciamento eficaz.

São apresentadas neste item algumas ferramentas que podem ser utilizadas para a priorização dos problemas identificados.

A) Matriz GUT

A Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência) é uma forma de priorização baseado em medidas ou observações subjetivas. As letras têm o seguinte significado:

- **G (gravidade)**: diz respeito ao impacto do problema sobre os processos, pessoas, resultados. Refere-se ao custo por deixar de tomar uma ação que poderia solucionar o problema;
- **U (urgência)**: relaciona-se com o tempo disponível, ou o necessário, para resolver o problema;
- **T (tendência)**: diz respeito ao rumo ou propensão que o problema assumirá se nada for feito para eliminar o problema.

A filosofia do GUT é atribuir notas de 1 a 5 para cada uma das variáveis G, U e T dos problemas listados e tomar o produto como o peso relativo do problema. O método deve ser desenvolvido em grupo, sendo as notas atribuídas por consenso. Consenso é a concordância obtida pela argumentação lógica.
Uma vez obtidas as notas, os problemas são organizados em ordem decrescente. Se dois ou mais problemas receberem a mesma nota, o desempate pode ser feito pela consideração relativa de um novo GUT, agora considerando apenas os problemas empatados.

A Tabela 02 apresenta o quadro com os valores de referência da Matriz GUT.

Tabela 02 – Tabela de referência da Matriz GUT.

Valor	G (gravidade)	U (urgência)	T (tendência)	GxUxT
5	Os prejuízos e dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito a situação irá piorar rapidamente	125
4	Muito graves	Com alguma urgência	Vai piorar em pouco tempo	64
3	Graves	O mais cedo possível	Vai piorar em médio prazo	27
2	Pouco graves	Pode esperar um Pouco	Vai piorar em longo prazo	8
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar e pode até melhorar	1

O anexo D apresenta modelo de formulário específico para a aplicação da Matriz GUT.

Tabela 03 – Exemplo de utilização da Matriz GUT.

Problema	Matriz			GxUxT	Ordem
	G	U	T		
Problema 1	2	S	2	20	2°
Problema 2	5	2	1	10	3°
Problema 3	4	3	4	48	1°
...					

B) Diagrama de Pareto

O diagrama de Pareto é uma técnica de priorização das informações, dando uma ordem hierárquica de importância. Esta técnica permite estabelecer dois grupos de causas para a maioria dos processos. Uma grande quantidade de causas (ordem de

80%) contribui muito pouco (ordem de 20%) para os efeitos observados. Uma pequena quantidade de causas (ordem de 20%) contribui de forma preponderante (ordem de 80%) para os efeitos observados. O primeiro grupo é denominado "maiorias triviais" e o segundo grupo de "minorias essenciais".

Esta técnica utiliza uma abordagem de classificação para enumerar as causas de acordo com suas contribuições para atingir um dado efeito. A causa principal é vista do lado esquerdo do diagrama e as causas menos importantes são mostradas em ordem decrescente do lado direito. Em geral, a melhoria inicia-se a partir da causa mais importante, indo para as outras em ordem decrescente e assim por diante. Por exemplo, no caso de quatro tios de queixas efetuadas por clientes, se começa por aquela eu é a raiz da maioria das queixas.

O diagrama de Pareto define apenas o fator mais frequente na análise e não necessariamente o mais importante. No exemplo a seguir, verificam-se no primeiro gráfico os tipos de problemas mais comuns. No segundo gráfico, têm-se os problemas que geram um maior custo para a organização.

Tabela 04 – Exemplo de utilização do Diagrama de Pareto - Índice de defeitos em um determinado produto.

Tipos de defeitos	**Número de defeitos**	**Total acumulado**	**% sobre totais**	**% acumulado**
Tensão	104	104	52%	52%
Arranhado	42	146	21%	73%
Furo	20	166	10%	83%
Trinca	10	176	5%	88%
Mancha	6	182	3%	91%
Abertura	4	186	2%	93%
Outros	14	200	7%	100%
Total	**200**	-	**100%**	-

Tabela 05 – Exemplo de utilização do Diagrama de Pareto - Tabela de custos por defeito.

Tipos de defeitos	**Custo Unitário**	**Frequência**	**Custo Total**
Tensão	5,00	104	520
Arranhado	6,00	42	252
Furo	30,00	20	600
Trinca	35,00	10	350
Mancha	8,00	6	48
Abertura	25,00	4	100
Outros	11,00	14	154

C) Folha de Verificação

As folhas de verificação são utilizadas para reunir dados sobre a frequência de um evento ou problema. Oados de folhas de verificação podem ser usados para criar muitas outras ferramentas: diagramas de Pareto, histogramas, entre outros.

Elaborado por: 1º Ten César **Data:** 12/06/02 **Processo:** Processo de Compras

Problemas	Verificação	Total
Atraso na liberação de recursos financeiros	Folha de Verificação	5
Baixo interesse dos fornecedores nas licitações	IIII II II III	10
Especificações de materiais imprecisas	IIII II II III I IIII	15
Atraso na liberação de crédito	IIII II II III IIII I IIII I	20

13 – Exemplo de folha de verificação.

Das ferramentas de priorização aqui apresentadas deve-se escolher aquela que tenha uma aplicação mais fácil, dependendo do tipo de informação a ser priorizada. Eventualmente, pode-se até aplicar mais de uma destas ferramentas. Mesmo tendo as ferramentas à disposição, não se deve excluir da análise a experiência as percepções das pessoas envolvidas no processo.

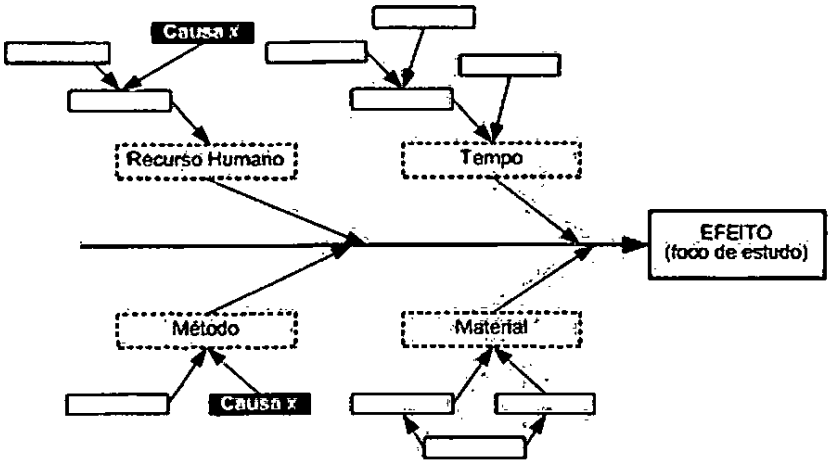
4.3 Identificando as Causas dos Problemas

Após a identificação dos problemas e da priorização dos mais relevantes é necessário que se faça uma análise para a identificação das causas que estão originando estes problemas. As futuras ações de correção ou de prevenção devem ser direcionadas às causas dos problemas e não sobre os efeitos identificados. Nos tópicos seguintes são apresentadas algumas ferramentas para a identificação das causas dos problemas.

Para o sucesso da etapa, é importante tentar excluir o ser humano da fonte de estudo. A maioria das causas identificadas é direcionada às pessoas. Se o objetivo é estabelecer ações que sejam eficazes, eficientes e efetivas, quando focamos o ser humano como "causa" ou "solução", estamos negligenciando nosso objetivo. Treinamento e conscientização devem ser considerados como consequência de melhorias, investimento do desenvolvimento organizacional e atribuições da liderança.

A) Diagrama de Ishikawa ou de Causa e Efeito

Também conhecido como diagrama de espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa, essa técnica foi desenvolvida no Japão por Kooru Ishikawa em 1943. É um diagrama esquemático que permite a visualização do efeito estudado e suas principais causas. O objetivo desta técnica é mapear fatores que afetam um problema (efeito negativo) ou resultado desejado. Essa ferramenta contribui para determinar a causa mais provável de um problema ou o fator mais relevante de um resultado desejado. Na sua construção cada ramo ou raiz é pré-definido, podendo variar conforme demonstra a Figura 14 abaixo:



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 2545
FUNC.

Figura 14 – Demonstração do diagrama de causa e efeito.

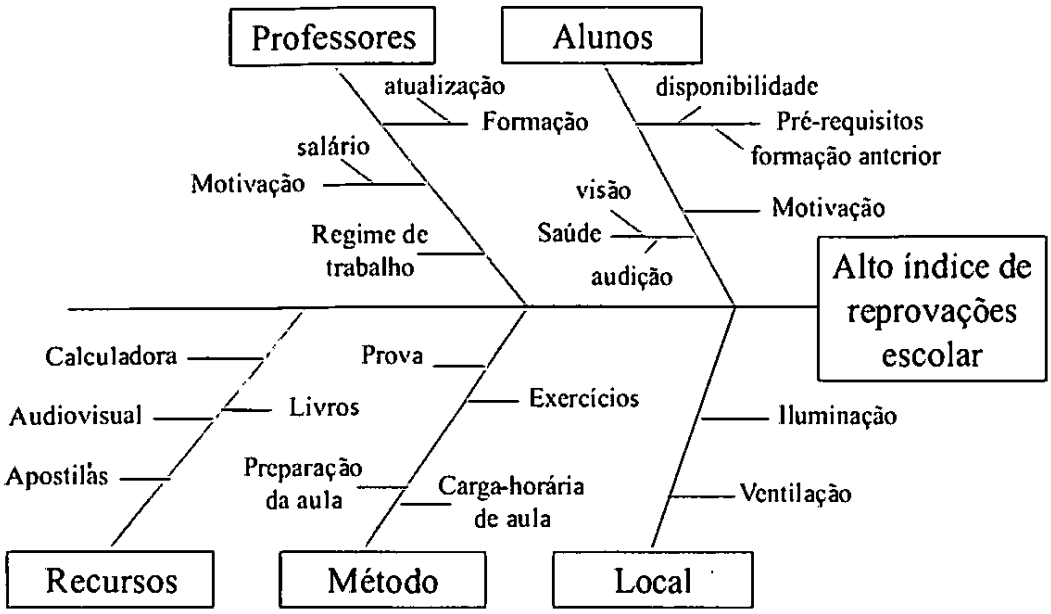
Para facilitar a análise, é estabelecido um conjunto de categorias relacionadas com os aspectos que possam interferir no problema ou efeito determinado. Essas categorias são chamadas de fatores de manufatura, ou 6M, porque envolvem:

- Mão de obra – inclui os aspectos relacionados as pessoas e a sua forma de trabalho;
- Material – inclui os aspectos relacionados a insumos e matérias primas;
- Máquina – são os aspectos relativos aos equipamentos;
- Medida – inclui a adequação e a confiança nas medidas como aferições, escalas, etc.;
- Meio ambiente – são as condições ou aspectos ambientais que possam afetar o processo;
- Método – referem-se os procedimentos, rotinas e técnicas utilizadas.

O processo de utilização do Diagrama de Causa e Efeito envolve os seguintes passos:

- Descrever o problema (efeito negativo) ou resultado a ser analisado;
- Escolher as raízes de análise que serão utilizadas (Mão de obra, Máquina, Método, Material, Meio Ambiente, Tempo, etc.);
- Listar as causas mais prováveis;
- Organizar as causas selecionadas por raiz;
- Inter-relacionar as causas dentro da sua raiz;
- Verificar ser existe relação de causas entre as raízes;
- Selecionar as causas mais prováveis.

A Figura 15 apresenta um exemplo da aplicação de um Diagrama de Ishikawa para determinar as causas de um efeito determinado.



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES
FLS Nº 2546
FUNC

Figura 15 – Determinação das causas de um problema.

A prática de se construir o Diagrama de Causa e Efeito é um processo educacional, pois ele se torna um guia para discussão. As causas são buscadas ativamente e de forma sinérgica e são registradas e hierarquizadas. O diagrama mostra o grau de conhecimento do grupo. Ao término da montagem do diagrama, o grupo conhecerá todos os aspectos do problema, saberá o que será feito e haverá consenso. Os projetos dali decorrentes serão defendidos por todos.

Pode-se utilizar o brainstorming como ferramenta auxiliar para a determinação das causas do problema relatado. O Anexo E apresenta formulário modelo para a utilização da técnica.

B) Análise dos 5 Por Quês

A ferramenta de análise dos 5 Por Quês busca identificar as causas raízes de um problema, de forma bastante simples. Foi desenvolvida por Sakichi Toyoda , fundador da Toyota.

O princípio é muito simples: ao encontrar um problema, você deve realizar 5 iterações perguntando o porquê daquele problema, sempre questionando a causa anterior. Deve ser feito o questionamento até atingir o nível raiz, no qual não é mais possível determinar o desdobramento das causas. A seguir é apresentado um exemplo de sua aplicação.

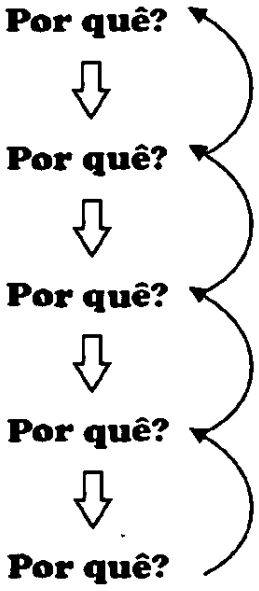
Problema: Os clientes estão reclamando muito dos atrasos nas entregas.

Porque há atrasos? Porque o produto nunca sai da fábrica no momento que deveria. Porque o produto não sai quando deveria? Porque as ordens de produção estão atrasando.

Porque estas ordens atrasam? Porque o cálculo das horas de produção sempre fica menor do que a realidade.

Porque o cálculo das horas está errado? Porque estamos usando um software ultrapassado.

Porque estamos usando este software? Porque o engenheiro responsável ainda não recebeu treinamento no software mais atual.



GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 9547
FUNC. 555

Figura 16 – Esquema de utilização da ferramenta de análise dos 5 Por Quês.

Pode haver desdobramento na horizontal, para aqueles casos onde o "por que" tem mais de uma resposta relevante. Deve-se tomar cuidado para que não se perca o foco do problema original.

Na realidade, não é necessário que sejam exatamente 5 perguntas. Podem ser menos ou mais, desde que você chegue a real causa do problema. No exemplo, ainda poderia haver um porque mais, e se descobriria que o engenheiro não foi treinado devido a sua forte carga de trabalho. O importante é que esta ferramenta sirva para exercitar as ideias e tire a pessoa de sua zona de conforto.

Também é importante entender que esta é uma ferramenta limitada. Fazer 5 perguntas não substitui uma análise de qualidade detalhada. Uma das principais críticas à ferramenta, é que pessoas diferentes provavelmente chegarão a causas raiz diferentes com estas perguntas. Por isso o ideal é que as perguntas sejam feitas com participação de toda a equipe, para que gere um debate em torno das causas verdadeiras.

Mais uma vez, pode-se utilizar o brainstorming como ferramenta auxiliar para a determinação da causa raiz. O Anexo F apresenta formulário específico para a utilização da ferramenta.

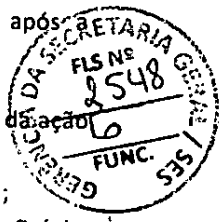
Após a aplicação das técnicas de identificação das causas dos problemas é necessária a aplicação das ferramentas de priorização (matriz GUT, diagrama de Pareto e folha de verificação) para determinar as causas mais relevantes dos problemas existentes. Desta forma, atua-se com eficiência, direcionando os esforços da organização para os pontos mais relevantes.

5. IDENTIFICANDO ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

O passo seguinte é planejar a eliminação das causas do problema. As ações a serem tomadas têm o objetivo de bloquear as causas dos problemas identificados. Antes de discutir sobre as alternativas de solução, é necessário diferenciar ação corretiva de ação preventiva. A princípio, pode até parecer que é a mesma coisa, haja vista que a forma de desenvolver a solução de ambas é idêntica. Porém, a forma como o responsável se dedica ao gerenciamento do seu processo irá determinar se serão necessárias ações de correção ou de prevenção. É uma questão de atitude, pró-atividade e responsabilidade com suas obrigações.

Ação de Correção ≠ **Ação Preventiva**

Os passos para identificação das alternativas de solução envolvem as seguintes atividades, após a identificação das causas dos problemas:



- Determinar a ação corretiva (planejar a ação de bloqueio do problema); Verificar eficácia da ação
- corretiva;
- Caso a eficácia seja comprovada, implementar a ação corretiva (executar o plano de ação);
- Verificar eficácia da ação corretiva novamente. Caso não seja comprovada a eficácia, determinar novamente as causas do problema;
- Alterar documentação, se necessário.

5.1 Ação Corretiva

Ação corretiva é a ação tomada para eliminar as causas de um problema existente ou de situações indesejáveis de maneira a evitar o reaparecimento das mesmas. Possibilita determinar exatamente algum tipo de problema, tornando a sua resolução mais eficaz e direta, gerando desta forma mais economia para a organização e menor desperdício de energia em situações corriqueiras do dia-a-dia. O foco da ação corretiva é a origem do problema.

A ação corretiva baseia-se nas causas dos problemas identificados, buscando a eliminação da raiz do problema. Caso o problema volte a se repetir no futuro, a ação corretiva não foi eficaz.

5.2 Ação Preventiva

Ação Preventiva é a ação tomada para eliminar as causas de problemas potenciais ou outra situação indesejável a fim de evitar o aparecimento das mesmas. Normalmente, é aplicada antes da implementação de novos produtos, processos ou sistemas, ou antes de modificações já existentes. Ação preventiva é tomada antes de surgir o problema, baseando em informações coletadas durante a execução dos processos. É a aplicação prática da tomada de decisões baseada em fatos. A adoção de ação de prevenção exige o abandono de um estado de latência, buscando do gestor do processo uma atitude proativa na gestão das atividades.

A adoção de ações corretivas e ações preventivas podem e devem ser casadas. Quando da ocorrência de um problema, a intervenção imediata é necessária para que cessem os efeitos e, conforme o caso, a adoção de medidas preventivas impede que novos problemas possam surgir.

5.3 Plano de Ação

O segredo do bom gerenciamento está em se estabelecer um bom PLANO DE AÇÃO para tada meta que se queira atingir.

Plano de ação é o planejamento das iniciativas necessárias para atingir um resultado desejado. Deve deixar claro tudo o que deverá ser feito e a que tempo, quem é o responsável por cada iniciativa. Além disso, deverá apontar o porque de se realizar tal atividade e como ela será realizada, onde e quanto que isso custa. Envolve responder aos questionamentos do tradicional 5W2H (what, when, who, why, where, how e how much). Entretanto, adaptações são bem vindas, desde que sejam realizadas para dinamizar o processo.

Um plano de ação deve ser estabelecido sempre que se determina uma melhoria futura, seja ele o cumprimento de uma meta, de um resultado, a eliminação de um problema, enfim, tudo aquilo que envolve um ideal a ser alcançado. O segredo para o sucesso está na qualidade do planejamento das ações necessárias para o seu alcance.

Para atingir um objetivo, uma meta, precisamos fazer alguma coisa, precisamos agir, realizar uma ou várias ações. Até "não fazer nada" pode ser uma ação necessária para atingir um objetivo. E, exceto nos casos de urgência máxima, precisamos definir uma data para concluir, um prazo. Como para ir a qualquer lugar,

desconhecido precisamos saber qual o caminho ou ter um mapa, para chegar a um objetivo também precisamos de uma orientação, ou seja, precisamos do Plano de Ação. Além disso, é a garantia de que nenhuma etapa importante será esquecida ou negligenciada.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 2549 FUNC. SES

Uma grande vantagem do plano de ação é o envolvimento das pessoas. Quanto mais detalhado for o plano, maior será a motivação e o comprometimento de todos. Fica fácil perceber qual o caminho que a organização pretende seguir. Isso gera o envolvimento necessário para a execução das atividades e aumenta as chances de sucesso do plano.

Para a elaboração de um plano de ação não é necessário nada de especial. Devemos ter apenas as informações para preencher o conteúdo do mesmo. O quadro a seguir apresenta um modelo de plano de ação, que utiliza uma adaptação do tradicional 5W2H, mas apresenta as informações necessárias para a realização do mesmo.

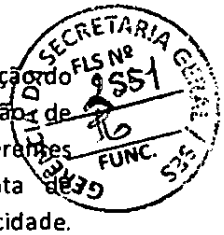
Uma vez elaborados os planos de ação, vem o mais importante. Colocá-lo em prática, coordenar a execução das iniciativas, acompanhar, ou seja, praticar a gestão do processo.

Objetivo Estratégico	RF 1: Oferecer soluções em gestão	Pág.
Responsável pelo OE	Gerente de Modernização e Qualidade - Antônio Sávio de Moraes	1 / 11
Ação Estratégica	AE 06: Disseminar o Programa de Excelência na Gestão (PEG)	Versão 00
Responsável pela AE		
Formas de acompanhamento	Indicadores: "Organizações adesas" e "Evolução da satisfação dos cidadãos".	

Iniciativas	Como	Quando	Responsável	Custo	Resultado Esperado	Realizado (S/N)	Novo Prazo
Elaboração de um resumo sobre o PEG (forma de atuação e potencialidades)	Produzir uma resenha sucinta e uma apresentação sobre o PEG (visão geral)	30/08/2008	Fernando	Sem custo	Resenha elaborada.		
Obter apoio do Superintendente de Gestão e do Secretário da Fazenda ao PEG	Apresentação sobre o PEG ao Superintendente e ao Secretário	30/08/2008	Sávio	Sem custo	Apresentação realizada e apoio obtido.		
Revisar o material de referência do PEG	Analisar o conteúdo e atualizar o material.	30/09/2008	Equipe do PEG	Sem custo	Material revisado.		
Produzir cadernos do PEG	Enviar material de referência para gráfica	10/10/2008	Fernando	R$ 75.000,00	Cadernos produzidos		
Concluir termo de referência para aquisição de banco de horas de consultoria	Preparar o documento e solicitar 3 orçamentos	15/10/2008	Fernando	Sem custo	TR concluído e orçamentos obtidos.		
Atualizar conteúdo do site do PEG	Definir estrutura de conteúdo do site e adequar informações do Documento de Referência	15/10/2008	Equipe de informática	Sem custo	Site reformulado e em funcionamento.		

GERÊNCIA DA SECRETARIA DE FINANÇAS FUNC. SSO

5.4 Cronograma de Atividades



Para facilitar o acompanhamento da realização das iniciativas do plano de ação, sugere-se a utilização do cronograma de atividades, que é a representação esquemática dos prazos envolvidos na realização de diversas atividades. É importante, pois permite verificar a simultaneidade de realização de diferentes ações e a sua interferência na realização de outras atividades. É uma excelente ferramenta de gestão, pois permite visualizar a necessidade de readequações de prazos, com relativa velocidade. Produz, ainda, conhecimento para a organização, haja vista que é possível comparar o planejado com o realizado, servindo de subsídio para as futuras atividades.

Tabela 06 – Exemplo de cronograma.

Cronograma BSC (parte)		Mês															
		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1
Definição do Grupo de PE	Planejado	x	x				-	-						-	-		
	Realizado	0	0				-	-						-	-		
Levantamento das necessidades das Pls.	Planejado			x	x	x	-	-	x	x				-	-		
	Realizado				0	0	-	-	0	0	0			-	-		
Definição das perspectivas	Planejado						-	-	x	x				-	-		
	Realizado						-	-	0					-	-		
Preparação do evento	Planejado			x	x	x	-	-	x	x				-	-		
	Realizado			0	0	0	-	-	0	0				-	-		
Evento de abertura	Planejado						-	-			x			-	-		
	Realizado						-	-			0			-	-		
Consolidação das informações	Planejado						-	-				x	x	-	-		
	Realizado						-	-					0	-	-	0	0
Definição dos Objetivos Estratégicos	Planejado						-	-				x	x	-	-	x	x
	Realizado						-	-						-	-	0	0
Elaboração do Mapa Estratégico	Planejado						-	-						-	-	x	x
	Realizado						-	-						-	-		

5.5 Avaliação da Eficácia com PDCA

O Ciclo PDCA foi originalmente desenvolvido na década de 1930, nos Laboratórios da Bell Laboratories nos EUA, pelo estatístico Walter A. Shewhart, definido como um ciclo estatístico de controle dos processos que pode ser aplicado para qualquer tipo de processo ou problema. Este método foi popularizado na década de 1950, pelo também estatístico, W Ewards Deming, que o aplicou de forma sistemática dentro de conceitos da Qualidade Total em seus trabalhos desenvolvidos no Japão.

O PDCA pode ser definido como um valioso método de controle e melhoria dos processos organizacionais que, para ser eficaz deve estar disseminado e dominado conceitualmente e operacionalmente por todos os colaboradores da organização. É o caminho para se atingir as metas atribuídas aos diferentes processos organizacionais.

O ciclo do PDCA é projetado de maneira a produzir uma sistematização do planejamento e execução das ações organizacionais, através do fluir contínuo do ciclo em uma espiral crescente de melhoria, no qual o processo ou padrão sempre pode ser reavaliado e um novo ou uma melhoria de processo poderá ser promovida. O PDCA é uma importante ferramenta para o processo de solução de problemas crônicos que prejudicam o desempenho de um projeto, processo ou serviço.

O PDCA aprofunda a capacidade de planejamento da organização. Deve ser encarado como um processo de tomada de decisão, associado com as demais ferramentas apresentadas nesta apostila. Utilizar o PDCA no dia-a-dia induz a adoção de medidas preventivas. A sua utilização é simples, o que pode tornar um perigo, pois as pessoas acham que o estão utilizando de forma eficaz e o adotam de qualquer maneira. Gerenciar exige conhecimento e, para isso, não há substituto.

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 2552
FUNC.

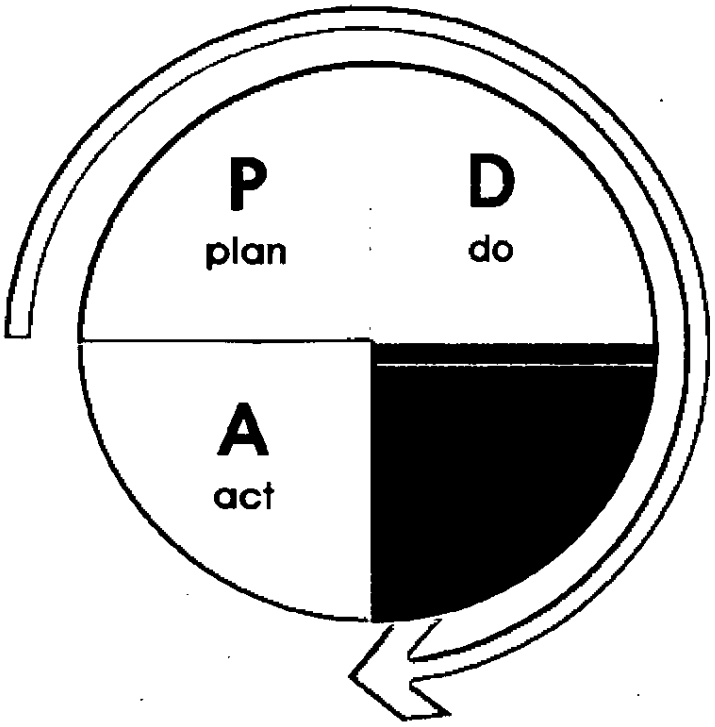


Figura 17 – Ciclo da melhoria contínua ou Ciclo PDCA.

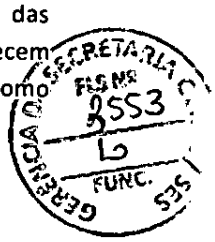
Plan (planejar) – muitos autores consideram a etapa do planejar como a mais importante do ciclo, pois está relacionada à eficácia da solução a ser empregada, portanto, devendo ser elaborada de maneira minuciosa e atenta aos detalhes. Nesta etapa a atenção deve estar voltada para a definição dos objetivos/metas, para a definição dos métodos e procedimentos a serem empregados, bem como a definição dos indicadores ou itens de controle que serão utilizados para monitorar a eficácia das soluções.

Do (fazer) – esta etapa depende da elaboração do planejamento. Consiste na execução dos planos de ação estabelecidos. Enquanto o planejamento está voltado para a eficácia das ações, a etapa de execução esta relacionada à eficiência dos processos. Esta etapa pode ser subdividida em duas outras. Treinamento e a execução propriamente dita. Na etapa de treinamento, as pessoas devem ser preparadas para atuarem utilizando as soluções estabelecidas, enquanto que na etapa de execução, as atividades devem ser colocadas em prática e o seu desempenho monitorado através de itens de controle (indicadores de processo).

Check (verificar) – a terceira etapa do ciclo está relacionada com a verificação das ações executadas. Esta etapa se relaciona ao processo de comparação entre os resultados obtidos através das práticas e os indicadores estabelecidos no planejar, com a finalidade de mensuração da eficácia da solução escolhida. Esta etapa é considerada como a fase mais importante do ciclo, devendo ser enfatizada dentro da organização, a fim de se obter resultados satisfatórios e eficazes ao final de cada ciclo. É nesta etapa que, a partir dos dados levantados à organização deve efetuar as análises críticas de suas ações, promovendo, se necessário, ações de correção ou melhoria, na solução adotada ou nos próprios processos.

Act (agir) – esta etapa está relacionada com a melhoria dos processos organizacionais e na correção dos padrões estabelecidos. Aqui surgem as desejadas inovações que afetam toda a organização e, às vezes, a sociedade.

Aplicar o ciclo PDCA não é aplicação do bom-senso, que se baseia em pressuposições. A maioria das pessoas passa por cima das etapas do POCA durante a melhoria de um processo, supondo que conhecem ou que controlam algum fator envolvido. Esse tipo de falha é bastante comum e tem como consequência a perda de controle dos fatores que influenciam no processo.



Aplicando as ferramentas do MAMP no POCA, teremos a seguinte distribuição de atividades.

Tabela 07 – Relacionamento da aplicação do MAMP com o POCA.

P	1. Identificação do problema 2. Observação (indicadores de desempenho) 3. Análise de causas 4. Plano de ação
D	5. Execução do plano de ação
C	6. Verificação dos itens de controle (indicadores de desempenho)
A	7. Padronização (elaboração de POPs) 8. Encerramento do ciclo

6. NORMATIZAÇÃO DO PROCESSO

A normatização é considerada a última etapa da melhoria de processos. Nesta fase, elaboram-se as normas e fluxos bem como a documentação de apoio. A definição das normas, a descrição da rotina e a elaboração dos fluxos e demais documentos de apoio, propiciarão a operacionalidade do processo.

Todo o trabalho de normatização deve ser feito com a participação efetiva do pessoal que executa o processo, seguindo as regras da organização.

A regra principal da normatização do processo é: só se padroniza aquilo que é necessário padronizar. A dúvida é: o que é necessário padronizar? Uma resposta direta pra essa questão não existe. Mas a organização deve começar pelas tarefas prioritárias, aquelas mais relevantes, até mesmo pra criar uma cultura interna de padronização das atividades. Aos poucos, a organização vai expandindo as áreas contempladas até onde ela julgar que seja necessário.

6.1 Procedimento Operacional Padrão

O Procedimento Operacional Padrão – POP (Standard Operation Procedure - SOP) é um documento que expressa o planejamento do trabalho repetitivo que deve ser executado para o alcance de uma meta padrão.

Tem como objetivo padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de tarefas fundamentais, para o funcionamento correto do processo. Ou seja, um POP coerente garante que a qualquer momento as ações tomadas sejam as mesmas, independentemente de dia, de operador, ou de qualquer outro fator. Ou seja, aumenta-se a previsibilidade de seus resultados, minimizando as variações causadas por imperícia e adaptações aleatórias. O POP torna-se uma excelente ferramenta para o treinamento da força de trabalho, pois sistematiza todas as atividades que devam ser executadas, dentro de um processo.

A padronização de processos nasceu logo após a revolução industrial com o início da mecanização dos processos industriais, saindo assim da forma artesanal predominante até o momento. No início do século vemos um exemplo claro da busca pela padronização diante da produção dos carros da Ford, onde a linha

SES
3565
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

de produção só fabricava carros da cor preta. Acontece que esta forma de padronização tem seu foco no processo, é claro que para a administração da indústria automobilística a ideia de se produzir carros de apenas uma cor é vista com bons olhos. Porém, para o usuário, a falta de opções não seria de sua satisfação. Como hoje, num mercado extremamente competitivo, satisfação e qualidade andam juntas não há mais espaços para produtos padronizados sem a satisfação de seus clientes. Com isso, temos hoje uma padronização de produtos e serviços com foco no cliente, seus interesses e desejos de satisfação têm caráter prioritário. Não devemos engessar uma organização para dentro de forma a podarmos sua capacidade de interagir com seus clientes e captar suas necessidades e desejos. Assim como a Ford se adaptou com novas necessidades de mercado e hoje produz carros com inúmeras cores e modelos, o mercado também exigiu de outras organizações, inclusive as públicas, novas adaptações de modo a suprir o desejo por garantia da qualidade na prestação de serviços.

O Manual de Procedimentos é a sistematização de todos os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de uma organização. Esta coletânea de procedimentos é de responsabilidade da Alta Administração da organização (ou pessoa designada) e deverá estar completa, atualizada e revisada por pessoa capaz. As organizações, numa visão mais ampla de atividade, tornaram a padronização de seus serviços e produtos como ponto primordial para conquistar a satisfação dos usuários de seus serviços. O Procedimento Operacional Padrão (POP), seja técnico ou gerencial, é a base para garantia da padronização de suas tarefas e assim garantirem a seus usuários um serviço ou produto livre de variações indesejáveis na sua qualidade final.

O conteúdo dos POPs é variável e depende da natureza da organização e do tipo de processo que está sendo padronizado. A seguir, é apresentada uma lista do conteúdo básico de um procedimento, lembrando que esta lista é apenas uma referência. Os itens devem ser escolhidos de acordo com a necessidade do processo.

- Objetivos;
- Área de aplicação;
- Responsabilidade;
- Lista de equipamentos;
- Lista de material;
- Padrões esperados;
- Detalhamento (descrição das atividades, incluindo as condições de realização e os pontos e métodos de controle);
- Registros;
- Anexos;
- Informações sobre revisão e aprovação do documento.

6.2 Etapas para Elaboração do Procedimento Operacional Padrão

São apresentados neste item, os passos necessários para a elaboração de um Procedimento Operacional Padrão. Transcrever as tarefas rotineiras que todos fazemos mecanicamente para uma folha de papel nem sempre é uma tarefa fácil, talvez seja um pouco cansativa, mas devemos tomar alguns cuidados.

- Utilize o fluxograma do processo para visualizar todas as etapas do mesmo;
- Descreva, em sequência, as etapas da realização do processo. Atenção àquelas atividades críticas, que interferem diretamente no resultado final;
- As pessoas que executam as tarefas devem colaborar com o desenvolvimento do procedimento, ainda que a redação final do documento fique a cargo de uma área específica para isso;

SES
3556
RUBRICA
PROTOCOLO

- A linguagem do procedimento deverá estar em consonância com o grau de instrução das pessoas envolvidas nas atividades. Dê preferência à uma linguagem simples e objetiva.
- Nunca copie procedimentos de livros ou de outras organizações. Existem particularidades que devem ser consideradas em cada processo organizacional;
- Faça análises críticas (pelo menos duas vezes por ano) sobre a aplicabilidade de seus procedimentos, sobre o seu conteúdo e se os mesmos estão sendo seguidos.

O conteúdo do POP, assim como sua aplicação, deverá ter o completo entendimento e familiarização por parte dos funcionários que tenham participação direta e/ou indireta na qualidade final daquele procedimento. Normalmente a ingerência de supervisores, coordenadores e diretores neste ponto é uma das causas de ineficiência na implantação de m Sistema da Qualidade. Cabendo aos mesmos as responsabilidades pela revisão e aprovação do POP.

7. CONSOLIDANDO O PROCESSO

A melhoria de processos não termina com a elaboração de procedimentos ou a sua revisão. É necessário desenvolver outras ações para que as modificações realizadas possam fazer parte da rotina das pessoas envolvidas. Para isso deve haver investimentos na disseminação das informações e no treinamento das pessoas.

7.1 Disseminação das Informações

Consiste em comunicar a todos os envolvidos as informações sobre o novo processo. Esta fase é importante, pois muitos problemas podem ocorrer durante a implantação por falta ou por uma comunicação errada. Deve-se utilizar uma linguagem acessível e de fácil compreensão, evitando termos técnicos complexos ou que possam trazer dupla interpretação.

As informações podem ser divulgadas através de comunicados, reuniões, apresentações, seminários, normas, folhetos, revistas, intranet, enfim, de uma gama de situações que dependerá das condições existentes na organização. É importante assegurar que as informações corretas cheguem às pessoas certas, no momento oportuno.

7.2 Treinamento

O envolvido com o novo processo deve ser treinado, com base no levantamento de necessidade de treinamento já realizado. O novo processo só deve ser colocado em pleno funcionamento quando os seus executores estiverem seguros de seus conhecimentos sobre o processo.

O interessante é que os produtos gerados pelas ferramentas utilizadas na análise e melhoria dos processos servem como apoio à capacitação da força de trabalho, em todos os níveis.

8. QUADRO RESUMO

A seguir é apresentado um quadro com o resumo das atividades necessárias para a realização da Análise e Melhoria de Processos, utilizando o MAMP.

Tabela 08 – Quadro resumo da aplicação do MAMP.

ETAPA	OBJETIVO	COMO FAZER
1. Mapeamento do processo	Determinar a sequência de atividades do processo	- Formulário específico (Anexo A) adicionalmente, - Brainstorming - Brainwriting

SES
3557
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2. Elaboração do fluxograma	Representar graficamente o processo	- Formulário específico (Anexo B)
3. Monitoramento do processo	Estabelecer forma proativa de acompanhamento do processo	- Formulário específico (Anexo C)
4. Identificando problemas	Analisar o processo e identificar falhas na sua operação	- Brainstorming - Brainwriting
5. Priorizando problemas	Selecionar os problemas mais relevantes	- Matriz GUT - Diagrama de Pareto - Folha de verificação
6. Identificando as causas dos problemas	Determinar os pontos a serem enfrentados	- Diagrama de Ishikawa - Análise dos 5 Por Quês adicionalmente, - Brainstorming - Brainwriting
7. Priorizando as causas dos problemas	Selecionar as causas mais relevantes	- Matriz GUT - Diagrama de Pareto - Folha de verificação
8. Identificando alternativas de solução	Elaborar planos de ação com as soluções encontradas	- Plano de ação - Cronograma de atividades adicionalmente, - Brainstorming - Brainwriting - Matriz GUT
9. Normatização do processo	Elaborar procedimento operacional padrão	Redação do texto do POP

Anexo A – Formulário para Mapeamento de Processos.

Nome do processo:		
Objetivos do processo:		
ENTRADAS		
FORNECEDORES DO PROCESSO	**INSUMOS**	
NECESSIDADES DOS CLIENTES		
CLIENTE	**REQUISITO DO CLIENTE**	**PROCEDIMENTO DE ORIENTAÇÃO**
PRODUTOS OU RESULTADOS ESPERADOS		
DOCUMENTOS DE ORIGEM EXTERNA		

PROTOCOLO SES 3558 Rubrica

Anexo A – Formulário para Mapeamento de Processos.

Nome do processo:

Objetivos do processo:

RECURSOS		ENTRADAS	ETAPAS	SAÍDAS	CONTROLE	
MATERIAIS	HUMANOS				INDICADOR	REGISTRO

SES 3552 Rubrica PROTOCOLO

Anexo B – Formulário para desenho dos fluxogramas.

Nome do processo:	
Objetivos do processo:	
Área 01	
Área 02	
Área 03	
Área 04	

SES
PROTOCOLO
RUBRICA
3560
96

SES
356
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Anexo C – Formulário para criação de indicadores de desempenho.

O presente formulário tem como objetivo auxiliar a criação dos indicadores de desempenho, determinando informações mínimas necessárias para a inserção do mesmo em um Sistema de Medição de Desempenho.

Nome do indicador	
Descrição	
Como coletar	
Unidade de medida	
Frequência	
Tipo	( ) Resultante – associado ao resultado final do processo ( ) Direcionador – associado às atividades do processo
Perspectiva	
Estratégia	
Responsável	
Unidade gerencial	
Observações	

Expressão Matemática	
Variáveis	**Descrição**
Status	( ) Quanto maior melhor ( ) Quanto menor melhor

Parâmetros de monitoramento		**Valor mínimo**	**Valor máximo**
	Faixa ideal		
	Faixa atenção		
	Faixa crítica		
Referenciais comparativos	**Valor de referência**	**Origem**	**Data**

SES
3562
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Anexo D – Formulário para elaboração da Matriz GUT.

Valor	G (gravidade)	U (urgência)	T (tendência)	GxUxT
5	Os prejuízos e dificuldades são extremamente graves	É necessária uma ação imediata	Se nada for feito a situação irá piorar rapidamente	125
4	Muito graves	Com alguma urgência	Vai piorar em pouco tempo	64
3	Graves	O mais cedo possível	Vai piorar em médio prazo	27
2	Pouco graves	Pode esperar um pouco	Vai piorar em longo prazo	8
1	Sem gravidade	Não tem pressa	Não vai piorar e pode até melhorar	1

Lista de Problemas	G	U	T	G x U x T

SES
3563
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

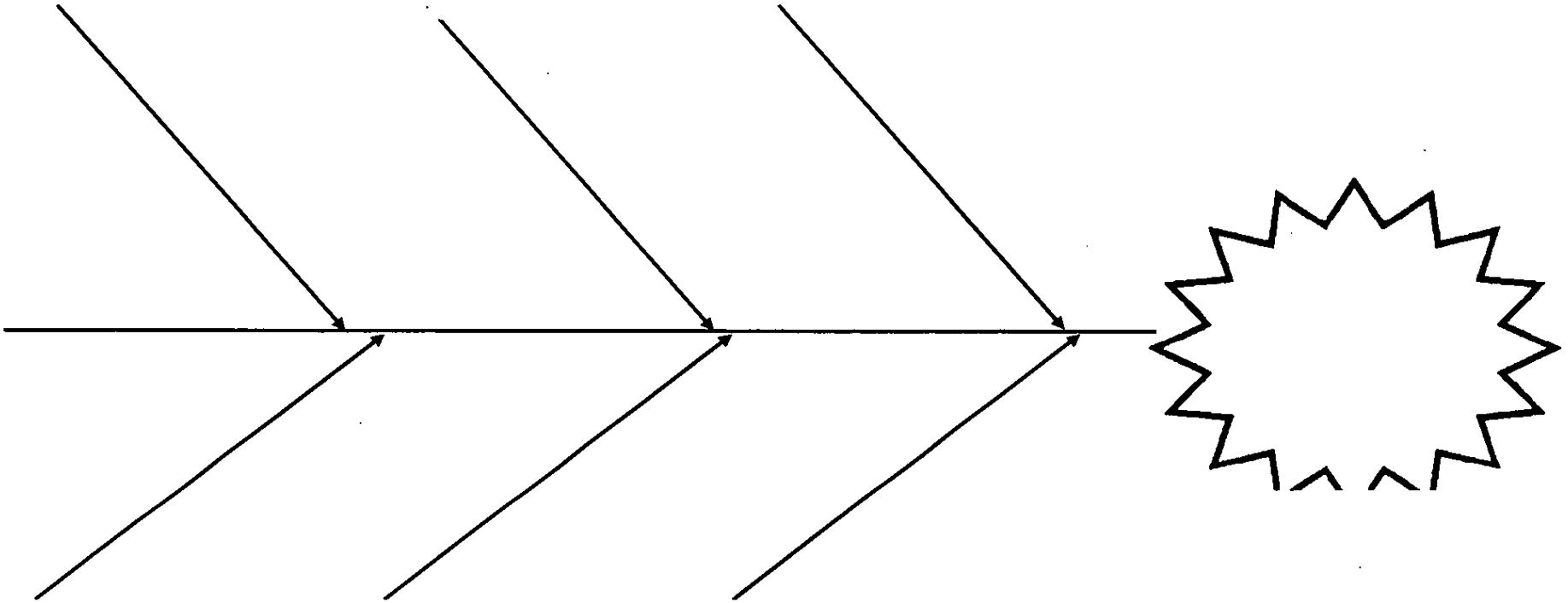
Anexo E – Formulário de aplicação do Diagrama de Ishikawa.

Unidade:	
Processo:	
Problema:	
Tipo	**Análise de Causas**
Método	
Máquina	
Mão-de-obra	
Material	
Meio ambiente	
Medição	

Anexo E – Formulário de aplicação do Diagrama de Ishikawa.

Unidade:
Processo:
Problema:

Materiais Método Mão-de-obra



Máquinas Meio Ambiente Medida

SES
336
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Anexo F – Formulário de aplicação da ferramenta 5 Por Quês.

Unidade:			
Processo			
Problema	**Primeira Causa**	**Segunda Causa**	**Terceira Causa**
Item	**Priorizada**	**Priorizada**	**Priorizada**
Primeiro POR QUÊ			
Segundo POR QUÊ			
Terceiro POR QUÊ			
Quarto POR QUÊ			
Quinto POR QUÊ			
CAUSA RAIZ			

3. ÁREA ATIVIDADE

3.1 Organização das Atividades

3.1.1 Horários e frequência semanal de uso das salas de Cirurgia por especialidades.

SALAS CIRURGICAS	CIURGIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA					CIRURGIA GERAL		NEURO-CIRURGIA	CIRURGIA VASCULAR	CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL
Períodos	SALA 1	SALA 2	SALA 3	SALA 4	SALA S	SALA 6	SALA 7	SALA 8	SALA 9	SALA 10
M (07 as 13h)	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo
T (13 as 19h)	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo
N (19 às 7h)	Seg a domingo	Seg a domingo	Seg a domingo							
Nº horas funcionamento	24	24	24	12	12	24	12	24	24	24
Nº dias de funcionamento	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Nº horas/ semana	168	168	168	84	84	168	84	168	168	168
Nº horas totais de salas cirurgicas	1428									

3.1.2 Horários e distribuição semanal de utilização dos locais de Consultas Ambulatoriais.

HORÁRIOS E DISTRIBUIÇÃO SEMANAL OE UTILIZAÇÃD OOS LOCAIS DE CONSULTAS AMBULATORIAIS DE RETORNO					
Consultas Ambulatoriais	Horário	Sala	Turnos Funcionamento	Dias atendim/ mês	Consultas/ mês
Clínica Médica	seg-sex, das 8h as 17h	1 e 2	2	20	1280
Clínica Cirúrgica Geral	seg-sex, das 8h as 17h	3	2	20	480
Clínica Ortopédica	seg-sex, das 8h as 17h	4 E S	2	20	960
Cardiologia	seg-sex, das 8h as 17h	6	2	20	480
Neurologia	seg-sex, das 8h as 12h	7	1	20	240
Angiologia/Cir.vascular	seg-sex, das 13h as 17h	7	1	20	240
Odontologia/ Cirurgia BMF	seg-sex, das 8h as 17h	8	2	20	480
Fisioterapia	seg-sex, das 7h as 13h	9	1	20	480
Psicologia	seg-sex, das 8h as 17h	10	2	20	480
Serviço Social	seg-sex, das 8h as 17h	11	2	20	480
Total	Nº Salas	11			S600

OBS 1: HORÁRIO REFERENTE AO ATENDIMENTO DE CASDS DE RETORNO

OBS 2: URGÊNCIAS SERÃO ATENDIDAS 24 HORAS/ 7 DIAS SEMANA

SES 3366 FLS RUBRICA PROTOCOLO

3.1.3 Horários de funcionamento, distinguindo entre atividade programada e urgente, de todos os serviços diagnósticos

SADT	QUANTIDADE	Paciente externo	Emergência e Internados
Eletrocardiografia	403	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Análises Clínicas	43.700	2ª a 6ª. de 7 h às 10 h	24 h/7 dias na semana
Radiologia Convencional	13.800	2ª a 6ª. de 7 h às 19 h	24 h/7 dias na semana
Tomografia	3.450	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Ultrassonografia	230	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Agência Transfusional	1.150		24 h/7 dias na semana
Anatomia Patológica	115	2ª a 6ª. de 7 h às 10 h	24 h/7 dias na semana
Broncoscopia	115	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Ouplex Scan	115	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Ecocardiografia	575	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Gastrostomia Endoscópica	12		24 h/7 dias na semana
Colonoscopia	12	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Esofagogastroduodenoscopia (EOA) Diagnóstica	64	2ª a 6ª. de 7 h às 17 h	24 h/7 dias na semana
Total	63.740		

Obs: Considerando a capacidade instalada e a quantidade proposta para cada exame, será realizado estudo para identificar a necessidade para consumo interno do Hospital e o excedente será disponiblizado para usuários externos através da Central de Regulação

3.2 IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

3.2.1 FLUXO NAS ÁREAS INTERNAS DO HOSPITAL

As condições ambientais necessárias ao auxílio do controle da infecção hospitalar dependem de pré-requisitos dos diferentes ambientes do estabelecimento, quanto a risco de transmissão da mesma. Nesse sentido, o Instituto Social Fibra sistematizará o fluxo de pacientes, acompanhantes, visitantes e funcionários respeitando a classificação das áreas conforme descrito a seguir:

01. Classificação das Áreas Hospitalares:

1.1. 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:

- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Tratamento Intensivo (UTI);
- Laboratórios;
- Banco de Sangue;
- Lavanderia (área suja).

1.2. Áreas Semicríticas:

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

SES
3568
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Enfermarias em geral;
- Isolamentos
- Ambulatórios;
- Pronto Atendimento;
- Salas de pequenas cirurgias;
- Sala de Curativos;
- Sala de procedimentos e/ou exames;
- Banheiros;

1.3. 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:

- Almoxarifado;
- Diretoria;
- Coordenação de Ensino e Pesquisa;
- Departamento Pessoal;
- Recepções;
- Salas de aula;
- Serviços de apoio: RX, CCIH, Comissão de Prontuário, etc;
- Setores Administrativos em geral.

No sentido de garantir a segurança cada área deve ter regras bem definidas.

A área de livre circulação não existem muitas restrições, salvo as regras de cordialidade. Neste ambiente deve ser prezado o ambiente acolhedor, sala de espera confortável com som ambiente e TV.

A área semi-restrita deve ser um ambiente aconchegante, com circulação controlada, mas nunca retirando ou colocando algo que atrapalhe a funcionalidade do local.

E a área restrita deve ter políticas mais rigorosas. Nestes locais o sistema de refrigeração deve ser independente dos outros, para entrar é necessário colocar uma roupa esterilizada, não entram alimentos sólidos e existem regras rígidas de circulação.

3.2.2 FLUXO UNIDIRECIONAL DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

A qualidade da assistência prestada na CME está diretamente relacionada ao controle de infecções. Deverá ser observado:

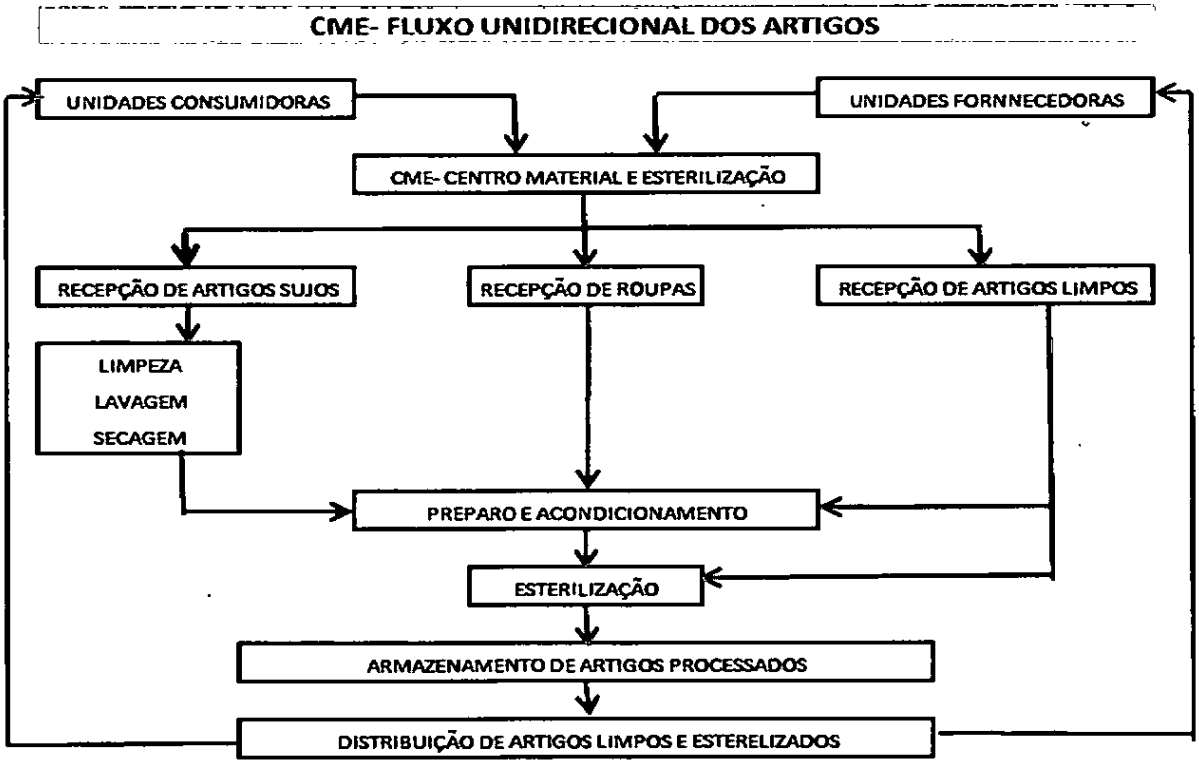
SES 3569 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- O dimensionamento da estrutura tanto física quanto a quantidade adequada de material;.
- Definir diferentes profissionais que trabalham na área suja e na área limpa;
- O setor deve ser informatizado;
- Promover capacitação e supervisão contínua dos funcionários;
- Prover o setor de equipamento de proteção adequada;
- Realizar manutenção preventiva dos equipamentos com regularidade.

O fluxo de uma CME deve ser contínuo e unidirecional dos artigos evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, conforme Figura 01. Além disso, o acesso de pessoas devem se restringir aos profissionais da área.

Fluxo unidirecional da CME

Expurgo **ÁREA SUJA**	Preparo de material e carga da autoclave **ÁREA LIMPA**	Retirada de material da autoclave e guarda do material estéril **ÁREA ESTÉRIL**
Fluxo unidirecional com barreira física entre as áreas		



3.2.3 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS

01. Processamento Geral das Roupas:

SES
3570
Fls.
PROTOCOLO

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

1.1. Acondicionamento e Remoção da Roupa Suja da Unidade Geradora:

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

Os sacos dos hampers devem ser de uso único, com cor diferente dos sacos de resíduos para evitar destinos errados de ambos;

A retirada da roupa suja da unidade geradora (onde foram utilizadas), deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções padrão independente da sua origem ou do paciente que a usou. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microrganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes.

1.2. Coleta e Transporte da Roupa Suja:

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

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

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

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

1.3. Processamento da Roupa na Área Suja (Pesagem, Separação e Classificação):

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

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

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

A roupa é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor. A roupa deverá ser classificada em dois grupos de acordo com Grau de sujidade (Sujidade Pesada: roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades; Sujidade leve: roupas sem presença de fluídos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos).

1.4. Processo de Lavagem (Umectação, Pré-lavagem, Alvejamento, Acidulação, Amaciamento):

SES
357
RUBRICA
PROTOCOLO

O processo de Lavagem consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. A roupa é desinfetada durante esta etapa, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril. A roupa é colocada dentro da lavadora na área suja e no final do processo de lavagem, é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa. A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária.

1.5. Processamento da Roupa na Área Limpa (Centrifugação, Secagem, Calandragem, Prensagem, Embalagem, Estoque e Armazenamento):

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

O manuseio da roupa limpa deve ocorrer somente quando necessário e com prévia lavagem das mãos.

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

1.6. Transporte e Distribuição da Roupa Limpa:

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

1.7. Particularidades:

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

• **Roupas provenientes de serviço de nutrição e dietética e panos para limpeza:** Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

02. Esterilização das Roupas:

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microrganismos, especialmente em suas formas esporuladas, conseqüentemente, 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.

03. Responsabilidades da Equipe de Enfermagem com o Enxoval do Hospital:

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

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

SES
3542
FLS.
RUBRICA

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

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

- O recolhimento das roupas nas enfermarias é feito pelo funcionário da lavanderia: a coleta é realizada de hora em hora ou solicitar sempre que necessário;

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

** A ratina de identificação das hampers de acarda cam a unidade geradara objetiva levantar as prablemas relacionados ao acondicianamenta, e não aa cantrole de infecção haspitalar.*

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

- A distribuição das roupas é feita de acordo com a disponibilidade de enxoval e necessidade do setor a partir do levantamento da quantidade de pacientes internados; Não ocorre em horário fixo e sim a partir da disponibilidade de roupas limpas, portanto deverá ser solicitado sempre que necessário;

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

- O controle das roupas é realizado através da conferência rigorosa da quantidade distribuída e coletadas nas unidades do hospital; É necessário anotar em uma planilha a quantidade de peças deixadas em cada unidade, para possibilitar o controle de estoque;

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

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

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

Obs: A adesão às precauções padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a disseminação de patógenos entre os trabalhadores, além da recontaminação da roupa. As infecções adquiridas pelos trabalhadores na unidade de processamento de roupas estão relacionadas principalmente à não adesão das precauções padrão.

3.2.4 FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

É possível afirmar que, excluindo os componentes tecido (máscara, gaze e algodão, por exemplo) e matéria orgânica (restos alimentares de pacientes, principalmente), aproximadamente 80% dos RSS de um hospital são resíduos comuns e podem ser aproveitados.

Diante disto, um novo é possível, e necessário, para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Em tal modelo a minimização (redução), reutilização e a reciclagem desses resíduos impõem-se como alternativas racionais de um gerenciamento ambiental capaz de contribuir para a qualidade de vida. O modelo é apresentado no fluxograma abaixo.

SES
3573
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

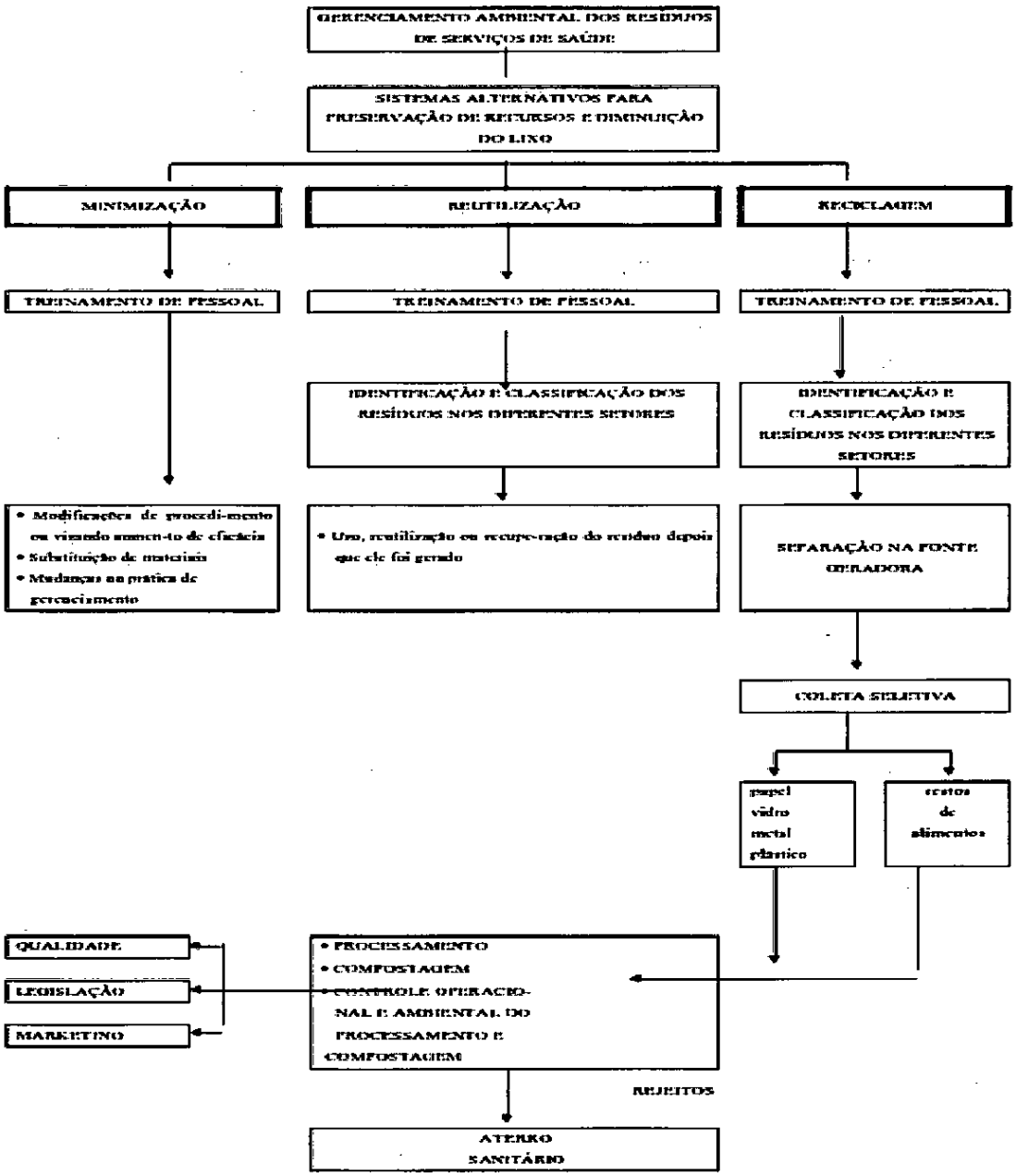


FIGURA 2 - Gerenciamento ambiental proposto para os resíduos de serviços de saúde.

SES
354
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

3.2.5 FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

É possível afirmar que, excluindo os componentes tecido (máscara, gaze e algodão, por exemplo) e matéria orgânica (restos alimentares de pacientes, principalmente), aproximadamente 80% dos RSS de um hospital são resíduos comuns e podem ser aproveitados.

Diante disto, um novo é possível, e necessário, para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Em tal modelo a minimização (redução), reutilização e a reciclagem desses resíduos impõem-se como alternativas racionais de um gerenciamento ambiental capaz de contribuir para a qualidade de vida. O modelo é apresentado no fluxograma abaixo.

GERENCIAMENTO AMBIENTAL E FLUXO PROPOSTO PARA OS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

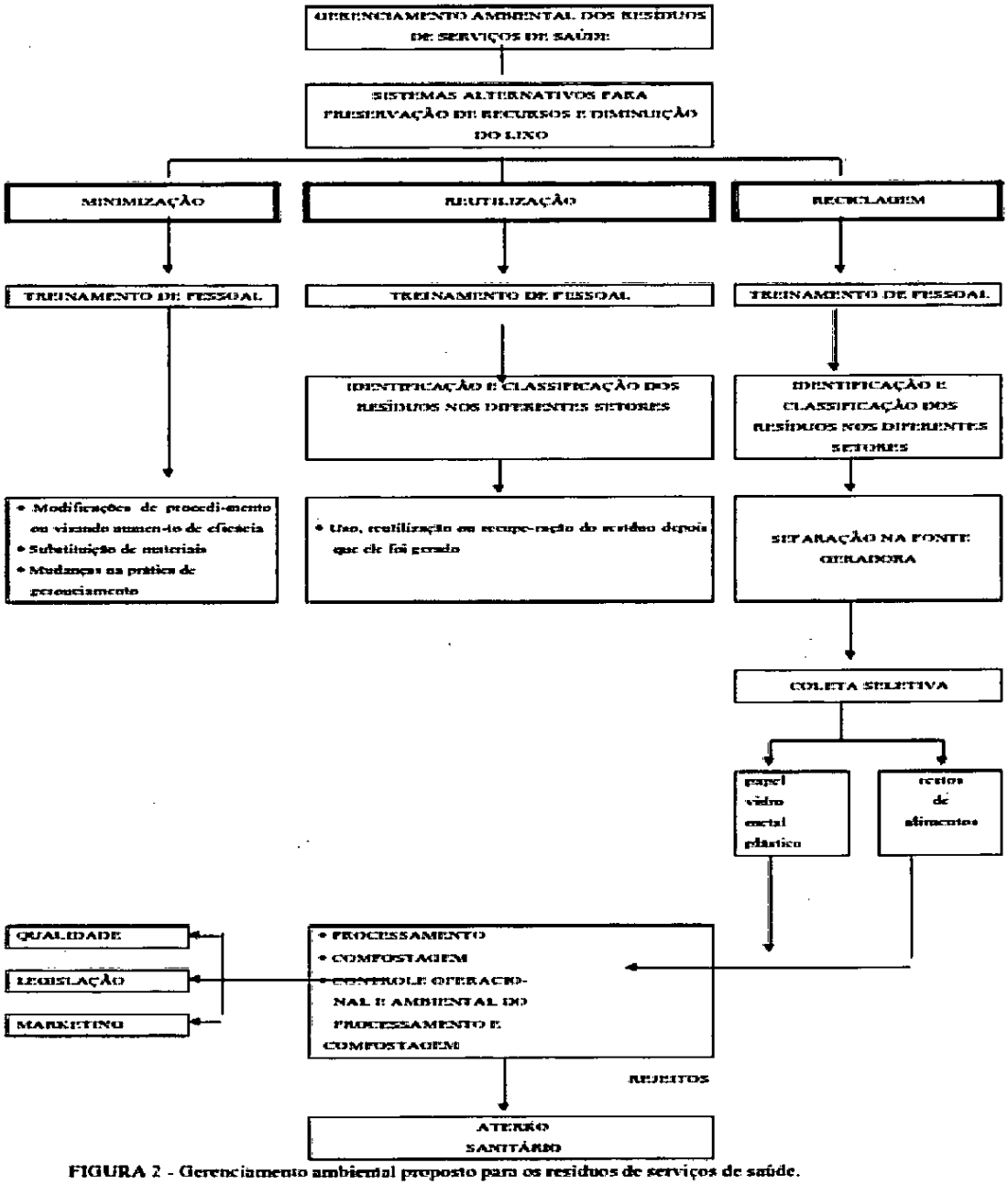


FIGURA 2 - Gerenciamento ambiental proposto para os resíduos de serviços de saúde.

SES
357
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

4. ÁREA DE QUALIDADE

4.1. QUALIDADE OBJETIVA

4.1.1 COMISSÕES TÉCNICAS QUE SERÃD IMPLANTADAS

4.1.1.1 COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Conteúdo

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar desenvolve de forma sistemática o rastreamento de infecções em todas as unidades, notifica os casos, consolida os dados em indicadores, promove campanhas de prevenção e desenvolve ações de combate e controle de surtos e epidemias. Além dessas ações, atua junto a Comissão de Farmácia e Terapêutica gerenciando o programa de uso racional de antimicrobianos.

CCIH do hospital deverá:

1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
   - implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares,
   - adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
   - capacitação do quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
   - uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
2. avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;

5. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

8. cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

9. elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

SES
3546
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

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

11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.

Membros componentes:

A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados. Os membros da CCIH serão de dois tipos: **consultores e executores**, sendo que o Presidente ou Coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

Os **membros consultores** serão os representantes, dos seguintes serviços:

- Serviço médico;
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;
- Laboratório de microbiologia;
- Administração.

Os **membros executores** da CCIH representam o Serviço de Controle de Infeção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

Os membros executores serão:

- Técnicos de nível superior da área de saúde , sendo, no mínimo 1 enfermeiro, 1 enfermeiro intensivista e 1 médico intensivista.

Objetivos no 1º. Ano

Elaborar, implementar, manter e avaliar Programa de Controle de Infecção Hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando , no mínimo, ações descritas na seção COMPETÊNCIA da Portaria MS 2616 de 12/05/98.

Freqüência das reuniões

Semanal até a conclusão do Plano de Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares. Em seguida, mensal rotineiramente

Extraordinariamente nos casos de alterações de comportamento epidemiológica nos diversos setores do hospital.

Controle pela Direção Médica

Supervisão e acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

SES 3547 PROTOCOLO

CAPÍTULO 1

JUSTIFICATIVAS LEGAIS

Artigo 1º – A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital _____, designada através de Portaria Interna, executa o papel de Assessoria à Diretoria Médica.

CAPÍTULO 2

DAS FINALIDADES

Artigo 2º - A Comissão tem a finalidade de desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

CAPÍTULO 3

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3º – As ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar serão realizados pelos membros executores (grupo executor) desta comissão, indicados para este fim pela Diretoria do hospital observando a portaria N. 2616 / 1998 do Ministério da Saúde.

Artigo 4º – A CCIH é composta por:

I) **Membros Executores:**

Médico, com conhecimentos específicos no controle de infecção hospitalar.

Médico Infectologista.

Enfermeiro com conhecimentos específicos na área de controle de infecção hospitalar.

Administrativo

II) **Membros Consultores (Grupo Normativo):**

Representante da Área Médica da Cirurgia: (Médico)

Representante da Área Médica da Cardiologia: (Médico)

Representante da Área Médica de Traumato-ortopedia: (Médico)

Representante da Área Médica de Anestesiologia: (Médico)

Representante da UTI: (Médico)

Representante do Serviço de Farmácia: (Farmacêutico)

Representante do Serviço de Enfermagem

Representante da Administração

Parágrafo Único: Cabe aos membros executores o cumprimento e a execução das rotinas estabelecidas pela comissão.

CAPÍTULO 4

SES
3574
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

DA CDMPETÊNCIA

Artigo 5º – Ao presidente da CCIH compete:

I- Presidir as reuniões ordinárias;

II- Convocar reuniões extraordinárias sempre que necessário;

III- Encaminhar aos membros consultores as propostas técnicas e administrativas de funcionamento da CCIH para apreciação e aprovação;

IV- Representar a CCIH sempre que solicitado;

Nos impedimentos, este indicará um representante para substituí-lo.

Artigo 6º – À CCIH compete:

I- Definir diretrizes institucionais e operacionais para o controle de infecções hospitalares;

II- -Aprovar e promover a implantação de normatizações para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

III- Desenvolver, acompanhar e garantir o cumprimento das ações do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

IV- Sugerir prioridades de ação para o controle das infecções hospitalares;

V- Divulgar e promover ações que viabilizem o cumprimento das medidas aprovadas nas reuniões da CCIH;

VI- Avaliar periodicamente os dados referentes à ocorrência de infecções hospitalares apresentados pelos membros executores;

VII- Comunicar regularmente à Direção e às Chefias dos Serviços de todo o hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate entre a comunidade hospitalar;

VIII- Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão municipal ou estadual;

IX- Notificar ao Serviço de Vigilância local casos ou surtos, confirmados ou suspeitos de infecção associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

Artigo 7º – Compete aos membros executores:

I- Elaborar, implementar e manter um programa de vigilância e controle de infecções hospitalares.

II- Elaborar e divulgar relatórios mensais sobre os principais indicadores epidemiológicos relacionados ao controle de infecções hospitalares.

III- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, instituindo as medidas de controle necessárias.

IV- Sugerir medidas que resultem na prevenção ou controle das infecções hospitalares.

SES 3519 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

V- Propor e colaborar com os setores de treinamento no desenvolvimento de programa de capacitação de recursos humanos nas questões ou temas que possibilitem o controle e a prevenção das infecções hospitalares.

VI- Elaborar, propor e implementar normas e rotinas técnico – administrativas, em conjunto com os diversos setores do hospital que estejam envolvidos, visando o controle e a profilaxia das infecções hospitalares, bem como supervisionar a sua aplicação.

VII- Desenvolver um programa de controle do uso de antimicrobianos, em colaboração com os vários setores.

VIII- Participar das comissões de padronização de medicamentos.

IX- Promover a notificação e providenciar o envio, aos órgãos competentes, dos registros das doenças de notificação compulsória e auxiliar na sua investigação epidemiológica.

Artigo 8º Compete aos membros consultores:

I- Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da CCIH.

II- Sugerir e participar das discussões a respeito de medidas de controle de IH a ser implementadas pelos membros executores.

III- Colaborar com os membros executores promovendo a divulgação e o cumprimento das medidas de controle de IH dentro de suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO 5

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 9º – A CCIH do CAISM será presidida por um médico infectologista ou médico com experiência comprovada na área de controle de Infecção Hospitalar (IH), nomeado através de Portaria Interna pela diretoria médica.

Parágrafo único – por experiência comprovada entende-se o cumprimento dos itens abaixo:

a) Participação como membro efetivo da CCIH por período mínimo de 3 anos;

b) Ter freqüentado cursos especializados ou treinamentos prático em controle de IH , ministrado por órgão públicos ou credenciados;

c) Participação de eventos científicos relacionados a IH, tais como Congressos, simpósios, jornadas, etc.;

d) Ter produção científica na área (comunicações em congressos, publicações em revistas cientificas, teses, etc.).

CAPÍTULO 6

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 10º – São atribuições do enfermeiro (membro executor)

I- Realizar vigilância das infecções hospitalares através do método de busca ativa;

II- Fornecer a taxa mensal de infecção hospitalar das unidades sob vigilância;

III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as normas de isolamento padronizada pela CCIH.

IV- Participar da investigação de surtos de infecção, junto com os demais membros do grupo executor;

V- Coletar materiais suspeitos de contaminação para investigação;

VI- Normatizar junto com outros membros do grupo executor o uso de germicidas hospitalares;

VII- Participar da elaboração de normas para prevenção e controle das infecções hospitalares;

VIII- Fazer revisão das Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar periodicamente;

IX- Programar e elaborar programas educativos relacionados ao controle de infecção para equipe multi-profissional da área hospitalar;

X- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

XI- Realizar treinamentos para a equipe da área da saúde quanto a prevenção de infecção hospitalar e prevenção acidentes com material contaminado;

XII- Realizar auditoria para avaliar o cumprimento do Programa de Controle de Infecção Hospitalar (PCIH);

XIII- Dar parecer técnico quanto à aquisição de material e equipamento médico – hospitalar;

XIV- Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

XV- Dar parecer técnico quanto ao reprocessamento de artigo médico – hospitalar;

XVI- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral, esterilização em óxido de etileno e lavanderia hospitalar;

XVII- Participar de grupos de interesse para o controle das infecções hospitalares como: grupo de feridas, cateter, reuso, etc.;

XVIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência.

Artigo 11º – São atribuições do médico (membro executor):

I- Assessorar a investigação epidemiológica em colaboração com as equipes das unidades envolvidas e demais membros executores;

II- Proceder a investigação epidemiológica dos surtos ou suspeitas de surtos, em colaboração com os demais membros executores;

III- Recomendar e suspender isolamentos para pacientes na área hospitalar, de acordo com as

SES
3581
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

normas de isolamento padronizada pela CCIH;

IV- Assessorar a Diretoria Clínica sobre as questões relativas ao controle de infecções hospitalares;

V- Participar das discussões de construção ou reforma na área física hospitalar, quando solicitado pela administração;

VI- Periodicamente fazer revisão nas Normas de Prevenção de Controle de Infecção Hospitalar;

VII- Participar de projetos de pesquisa em controle de infecções hospitalares;

VIII- Manter-se atualizado nas questões relativas ao controle de infecções hospitalares e uso de antimicrobianos;

IX- Elaborar, em conjunto com as unidades de internação, os protocolos para consumo de antimicrobianos, com a finalidade de racionalizar e melhorar o consumo em cada unidade;

X- Executar o programa de uso racional de antimicrobianos;

XI- Divulgar periodicamente os perfis microbiológicos e de sensibilidade dos diversos setores do hospital;

XII- Cumprir e fazer cumprir as decisões da CCIH;

XIII- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Portaria n. 2616/98 do Ministério da Saúde e as demais em vigência;

XIV- Atuar na Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares através de reuniões, aulas e educação em serviço;

XV- Assistir as áreas de apoio nos problemas referentes ao controle das infecções hospitalares;

XVI- Capacitar os profissionais de saúde para o controle das Infecções Hospitalares.

Artigo 12º – A Farmácia do Hospital subsidiará a CCIH nos seguintes quesitos:

I- Monitorar o consumo de antimicrobianos, em especial aqueles mais tóxicos e mais caros;

II- Elaborar relatórios sobre o consumo, custos e freqüência de uso de antimicrobianos;

III- Elaborar rotinas para uso de antimicrobianos, em comum acordo com a CCIH e o corpo clínico, especialmente antibioticoprofilaxia em cirurgia e antimicrobianos especiais e não padronizados;

IV- Rever anualmente a padronização dos antimicrobianos do hospital, em conjunto com a CCIH;

V- Participar da investigação dos casos suspeitos de contaminação por Soluções Parenterais e outros;

VI- Participar da padronização e formulação das soluções germicidas, bem como do uso e controle interno da qualidade destes produtos;

VII- Participar de visita técnica e emitir parecer técnico na contratação de empresa prestadora de serviço, como farmácia de preparo de nutrição parenteral.

CAPÍTULO 7

SES
3581
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 13º– A secretaria da CCIH funciona das 8:00 às 17:00 de segunda a sexta-feira, contando para isso com um técnico administrativo.

Artigo 14º– As reuniões da CCIH são realizadas mensalmente, na sala de reuniões da Divisão de Enfermagem, com agendamento anual, convocadas pelo Presidente.

Artigo 15º–As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que necessário e poderão ser solicitadas pôr qualquer membro da CCIH.

Artigo 16º–As decisões consideradas Resoluções serão submetidas à Diretoria, para os encaminhamentos necessários.

Artigo 17º–Será solicitada a exclusão do membro efetivo que, sem justificativa, faltar a três reuniões consecutivas, ou cinco alternadas, durante um ano.

Artigo 18º– Nenhum membro da CCIH, com exceção do Presidente, pode falar em nome da comissão sem que para isso esteja devidamente autorizado, em situações não padronizadas pela CCIH ou para emissão de notas oficiais a imprensa escrita ou falada.

Artigo 19º– A qualquer tempo, por decisão da maioria de seus membros, poderá ser alterado o presente regimento, devendo a alteração ser obrigatoriamente submetida a apreciação da Diretoria.

Artigo 20º– Este regimento entra em vigor na data de sua publicação.

4.1.1.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

4.1.1.2.1 COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

Considerando a Resolução COFEN 172/1994, que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem, com funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem, o Instituto Social Fibra definirá a implantação da Comissão de Ética de Enfermagem:

Conteúdos

- Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição;

- Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;

- Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas.

Membros componentes:

- 4 enfermeiros, garantindo a representação dos serviços de urgência/emergência; internação e ambulatório;
- 3 técnicos de enfermagem, garantindo a representação dos serviços de urgência/emergência; internação e ambulatório e cuidados intensivos.

Objetivos no 1º. Ano:

SES
3583
Fls.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Eleição da Comissão de Ética e seu regimento de acordo com a legislação do COFEN.

Freqüência das reuniões:

- Reunião da comissão organizadora da eleição semanalmente até a ocorrência do pleito. Em seguida, de acordo com a demanda dos serviços

Controle pela Direção Médica:

- Acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

A comissão deverá ser constituída por meio de eleição direta, realizando a 1ª reunião logo após a posse, onde serão apresentados à todos os membros os Artigos 2º e 3º da Resolução COFEN 172/1994 e também será eleito o Enfermeiro Presidente da Comissão.

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável. As reuniões da Comissão serão mensais, com cronograma definido e informado a seus membros.

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM (CEE)

Das definições

Capítulo I

Artigo 1. A Comissão de Ética de Enfermagem do do Hospital _____, é o órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem, junto ao Hospital, estando a ele vinculada. Tem funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem do Hospital.

Artigo 2. A Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) deve manter sua autonomia, não podendo ter qualquer vinculação ou subordinação à Enfermeira Responsável Técnica ou a Gerência de Enfermagem da instituição.

Parágrafo Único – Cabe ao Enfermeiro Responsável Técnico prover condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE.

Da Composição, Organização e Estrutura

Capítulo II

Artigo 3. A CEE será composta de 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário e demais membros efetivos e suplentes, eleitos das categorias: Enfermeiro, Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício com a instituição.

O cargo de Presidente somente poderá ser preenchido por Enfermeiro.

Artigo 4. A CEE será instalada obedecendo o seguinte critério de proporcionalidade:

7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem

Artigo 5. O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico de Enfermagem, não poderá participar da CEE.

SES
3589
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 6. O tempo de mandato da CEE será de 3 (três) anos, sendo admitida uma reeleição.

Artigo 7. As reuniões serão mensais, sendo que o próprio grupo estabelecerá a necessidade de reuniões extraordinárias

Artigo 8. Em toda reunião será lavrada um relatório de reunião, secretariado por um dos membros do grupo.

Parágrafo único – Toda reunião deverá acontecer com a presença de pelo menos 50% mais um dos membros do grupo, sendo que na ausência do coordenador do grupo um dos membros do grupo deverá substituí-lo.

Artigo 9. Qualquer membro que deixar de comparecer em duas reuniões consecutivas, sem justificativa, será automaticamente desligado do Grupo, assumindo em seu lugar outro profissional interessado.

§ 1º os membros participantes deverão comunicar a ausência ao grupo até o término de cada reunião.

§ 2º Os membros participantes deverão comunicar antecipadamente sua ausência por ocasião de férias ou licenças.

§ 3º os membros participantes poderão justificar até duas ausências consecutivas, sendo no máximo de três por semestre.

Das Competências

Capítulo III

Artigo 10. Compete às Comissões de ética de Enfermagem:

a) Divulgar e fiscalizar o cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, da Lei e do Decreto acerca do Exercício Profissional, assim como as Resoluções emanadas pelo COFEN e Decisões do COREN.

b) Colaborar com o COREN na tarefa de discutir, divulgar, educar e orientar os temas relativos à Enfermagem.

c) Comunicar ao COREN a ausência de condições de trabalho da equipe de enfermagem, que venham a comprometer a qualidade da assistência de Enfermagem prestada ao cliente.

d) Comunicar ao COREN o exercício ilegal da profissão, bem como quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional ou dispositivos éticos vigentes.

e) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando-a ao Enfermeiro Responsável Técnico, para as providências administrativa se houver e ao COREN conforme norma própria.

f) Solicitar ao Presidente do COREN, apoio técnico da Superintndência Técnica, quando o fato ocorrido assim o requeira.

g) Encerrar a sindicância nos casos de não se constatar indícios de infração ética, arrolando todos os documentos, elaborando relatório para arquivo na instituição e enviando ao COREN, via web, formulário disponobilizado pelo Conselho.

h) Comunicar ao COREN indícios de exercício ilegal, bem como a prática irregular da assistência aos pacientes por qualquer membro da equipe de Saúde da Instituição.

i) Propor e participar em conjunto com o Responsável Técnico e Educação Continuada de Enfermagem,

SES
355
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ações preventivas junto à equipe de enfermagem.

Do Funcionamento

.Capítulo IV

Artigo 11 – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem (CEE) relativos à sindicância ou fiscalização, deverão ser sigilosos.

Artigo 12 – As deliberações da CEE serão por maioria simples, sendo prerrogativa do Presidente o "voto Minerva" em caso de empate.

Artigo 13 – As sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética obedecerão aos preceitos contidos nesta Decisão.

Artigo 14 – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

a) Denuncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada;

b) Denuncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

c) Deliberação da própria CEE;

d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Artigo 15 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, procedendo a convocação, se for o caso para esclarecimentos ou solicitando-lhes no prazo de sete dias úteis a partir do recebimento do aviso, manifestação por escrito.

Parágrafo único – o profissional de enfermagem que não atender as convocações ou solicitações da CEE, deverá ser encaminhado para análise do CDREN.

Artigo 16 – Todos os documentos relacionados com os fatos deverão ser mantidos junto à sindicância.

Parágrafo único – o acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes e à CEE, preservando assim o sigilo.

Artigo 17 – O Presidente da CEE nomeará os membros que farão parte da sindicância para tomar depoimentos, analisar documentos e elaborar relatório conclusivo, sem emissão de juízo de valor.

Parágrafo único – Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Artigo 18 – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, a sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para tramitação competente.

Artigo 19 – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenham acarretado danos a terceiros, sem infringir ao Código de Ética, poderá procurar a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir relatório para o COREN, através da página disponibilizada na web.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a Comissão lavrará tal fato em ata específica.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.

Artigo 20 – Ocorrendo denuncia envolvendo um membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da Comissão, enquanto perdurar a sindicância.

SES
3586
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Disposições Gerais

Capítulo V

Artigo 21 – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, de acordo com o número de votos, comunicando- se o fato ao COREN.

Artigo 22 – A ausência não justificada a mais de três reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, comunicando-se o fato ao COREN.

4.1.1.2.2 COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Em cumprimento à RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002, alterada parcialmente pela Resolução CFM nº 1.812/2007, o Instituto Social Fibra estabelecerá a implantação da Comissão de Ética Médica (CEM) com função sindicante, educativa e fiscalizadora do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

Será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) secretário e demais membros efetivos e suplentes e será instalada obedecendo ao critério de proporcionalidade definido pelo porte do serviço: 3 (três) membros efetivos e igual número de suplentes.

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

Conforme alterado pela Resolução CFM n. 1.812/07, o mandato da Comissão de Ética será de até 30 (trinta) meses.

Conteúdo

- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, bem como sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitem os preceitos éticos e legais;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina quaisquer indícios de infração à lei ou dispositivos éticos vigentes;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina o exercício ilegal da profissão;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina as irregularidades não corrigidas dentro dos prazos estipulados;

- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, bem como adotar medidas para combater a má prática médica;

- Instaurar sindicância, instruí-la e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina, sem emitir juízo;

- Verificar se a instituição onde atua está regularmente inscrita no Conselho Regional de Medicina e em dia com as suas obrigações;

SES
3587
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;

- Elaborar e encaminhar ao Conselho Regional Medicina relatório sobre as atividades desenvolvidas na instituição onde atua;

- Atender as convocações do Conselho Regional de Medicina;

- Manter atualizado o cadastro dos médicos que trabalham na instituição onde atua;

- Fornecer subsídios à Direção da instituição onde funciona, visando à melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;

- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico da instituição onde funciona quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;

- Promover a divulgação eficaz e permanente das normas complementares emanadas dos órgãos e autoridades competentes;

- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem na instituição 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 da instituição de saúde onde atua sobre questões referentes à Ética Médica.

A escolha dos membros da CEM será feita mediante eleição direta, dela participando os médicos que compõem o Corpo Clínico do estabelecimento, conforme previsto no Regimento Interno do Corpo Clínico, inscritos na condição de médico em situação regular com o Conselho Regional de Medicina.

A convocação da eleição será feita pelo diretor clínico, por Edital a ser divulgado no estabelecimento no período de 30 (trinta) dias antes da eleição.

A Comissão de Ética Médica será composta pelos candidatos que obtiverem o maior número de votos, de acordo com o número previsto para a sua composição.

Membros componentes

- 6 médicos efetivos

- 6 médicos suplentes

Objetivos no 1º. Ano

Eleição da Comissão de Ética e seu regimento de acordo resolução do CFM 1657/2002.

Freqüência das reuniões

Reunião da comissão organizadora da eleição semanalmente até a ocorrência do pleito. Em seguida, de acordo com a demanda dos serviços

Controle pela Direção Médica

SES
3588
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

Capítulo I

Da Composição e da Sede

Art. 1º - A Comissão de Ética Médica é constituída por 6 membros titulares e 6 membros suplentes, eleitos pelo Corpo Clínico.

Art. 2º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6 (seis) meses anterior às eleições oficiais serão automaticamente reconduzidas, não necessitando de nova eleição.

Art. 3º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na Instituição serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Art. 4º - O Presidente e o Secretário da Comissão serão eleitos de acordo com o número de votos; o mais votado será o Presidente e o segundo membro mais votado assumirá o cargo de Secretário.

Art. 5º - A Comissão se reunirá nas dependências da Instituição, e usufruirá de sua infra-estrutura física e administrativa.

Capítulo II

Das Competências

Art. 6º - A todos os membros da Comissão de Ética Médica compete:
a) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica discutindo e votando as matérias em pauta;

b) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica, previstas na Resolução CFM n.º 1.657/2002;

c) Garantir o exercício do amplo direito de defesa àqueles, que vierem a responder Sindicâncias;

Art. 7º - Os membros da Comissão de Ética Médica reunir-se-ão trimestralmente, ou de acordo com a solicitação e/ou convocação do Presidente da Comissão.

Capítulo III

Das Atribuições

Art. 8º - São atribuições dos membros da Comissão de Ética Médica:

a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;

b) Atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na Instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias;

c) Denunciar às instâncias superiore as eventuais más condições de trabalho na Instituição;

d) Assessorar as diretorias clínicas, administrativas e técnica da Instituição, dentro de sua área de competência;

Capítulo IV

Das Competências do Presidente e Secretário

Art. 9º - Ao Presidente da Comissão de Ética Médica compete;

a) Representar a Comissão de Ética Médica perante as instâncias superiores;

b) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

c) Presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d) Nomear o Secretário para substituí-lo em seus impedimentos ocasionais;

e) Solicitar a participação dos membros suplentes nos trabalhos da Comissão de Ética Médica sempre que necessário;

f) Receber e encaminhar ao CRM ou às Diretorias Clínica e Técnica se forem o caso, as sindicâncias já devidamente apuradas pela Comissão de Ética Médica;

g) Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão de Ética Médica, quando da apuração de sindicância.

Art. 10º - Ao Secretário da Comissão de Ética Médica compete:

a) Substituir o Presidente em seus impedimentos ocasionais;'

b) Colaborar com o Presidente nos trabalhos atribuídos à Comissão de Ética Médica;

c) Secretariar as reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Ética Médica;

d) Lavrar atas, editais, cartas, ofícios e relatórios relativos à Comissão de Ética Médica;

e) Manter em arquivo próprio os documentos relativos á Comissão de Ética Médica.

Capítulo V

Das Sindicâncias

Art. 11º - As Sindicâncias instauradas pelas Comissões de Ética Médica obedecerão aos preceitos contidos nesta Resolução, observando-se que as peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológica e numérica.

Art. 12º - A Sindicância será aberta mediante:

a) Denúncia por escrito e devidamente identificada;

b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;

c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;

d) Solicitação da Delegacia Regional;

e) Solicitação do CFM.

SES
3590
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Art. 13º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para a apresentação de relatório acerca da questão, oportunidade em que será facultada a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas admitidas no Direito, nessa fase.

Art. 14º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros que possam colaborar no deslinde da questão deverão ser compilados à sindicância.

Art. 15º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Art. 16º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica se reunirá para analisar e emitir o relatório conclusivo sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ou infração administrativa.

Parágrafo Único – Caso necessário, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Art. 17º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínico e Técnico, conforme previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determinem as providências a serem adotadas.

Art. 18º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao CRM, por se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Art. 19º - Se houver alguma denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância em questão.

Capítulo VI

Das Disposições Gerais

Art. 20º - Este regimento poderá ser alterado:

a) Após avaliação do desempenho da Comissão, se for o caso;

b) Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

c) Em ambos os casos, por proposta do Diretor Clínico ou do Diretor Técnico do Hospital

4.1.1.3 COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA assente na Resolução Nº. 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina instituirá a Comissão de Revisão de Prontuários, com o propósito de garantir a qualidade e a ética das informações registradas, no âmbito da atenção à saúde do usuário.

A instituição da Comissão de Revisão de Prontuários, com Regimento próprio, será fator de alta relevância que propiciará à OS Parceira um "Sistema de Fiscalização" e um potente movimento de orientação, suscitando o dever e a consciência do uso adequado do prontuário.

Caberá à Comissão de Revisão de Prontuários:

- Verificar a identificação do usuário: se há seu endereço e nome completo, data do nascimento, sexo, nome da mãe, naturalidade, município e Estado de nascimento;

SES
3591
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Avaliar anamnese, exame físico, hipóteses de diagnose, resultados de exames complementares, diagnóstico definitivo, tratamento efetuado, prescrições e sua freqüência, registro de data e hora das anotações, legibilidade, assinatura, carimbo, número de inscrição no Conselho de Classe, referente ao profissional que prestou serviços ao usuário;
- Verificar a legibilidade da letra dos profissionais nas anotações, assim como a assinatura e o respectivo número de registro no Órgão de Classe;
- Conferir, periodicamente, se os prontuários utilizados foram preenchidos e se o número destes confere com o número das consultas agendadas;
- Orientar a ordenação dos formulários, fichas e páginas no prontuário;
- Verificar o padrão do atendimento ao usuário dos serviços e sugerir, se necessário, medidas para melhorá-lo;
- Apreciar os resultados das condutas terapêuticas;
- Orientar (e não fiscalizar) a atuação dos profissionais;
- Analisar os impressos e sugerir modificações para atualizá-los, adaptá-los e corrigi-los;
- Selecionar casos para apresentação em reuniões de discussão de casos e revisões de óbitos;
- Realizar estudos estatísticos e propor indicadores de resultados;
- Verificar condições de alta ou circunstâncias do óbito;
- Assegurar a responsabilidade do preenchimento do prontuário, por meio de capacitações e treinamentos específicos, a guarda adequada, a confidencialidade, a manutenção e a disponibilidade dos prontuários em local de fácil acesso;
- Convocar profissionais para esclarecimentos sobre seus registros nos prontuários;
- Apresentar à Direção Médica relatório periódico (mensal) das supervisões, bem como assessorar-la nos assuntos afeitos aos prontuários;
- Atuar em acordo comum com a Comissão de Ética Médica;
- Comparar, avaliar e divulgar indicadores de atenção ao usuário;
- Buscar melhorias da atenção, conforme os resultados.

No escopo das programações, outras atribuições estarão sob responsabilidade da Comissão de Revisão de Prontuários. As mais importantes incluirão:

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA esclarece que, em princípio, a análise dos prontuários será feita por amostragem. Dados estatísticos sobre usuários e agravos serão instrumentos fundamentais para a Comissão de Revisão de Prontuários. Em antecedência ao arquivamento dos documentos médicos serão efetuadas as revisões qualitativa e quantitativa, visando à garantia da transparência e qualidade de todo o atendimento prestado. A revisão qualitativa contemplará itens obrigatórios quanto ao teor e à sua presença no prontuário. A revisão quantitativa avaliará o volume de informações, se o diagnóstico está bem fundamentado, se as prescrições e anotações sobre a evolução do estado clínico do usuário foram feitas corretamente, se há seqüência lógica e contínua dos registros.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

- 4 médicos, garantindo a representação dos serviços de urgência/emergência; internação e cuidados intensivos;

SES
3592
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 enfermeiro;
- 1 representante do Serviço de Arquivo Médico

Objetivos no 1º. ano

- Elaborar as normas da Comissão.
- Capacitar os profissionais das diversas áreas da Saúde acerca do correto preenchimento do prontuário médico, que servirá não só para o acompanhamento interdisciplinar e como fonte de pesquisa, como também para resguardar juridicamente o próprio profissional e a instituição.
- Adequar paulatinamente as inconsistências encontradas, de modo a manter a constante melhoria do processo de coleta de dados sobre a saúde do paciente.

Freqüência das reuniões

No mínimo, mensal

Controle pela Direção Médica

Supervisão e acompanhamento

As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP)

II. FINALIDADE:

Atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão de Revisão de Prontuários (CRP) é um órgão de assessoria diretamente vinculadoà Direção Geral do Hospital. A CRP deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da unidade, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas.

Os serviços prestados pela CRP não serão remunerados, sendo considerado de relevante interesse público.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 (quatro) membros médicos, 1 (um) membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME) e 1 (um) membro enfermeiro, que serão nomeados pelo Diretor Geral, cuja presidência deverá ser exercida, exclusivamente, por um médico.

A comissão definirá os cargos de vice-presidente e de secretário.

IV. MANDATO:

SES
3593
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O mandato da comissão será de 24 (vinte e quatro) meses, e poderá ser renovado por decisão da Direção Geral. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada a cada 2 (dois) anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala da Direção.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

A Comissão de Revisão de Prontuários reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo presidente.

A ausência de um membro em 3 (três) reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 (seis) reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 (doze) meses acarretará sua exclusão automática da participação da CRP.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, definidos pela maioria presente, poderão realizar a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido, não superior a 15 (quinze) dias. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais habilitados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

Todos os membros deverão guardar sigilo ético no que se refere aos assuntos abordados pela CRP.

Além das reuniões ordinárias, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, pelo Presidente ou Vice Presidente da CRP.

As informações e os indicadores operacionais deverão ser enviados para a Direção Geral, cuja periodicidade será trimestral para as informações concernentes ao prontuário e semestral para os indicadores operacionais.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - Registrar em formulário próprio a avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

a) Identificação do paciente em todos os impressos, termo geral de internação, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo, consentimentos específicos quando necessários, tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento;

SES
3694
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe;

c) Obrigatoriedade da avaliação médica e de enfermagem e registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora e do atendimento;

d) Preenchimento completo do sumário de alta; e

e) Ordenação do prontuário.

II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e nos sistemas; bem como divulgar a necessidade de conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - - Coletar e processar os dados, proceder à análise estatística, divulgá-los e avaliá-los a cada trimestre.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Direção Geral da Instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, havendo empate, sem prejuízo de seu voto, o Presidente exercerá o voto de qualidade.

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente, que assumirá as atividades deste.

São atribuições e competências da secretária da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

SES
3595
FLS.
RUBRICA
PROTOC

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço; e

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇOES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRP e submetidos à Direção Geral a quem competirá a palavra final.

Este regimento deverá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

O Regimento entrará em vigor após aprovação da Direção Geral e publicação do mesmo.

4.1.1.4 COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE BIOÉTICA

Bioética é a área de conhecimento voltada para a reflexão e discussão dos valores referentes à vida, à saúde humana, e suas relações com o meio ambiente. Ela precisa ser evidenciada como um espaço não normativo, mas de auxílio na avaliação da complexidade gerada pelas demandas, tanto éticas quanto morais, desencadeadas com o avanço técnico da medicina, que conferiu ao profissional de saúde um forte poder de interferência na vida humana. A Bioética se propõe a buscar respostas na leitura e interpretação de seus quatro princípios básicos: da não-maleficência, da beneficência, da autonomia e da justiça.

FINALIDADES

As Comissões de Bioética tem por finalidade refletir e avaliar questões e dilemas morais oriundos da prática e dos procedimentos realizados no âmbito da instituição. Cabe salientar que não é atribuição deste tipo de Comissão discutir sobre as políticas institucionais de alocação de recursos. É órgão consultivo, normativo e deliberativo.

COMPETE À COMISSÃO:

A análise e a emissão de pareceres, a promoção de ações educativas e de divulgação de questões e problemas bioéticos destacando-se:

- Os referentes à direitos dos pacientes e familiares;
- Direitos de deveres dos profissionais de saúde;
- Pacientes terminais e o uso de tecnologia avançada para suporte da vida;
- Captação de orgãos;
- Transplante de órgãos, tecidos e partes do corpo humano;
- Novos recursos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos;
- Defesa ao público;
- Oferta de condições para que os profissionais da área da saúde que tenham dilemas morais frente a uma situação específica na sua prática, venham compartilhá-las com um grupo interdisciplinar;
- Acompanhamento do desenvolvimento técnico e científico, objetivando a segurança da população em geral e do meio ambiente;

SES
3596
FLS
RUBRICA
FOTOCÓPIA

- Análise e emissão de pareceres sobre temas que envolvam a vida, em qualquer de suas formas, em face de questões como biopirataria, biotecnologia, filosofia (bioética), biossegurança, liberação ao meio ambiente de radiação, de organismos e de material contaminado, biológico ou não, proveniente deste Hospital, incluindo atividades cietíficas dentro do Hospital que envolvam qualquer destas áreas e outras atvidades;
- Análise e emissão de resultados e pareceres sobre a produção, a comercialização, o armazenamento, o transporte, a manipulação e a doação de órgãos, tecidos, e materiais genéticos;
- Colaboração com a Comissão Técnica Nacional de Biossegurança (CTNBio) nas matérias de sua competência;
- Recomendação aos órgãos de Vigilância Sanitária Municipais e Estaduais conclusos e pareceres que não atendam ao disposto na legislação pertinente;
- Propor e divulgar Normas Técnicas de segurança ambiental e de saúde relativas aos âmbitos da Comissão;
- Promoção e divulgação de estudos e pesquisas sobre as matérias sob sua competência;
- Apresentar subsídios à regulamentação técnica necessária à implementação de correções necessárias à regulamentação técnica, e
- Sugerir aos órgãos Estaduais e Municipais competentes para autorizar a execução de atividades que envolvam questões de sua competência.

Deve ser facultado à Comissão de Bioética a constituição de um Grupo Técnico Assessor, com função consultiva, formado por profissionais com reconhecido conhecimento técno-científico nas áreas de competência da Comissão.

ATRIBUIÇOES DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO

A. Ao presidente caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão, e especificamente:

1 – Convocar e presidir reuniões da Comissão;

2 – Representar a Comissão em suas relações internas e externas.

3 – Receber encaminhamentos e solicitar pronunciamento da Comissão quanto a questões Bioéticas.

4 – Indicar membros para a realização de estudos e emissão de pareceres necessários ao cumprimento das finalidades da Comissão.

5 –Indicar, dentre os membros, os relatores dos expedientes.

6 – Instituir Grupos de Trabalhos para e execução de determinadas atividades.

7 - Promover a convocação das reuniões;

8 - Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

9 - enviar aos representantes da Comissão cópia das atas aprovadas, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;

10 - Apresentar a Comissão, na última reunião ordinária do ano, a proposta do calendário anual das reuniões ordinárias da Comissão para o ano seguinte;

11 -Elaborar relatório anual das atividades da Comissão;

12 - Lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

12 – Providenciar a convocação das sessões extraordinárias;

13 – Encaminhar aos integrantes da Comissão a pauta das reuniões;

SES
3597
RUBRICA
PROTOCOLO

14 - Providenciar arquivo de documentos pertinentes;

15 - zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da Comissão.

B. Aos membros caberá:

1 – Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhe forem atribuídas pelo Presidente;

2 – Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo pareceres e manifestando-se a respeito das matérias em discussão;

3 – Desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente; e

4 - Apresentar proposi□o□s sobre questo□s refentes a Comissão.

Parágrafo único: O relator ou qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligencia de processo ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais ou internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias para a solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

O Presidente da Comissão poderá propor a inclusão de pessoas interessadas e assíduas como membros integrantes da Comissão.

A Comissão convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, na qualidade de visitantes sempre que julgar necessário.

A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da comissão, este proporcionará a infra-estrutura necessária.

COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO

A Comissão terá composição multidisciplinar e multiprofissional. As indicações para integrar a Comissão serão apresentadas a pr□pria Comissão e se processará da seguinte forma:

Presidência: 1 representante

Diretoria médica : 1 representante

Voluntariado : 2 representantes

Cirurgia: 2 representantes

Neurologia: 1 representante

UTI: 1 representante

Enfermagem: 2 representantes

Outras Especialidades Profissionais: 2 representantes

FUNCIONAMENTO

1. A Comissão terá como sede a Diretoria Clínica, onde reunir-se-á, ordinariamente, conforme cronograma anual de reuniões e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

SES
3598
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2. A Comissão, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.
3. Será dispensado o componente que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano e em caso de vacância, será solicitada a indicação de representante da área.
4. A Comissão desempenhará suas funções contando com a participação dos vários setores do hospital, inclusive formando grupos de trabalho para assuntos específicos com pessoas das diversas áreas, conforme a natureza do trabalho a ser realizado, sempre que julgar necessário.
5. Os membros da Comissão não poderão ser remunerados no desempenho desta tarefa, sendo recomendável que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço.
6. Os membros da Comissão deverão ter total independência na tomada das decisões no exercício das suas funções, mantendo sob caráter confidencial as informações recebidas, não podendo sofrer qualquer tipo de pressão por parte de superiores hierárquicos ou pelos interessados no parecer, devendo isentar-se de envolvimento financeiro e não devem estar submetidos a conflito de interesse.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

As reuniões do Comitê de Bioética do Hospital, serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e sempre que se fizerem necessárias avaliações de conflitos por demanda do profissional ou do usuário da instituição.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ MULTIDISCIPLINAR DE BIOÉTICA

CAPÍTULO I - Do Regimento

Artigo 1º – O Comitê de Bioética, respeitando o Estatuto e Regimento do Hospital e a legislação que regula essa instituição, atuará de acordo com o estabelecido neste Regimento Interno.

Artigo 2º - O presente Regimento foi apreciado e aprovado em Reunião realizada no mês _____, na sala de reuniões e referendado por ato da Direção do Hospital, em _____.

CAPITULO II - Do Comitê

Artigo 3º – O Comitê de Bioética do Hospital é um grupo multidisciplinar que se caracteriza por agregar profissionais de diversas áreas do conhecimento com as seguintes propostas:

Abordar os conflitos cotidianos que a evolução técnico-científica do último século fez emergir na profissão médica, levando em consideração que a perspectiva Bioética. Não se confunde com a deontologia e/ou com a ética médica, pois os códigos deontológicos tratam da normatização das condutas e são elaborados por e para cada profissão no sentido de atribuir juízos legais ou de valor para as posturas relativas ao exercício cotidiano das relações profissionais e sobre os procedimentos;

A Bioética precisa ser evidenciada como um espaço não normativo, mas de auxílio na avaliação da complexidade gerada pelas demandas, tanto éticas quanto morais, desencadeadas com o avanço técnico da medicina, que conferiu ao profissional de saúde um forte poder de interferência na vida humana.

CAPITULO III - Dos Objetivos

Artigo 4º - O Comitê de Bioética do Hospital tem por finalidades:

a. Ampliar, junto à comunidade interna (médicos, estudantes, administradores, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, entre outros), a reflexão frente aos conflitos éticos e morais inerentes ao exercício das

SES 3599 FLS RUBRICA PROTOCOLO

profissões ligadas à área da saúde como conflitos de conduta, quando pelo menos dois caminhos técnica e cientificamente corretos, mas com repercussões morais distintas podem ser seguidos; suspensão de tratamentos que impliquem na morte do paciente; conflitos entre a vontade das partes: paciente, sua família e equipe de saúde; ordens de não reanimar; mal formações congênitas: interrupção de gravidez; introdução ou retirada de medidas extraordinárias de tratamento em pacientes com prognóstico duvidoso por variáveis médicas; problemas de confidencialidade e privacidade de pacientes da instituição (prontuários, discussões clínicas e outros).

b. Oferecer consultoria a todos os profissionais e pacientes, ou seus representantes,quando necessitarem que um conflito de natureza moral seja equacionado, ou como apoio psicológico quando de uma tomada de decisão difícil do ponto de vista ético ou moral.

c. Submeter à apreciação da administração do hospital diretrizes que resguardem direitos, tanto de pacientes como de profissionais da saúde e membros da comunidade.

Parágrafo Único – Este Comitê não oferece apoio jurídico a qualquer das partes envolvidas em conflito de ordem moral ou legal; não define normas de ação profissional e não analisa problemas sócio-econômicos da instituição, embora possa fazer sugestões de alocação de recursos escassos, considerando essa matéria estritamente do ponto de vista ético e/ou moral.

CAPÍTULO IV – Da Composição e Coordenação

Artigo 5º - Comitê de Bioética do Hospital será constituído por profissionais das áreas das ciências da saúde, humanas e sociais e pelo menos um representante da comunidade atendida pelo Hospital.

Parágrafo 1º – O Comitê poderá agregar novos membros como consultores, sempre que se tornarem necessárias contribuições para o atendimento das demandas, procurando preservar seu caráter multidisciplinar.

Parágrafo 2º – A coordenação do presente Comitê será definida na primeira reunião oficial subseqüente à aprovação de seu funcionamento.

CAPÍTULO V – Das Diretrizes e Metodologia

Artigo 6º - O Comitê de Bioética terá como diretriz:

Ser um órgão consultivo e auxiliar, atuando junto aos profissionais e residentes que mantém contato com pacientes;

Constituir um espaço de apoio a pacientes e familiares diante de conflitos éticos e decisórios.

Artigo 7º - A metodologia e a dinâmica de trabalho deverá compreender:

a. a clara apresentação dos fatos médicos envolvidos na situação formulando dilema(s), afastando conflitos pessoais ou legais;

b. a apreciação das implicações médicas/morais de cada um dos caminhos que podem ser seguidos, dando oportunidade a que todos os membros do grupo se manifestem tentando buscar recomendações que espelhem o parecer consensual do grupo;

c. a oferta de uma ou mais alternativas de conduta que sejam eticamente aceitáveis e que contemplem o melhor interesse do paciente.

Capítulo VI – Das Reuniões

SES 3600 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Artigo 8º - As reuniões do Comitê de Bioética do Hospital, serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e no sentido de favorecer a educação continuada e atualização dos membros componentes.

Artigo 9º – O Comitê se realizará sempre que se fizerem necessárias avaliações de conflitos por demanda do profissional ou do usuário da instituição, ficando a critério do próprio Comitê, através do Coordenador ou componente nomeado para tal, a convocação extraordinária dos seus constituintes.

Artigo 10º- As reuniões do Comitê serão realizadas com a presença mínima de um terço dos seus componentes;

Capítulo VII - Da Ética e da Privacidade

Artigo 11º - Os pareceres emitidos pelo Comitê de Bioética serão explicitados somente aos envolvidos no conflito em questão, ficando sob a responsabilidade individual dos componentes o cumprimento do direito à privacidade e à intimidade das pessoas.

Capítulo VIII - Da Remuneração

Artigo 12º - Não haverá remuneração para seus componentes, porém será configurado motivo justificado de afastamento do trabalho o horário destinado à reunião do grupo.

Capítulo IX – Dos Casos Omissos

Artigo 13º – Os casos omissos neste regimento serão analisados e decididos em reunião do Comitê em questão.

Capítulo X – Das Disposições Finais e Transitórias

Artigo 14º - A proposta de Regimento Interno do Comitê de Bioética do Hospital será apresentada, apreciada e votada em reunião de seus membros.

4.1.1.5 COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

Conteúdo

- Avaliar todos os óbitos ocorridos na Unidade, bem como aos laudos de todas as necropsias solicitando inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal;

- Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade, com a qual deverá ser discutido todo o resultado das avaliações.

Membros componentes

- 1 anestesiologista;
- 1 intensivista;
- 1 patologista;
- 1 enfermeiro;
- 1 clinico;

SES
360
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 cirurgião;
- 1 profissional do pronto socorro.

Objetivos no 1º. ano:

- Elaborar as normas da Comissão;
- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que forem a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbito;
- Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;
- Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;
- Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);
- Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

Freqüência das reuniões:

- Semanal, até a criação e implantação do comitê.
- Mensal para análise de ocorrências e extraordinária em caso de óbitos a esclarecer.

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

MODELO SUGERIOO PARA REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE:

Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

SES
3602
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Poderá haver representantes dos serviços abaixo definidos, conforme sua existência/perfil do hospital:

1. Anestesiologista

2. Unidade de Terapia Intensiva

3. Patologia

4. Pronto-socorro / Pronto-Atendimento

5. Serviço de Clínica Médica / Pediatria

6. Serviço de Cirurgia

7. Especialidade definida a critério da Diretoria

8. Serviço de Enfermagem

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria

Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a

substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

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

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada no hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

SES 3603 RS RUBRICA PROTOCOLO

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice Presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos à óbitos que lhe forem enviados;

b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito;

c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;

d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos;

e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes;

f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito;

g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade);

h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);

i) Zelar pelo sigilo ético das informações;

j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;

k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;

l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;

m) Desenvolver atividades de caráter técnico-cientifico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

SES 3604 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Indicar seu vice-presidente;

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante;

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

e) Fazer cumprir o regimento.

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

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

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

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRO, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

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

O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação do mesmo.

4.1.1.6 COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO

Finalidade:

A comissão de Uso e Reuso de Materiais de Uso Único tem a finalidade de promover estudos técnico-científicos para orientar medidas normativas e técnicas para o reprocessamento seguro de materiais hospitalares, respeitando as legislações e pareceres técnicos de órgãos governamentais como a Agência

SES 3665 F.S. RUBRICA PROTOCOLO

VI. 1 (um) representante da área de anestesiologia

VII.1 (um) representante do Pronto Socorro

VIII.1(um) representante da Comissão de Enfermagem

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

As reuniões da Comissão serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e sempre que se fizerem necessárias avaliações.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

CAPÍTULO I CATEGORIA E FINALIDADES

Artigo 1º - A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, da Diretoria Clínica do Hospital é de natureza técnico científica permanente.

Artigo 2° - Tem por finalidade coordenar a formulação de diretrizes para o uso racional do sangue e hemoderivados, bem como realizar investigação pertinente.

CAPÍTULO II ORGANIZAÇÃO

SEÇÃO I COMPOSIÇÃO

Artigo 3° - A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia terá composição multidisciplinar e multiprofissional. Abrangerá médicos que representem áreas nas quais a indicação de hemocomponentes e hemoderivados seja rotineira.

Parágrafo Único - As indicações deverão recair em profissionais com reconhecida experiência e participação em atividades ligadas à administração de sangue e hemoderivados.

Artigo 4º – As indicações para integrar a Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia serão submetidas ao Diretor Clínico e se processarão da seguinte forma:

I. 1 (um) representantes da área de Hemoterapia

II. 1 (um) representante das UTI

III.1 (um) representante da área Cirúrgica

IV. 1 (um) representante da equipe de Ortopedia e Traumatologia

VI. 1 (um) representante dárea de anestesiologia

VII.1 (um) representante do Pronto Socorro

VIII.1(um) representante da Comissão de Enfermagem

Artigo 5º - O Presidente será um dos representantes da área de Hemoterapia.

Artigo 6º - O vice-presidente será eleito pelos membros da Comissão.

SES 3606 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) e outros órgãos regulamentadores.

Composição:

Equipe multiprofissional, incluindo representandes da:

a) Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos;
b) Comissão de Gerenciamento de Riscos,
c) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
d) Comissão de Ética Médica e de Enfermagem
e) Coordenador da Central de Materiais e Esterilização (CME);
f) Equipe médica usuária;
g) Laboratório de Microbiologia
h) Centro Cirúrgico
i) Administração do Hospital

Cronograma de atividades:

Inicialmente, a Comissão deve se reunir semanalmente para revisão dos estudos de casos de hospitais com programas de reutilização de sucesso, seleção de materiais a considerar para reutilização, estabelecimento de um protocolo de teste para cada material/dispositivo selecionado para reuso, teste do item reprocessado em situações de uso simulados, métodos de assegurar o tratamento adequado e protocolos de reutilização segura dos dispositivos. Após a definição dos materiais selecionados para reuso seguro, a Comissão deverá estabelecer um cronograma de encontros mensais para realizar monitoramento de controle de qualidade no processo de esterilização, revisão de protocolos, avaliar sistematicamente o processo de capacitação dos recursos humanos envolvidos no re-processamento.

4.1.1.7 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

FINALIDADE

Proporcionar a melhoria no atendimento ao paciente internado, com indicação de transfusão de hemocomponentes, análise da eficiência das transfusões realizadas e orientação/atualização da equipe de saúde sobre a evolução da hemoterapia.

Esta comissão tem como objetivo diminuir os possíveis efeitos adversos aos pacientes que recebem hemoderivados, racionalizar o uso de hemocomponentes, tendo como base parâmetros técnicos ao invés de subjetivos, e promover a informação atualizada aos integrantes da cadeia transfusional. Ainda tem a função de promover atividades de atualização aos profissionais integrantes da cadeia transfusional, supervisionar as atividades de hemoterapia realizadas no hospital, estabelecer um protocolo transfusional e realizar o controle ativo do uso de hemoderivados através de verificação de indicações, parâmetros e objetivos das transfusões.

COMPOSIÇÃO

I. 1 (um) representantes da área de Hemoterapia

II. 1 (um) representante das UTI

III.1 (um) representante da área Cirúrgica

IV. 1 (um) representante da equipe de Ortopedia e Traumatologia

SES
3607
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Artigo 7º - O Diretor Clínico avaliará as indicações efetuadas dos membros que comporão a comissão e promoverá às designações destes.

Artigo 8º - O Diretor Clínico, por indicação da Comissão, poderá promover a substituição dos integrantes da comissão.

Artigo 9º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a três reuniões consecutivas ou a seis intercaladas no período de um ano.

Artigo 10º - As funções dos membros da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia não serão remuneradas, sendo o seu exercício considerado de relevante serviço para o hospital.

Artigo 11º - A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia convidará pessoas físicas ou jurídicas assim como entidades de direito público ou privado que possam colaborar com o desenvolvimento dos seus trabalhos, sempre que julgar necessário.

Artigo 12º - A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, a Diretoria Clínica, através do Serviço de Apoio Administrativo, proporcionará a infra-estrutura necessária.

SEÇÃO II FUNCIONAMENTO

Artigo 13º – A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia terá como sede a Diretoria Clínica, onde reunir-se- á, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor Clínico, Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia instalar-se-á e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o "quorum" em cada sessão antes de cada votação. O "quorum" mínimo para deliberação será de 6 (seis) membros.

§ 2º - O Presidente terá o direito a voto de qualidade.

§ 3º - As deliberações tomadas "ad referendum" deverão ser encaminhadas ao Plenário da CACMT para deliberação desta, na primeira sessão seguinte.

§ 4º - As deliberações da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia serão consubstanciadas em cotas endereçadas ao Diretor Clínico.

§ 5º - É facultado ao Presidente e aos membros da Comissão solicitar o reexame de qualquer decisão exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade, inadequação técnica ou de outra natureza.

§ 6º - A votação será nominal.

Artigo 14º – A Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos.

Artigo 15º – Os expedientes sujeitos à análise da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia serão encaminhados ao Serviço de Apoio Administrativos da Diretoria Clínica.

Parágrafo Único – Os expedientes serão registrados e classificados por ordem cronológica e distribuídos aos membros pela Secretária, por indicação do Presidente da comissão ou por membro designado.

Artigo 16º - A seqüência das reuniões da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia será a seguinte:

SES
3609
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

I – verificação da presença do Presidente e, em caso de sua ausência, abertura dos trabalhos pelo Vice-Presidente;

II – verificação de presença e existência de "quorum";

III – votação e assinatura da Ata da reunião anterior;

IV – leitura e despacho do expediente;

V – ordem do dia compreendendo leitura, discussão e votação dos pareceres ou expedientes;

VI – organização da pauta da próxima reunião;

VII – distribuição de expedientes aos relatores;

VIII – comunicação breve e franqueamento da palavra.

§ 1º – Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, a Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, por voto da maioria, poderá alterar a seqüência de alguma matéria.

§ 2º – Qualquer membro poderá requerer ao Presidente, a qualquer tempo, que solicite o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas, nacionais e internacionais, para estudo, pesquisa ou informações necessárias à solução dos assuntos que lhes forem distribuídos, bem como solicitar o comparecimento de qualquer pessoa às reuniões para prestar esclarecimentos.

Artigo 17º – A Ordem do Dia será organizada com os expedientes apresentados para discussão, acompanhados dos pareceres e resumo dos mesmos, dos respectivos relatores, e com aqueles cuja discussão ou votação tiver sido adiada.

Parágrafo Único – A Ordem do Dia será comunicada previamente a todos os membros, com antecedência mínima de três dias para as reuniões ordinárias e de um dia para as extraordinárias.

Artigo 18º – Após a leitura do parecer, o Presidente ou o vice- presidente deve submetê-lo a discussão, dando a palavra aos membros que a solicitarem.

§ 1º - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas do processo, propor diligências ou adiamento da discussão da votação;

§ 2º - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária;

§ 3º - Após entrar na pauta, a matéria deverá ser obrigatoriamente votada no prazo máximo de até duas reuniões.

Artigo 19º – Após o encerramento das discussões, o assunto será submetido à votação.

Artigo 20º – A data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes.

Artigo 21º – A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a Secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros presentes.

CAPÍTULO III COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

SESO 3609 FLS RUBRICA PROTOCOLO

SEÇÃO I

COMPETÊNCIAS DA Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia

Artigo 22º – Compete à Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia:

I - Elaborar planos de ação e estabelecer estratégias de atuação para aumentar a segurança transfusional;

II - Assessorar a Administração Superior na formulação da política de uso racional de sangue, hemocomponentes e derivados e investigações de eventuais reações à transfusão destes;

III – quando solicitada pelo Diretor Clínico, acompanhar estudos e pesquisas em medicina transfusional ou congêneres, emitindo parecer técnico sobre a eficiência terapêutica, para embasar critério fundamental de escolha;

IV – examinar e emitir parecer com referência a hemocomponentes e hemoderivados, congêneres e segurança no transplante no que diz respeito a propostas de:

a) substituição ou eliminação de produtos padronizados;

b) novas padronizações.

V - desempenhar papel consultivo e educativo, divulgando no âmbito da Instituição, esclarecimentos sobre utilização de sangue, hemoderivados e congêneres;

VI – manter, através de sistema informatizado, com controle de acesso lógico, registros atualizados sobre padronizações e normas técnicas, nacionais e internacionais, bem como a legislação referentes a sangue, hemoderivados, insumos hemoterápicos e correlatos e suas aplicações e restrições;

VII – colaborar nas atividades de ensino e pesquisa;

VIII – emitir instruções de serviço necessárias ao cumprimento das finalidades da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia;

IX – efetuar auditorias e pareceres quando requisitados, sobre o uso de hemoderivados e congêneres.

SEÇÃO II ATRIBUIÇÕES

Artigo 23º – Ao Presidente incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, especificamente:

I – representar a Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia em suas relações internas e externas;

II – instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

III – promover a convocação das reuniões;

IV – tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

V – indicar, dentre os membros da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, os relatores dos expedientes;

VI – indicar membros para realização de estudos, levantamentos e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da Comissão;

VII – elaborar cotas decorrentes de deliberações da Comissão e "ad referendum" desta, nos casos de manifesta urgência.

SES
3610
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Parágrafo Único – Cabe ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos.

Artigo 24º – Aos membros incumbe:

I – estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

II – comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;

III – requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV – desempenhar as atribuições que lhes forem atribuídas pelo Presidente;

V – apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão.

Artigo 25º – À Secretária da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia incumbe:

I – assistir as reuniões;

II – encaminhar o expediente da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia;

III – preparar o expediente da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia;

IV – manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;

V – providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

VI – lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VII – elaborar relatório trimestral das atividades da Comissão;

VIII – lavrar e assinar as atas de reuniões da Comissão;

IX – providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões extraordinárias;

X – distribuir aos Membros da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia a pauta das reuniões.

CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 27º – O mandato dos componentes da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia se extinguirá com o do Diretor Clínico ou antecipadamente se houver motivo que justifique a cessação.

Artigo 28º – Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia e em grau de recurso pelo Diretor Clínico.

Artigo 29º – O presente Regimento Interno poderá ser alterado mediante proposta da Comissão Intra-Hospitalar de Hemoterapia, através da maioria absoluta de seus membros, submetido ao Diretor Clínico e aprovado pelo Conselho Deliberativo.

Artigo 30º – O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de sua publicação, devendo previamente ser aprovado pelo Conselho Deliberativo, revogadas as disposições em contrário.

SES
361
FLS
RUBRICA
PROTO

4.1.1.8 COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

FINALIDADES

- supervisionar o preparo dos nutrientes dentro da dieta prescrita ao paciente, tais como tipo, volume e horário de administração;- acompanhar os mapas de dieta enteral, bem como as artesanais e ou industrializadas;
- instituir rotinas para assepsia durante o preparo, manipulação e administração das dietas;
- acompanhar a aceitação da dieta enteral por parte do paciente.
- analisar a prescrição parenteral, devendo acompanhar a administração, fazendo a supervisão;
- acompanhar o preparo da fórmula prescrita, definindo a ordem de aditivação dos eletrólitos e o número de miliequivalentes dos oligoelementos que compõem a nutrição parenteral;
- proceder, como rotina, o exame visual em negatoscópio das soluções preparadas;
- providenciar o armazenamento das soluções em geladeiras próprias para acondicionamento;
- prover meios para realização de testes metabólicos e de absorção no acompanhamento da evolução nutricional do paciente;
- supervisionar a desinfecção das áreas de preparo de nutrição parenteral;
- propor modificações das normas, rotinas e procedimentos pertinentes à nutrição parenteral.

COMPOSIÇÃO

Médico Clínico

Médico Intensivista

Médico cirurgião

Nutricionista

Farmacêutico

Enfermeiro

Fonoaudiólogo

Poderão participar outros profissionais a critério do Diretor.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

As reuniões da Comissão serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e sempre que se fizerem necessárias por convocaçao.

SES
36/2
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL.

I NOME:

COMISSÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL

II. FINALIDADE:

Servir como órgão consultivo e deliberativo sobre insumos e condutas em Terapia Nutricional.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à Diretoria Clinica.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição da comissão será constituída por no mínimo um profissional das categorias relacionadas abaixo:

Médico Clínico

Médico Intensivista

Médico cirurgião

Nutricionista

Farmacêutico

Enfermeiro

Fonoaudiólogo

Poderão participar outros profissionais a critério do Diretor.

Fica estabelecido como membro permanente o Coordenador clinico do Serviço de Terapia Nutricional.

Além dos profissionais acima, recomenda-se um oficial administrativo para secretariar as reuniões da comissão.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável por igual período.

O presidente da comissão, assim como todos os membros serão nomeados pelo Diretor do Hospital.

V. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

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

O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído

As reuniões poderão ser realizadas mesmo na ausência do presidente ou de seu vice. Nestas situações a coordenação da reunião ficará a cargo do membro com maior idade entre os presentes.

SES
361
FLS.
PROTOCOLO

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

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora da mesma, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas. Deverá ser encaminhada copia da ata para a Diretoria Clinica do HC.

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

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Clínico, pelo Presidente

ou Vice Presidente da comissão.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Nutrição Parenteral e Enteral:

a) Assessorar o Serviço de Terapia Nutricional com a finalidade de estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de insumos para a Terapia Nutricional;

b) Aprovar a inclusão ou exclusão de insumos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelo setor de Nutrição ou demais serviços ligados a assistência do paciente em TN, promovendo a atualização da padronização de condutas em Terapia Nutricional;

c) Avaliar os insumos de TN, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar seu custo beneficio como mais um critério para sua padronização;

d) Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;

e) Promover ações que estimulem o uso racional de insumos em TN;

f) Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o setor de Nutrição;

g) Assessorar a Diretoria Clínica em assuntos de sua competência;

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

a) Convocar e presidir as reuniões;

b) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição ou indicar seu representante;

c) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta;

d) Fazer cumprir o regimento.

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

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. São atribuições do vice-presidente assumir as atividades do presidente na sua ausência.

SES
3614
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

a) Organizar a ordem do dia;

b) Receber e protocolar os processos e expedientes;

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões;

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente;

e) Organizar e manter o arquivo da comissão;

f) Preparar a correspondência;

g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CNPE, em conjunto com o Diretor Clinico.

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

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria.

4.1.1.9 COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS

A Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos tem por finalidade analisar, estabelecer, controlar a inclusão, alteração e exclusão de itens da lista de Fármacos, Materiais, Terapêutica e equipamentos utilizados dentro da unidade hospitalar, garantindo que tudo o que é utilizado no hospital está dentro do que é regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

O objetivo da comissão é trabalhar cada vez mais com qualidade e segurança no atendimento ao paciente e com artigos de qualidade reconhecida.

COMPOSIÇÃO:

A comissão é composta por membros executores com experiência na área de gestão de materiais, nas áreas de enfermagem, medicina, farmácia e administração e por membros consultores especialistas na área a ser consultada.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Oeverão ocorrer reuniões periódicas, no mínimo mensais, com data, local e horário, previamente definidos e informados.

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS

NOME:

Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos

SES
3615
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

OBJETIVO:

I- gerenciar a lista básica de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo no Hospital;
II- manter processo permanente de atualização da lista, necessários à realização dos procedimentos médicos, assistenciais e de enfermagem, através de consulta ao sistema produtivo;
III- analisar, testar e emitir parecer técnico de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo das unidades de serviço;
IV- elaborar a padronização de medicamentos e materiais hospitalares de uso contínuo, utilizando o método descritivo, possibilitando a orientação do processo licitatório;
V- prestar assessoria técnica à Coordenação de Compras, Logística e Suprimentos da Diretoria Administrativa e Financeira;
VI- assegurar que os medicamentos e materiais hospitalares a serem adquiridos estejam dentro dos padrões de qualidade estabelecidos pela comissão técnica;
VII- manter processo permanente de avaliação da qualidade dos medicamentos e materiais hospitalares adquiridos para uso contínuo na instituição.

MANDATO:
O período de gestão de mandato da comissão técnica é de dois anos, podendo os membros integrantes serem reindicados.

O presidente da comissão, assim como todos os membros serão nomeados pelo Diretor do Hospital.

COMPOSIÇÃO:

A comissão é composta por membros executores com experiência na área de gestão de materiais, nas áreas de enfermagem, medicina, farmácia e administração e por membros consultores especialistas na área a ser consultada. Deverão compor obrigatoriamente a comissão, médico e/ou enfermeiro integrantes da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. A comissão funciona como um órgão de assessoria do diretor.

COMPETÊNCIAS:

I- estabelecer critérios técnicos para avaliação e análise dos materiais médico hospitalares em processo licitatório;
II- elaborar instrumentos técnicos para análise e avaliação contínua de materiais médico hospitalares;
III- elaborar a listagem de marcas de materiais médico-hospitalares não habilitados para participar de processo licitatório;
IV- criar um banco de dados com o registro dos pareceres emitidos pela Comissão;
V- divulgar as alterações realizadas na Listagem Básica de Materiais Médico-Hospitalares sempre que ocorrerem, aos Setores de Serviços das unidades e serviço;
VI- construir indicadores de qualidade e de produtividade do uso dos insumos constantes da relação de materiais padronizados;

FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

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

O profissional que se ausentar em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses será excluído

A pauta da reunião deverá ser previamente estabelecida.
Registrar a presença dos membros em lista de presença e de todos os assuntos em ata, conforme modelo pré-estabelecido e manter arquivo na central de documentação.

SES
3616
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

DISPOSIÇÕES GERAIS

Este regimento poderá ser modificado no todo ou em parte por motivo de alterações na legislação federal referente à aquisição de material médico hospitalar ou por iniciativa da Comissão de Padronização de Materiais, Medicamentos e Equipamentos, com acordo pleno dos membros da referida Comissão e após homologação do diretor.

4.1.1.10 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CDREME)

OBJETIVO:

Qualificar o processo de formação e conferir título de especialista a médicos residentes, que anualmente são inseridos no mercado de trabalho.

Planejar e zelar pela perfeita execução dos seus Programas de Residência Médica e atividades correlatas, no âmbito da Unidade, de acordo com as normas nacionais em vigor.

MEMBROS:

I - um Coordenador da COREME;

II - um Supervisor de cada Programa das áreas básicas e das especialidades onde se desenvolve a Residência Médica;

III - um Representante dos Médicos Residentes;

IV - um Secretário.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES:

A COREME fará reuniões mensais ordinárias e, extraordinariamente, serão realizadas quantas reuniões se fizerem necessárias.

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME)

CAPÍTULO I

Do Conceito e Finalidade

Art. 1º - A Residência Médica, consoante a Lei n.º 6.932, de 07 de julho de 1981, constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu e visa fundamentalmente à formação de especialistas, através de programa de treinamento, desenvolvido em ambiente médico-hospitalar que dispõe de recursos humanos e materiais, indispensáveis para atingir tal finalidade.

Art. 2º - A Residência Médica do Hospital _____, oferece Programas de treinamento reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e Ministério da Educação e Cultura – MEC.

CAPÍTULO II

Da Organização da COREME

SES
367
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Art. 3º - No âmbito do hospital _____, a regulação, coordenação e supervisão da Residência Médica é realizada pela Comissão de Residência Médica – COREME, conforme as disposições deste Regimento Interno, que deve ser de conhecimento de todos os Médicos Residentes, que disciplina as atividades dos Programas de Residência Médica do hospital _____.

Parágrafo único - A COREME é o órgão competente no GHC para manter contato com a Comissão Estadual de Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica, no que aplicável.

Art.4° - A COREME é vinculada diretamente ao Diretor Técnico do hospital e se submete à Comissão Estadual de Residência Médica e a Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 5° - Os Programas de Residência Médica têm suas estruturas baseadas nas Áreas Básicas e nos Serviços de Especialidades Médicas do hospital____ e organizadas em regime integrado entre programas assistencial e de ensino.
§ 1º - Os PRM's são de responsabilidade dos Preceptores e Coordenadores dos respectivos Serviços de Especialidades Médicas.

§ 2º Os programas que vierem a ser criados, serão vinculados ao Serviço de origem.

Art. 6º - A COREME é constituída pelos seguintes membros:

I - um Coordenador da COREME;

II - um Supervisor de cada Programa das áreas básicas e das especialidades onde se desenvolve a Residência Médica;

III - um Representante dos Médicos Residentes;

IV - um Secretário.

Art.7º - O Coordenador da COREME perceberá pelas suas atividades, bolsa de preceptoria.

CAPÍTULO III

Da Eleição dos Membros da COREME

Art. 8º - O Coordenador da COREME será eleito dentre os Supervisores de cada Programa de Residência Médica, através de votação direta e secreta, definida por maioria simples, para um mandato de 2 (dois) anos, sendo permitida a recondução.

Parágrafo único - A eleição do Coordenador da COREME realizar-se-á na primeira quinzena do mês de dezembro dos anos pares, e o novo mandato terá início em 1º de janeiro do ano seguinte.

Art. 9° - O colégio eleitoral para a eleição do Coordenador da COREME será composto pelos seguintes membros:

I - todos os Supervisores dos Programas de Residência Médica das áreas básicas e das especialidades;

II - um Representante dos Residentes de cada Programa das áreas básicas e das especialidades.

Art. 10 - O Supervisor de cada Programa de Residência Médica deverá ser eleito dentre os Preceptores do referido Programa, antecedendo a eleição do Coordenador da COREME, através de votação direta e secreta, definida por maioria simples, em pleito bianual, pelo seguinte colégio eleitoral:

I - Chefe do Serviço ao qual está vinculado o Programa;

SES
3619
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

II - todos os Preceptores do Programa;

III - um Representante de cada nível da Residência (R1, R2 e R3) dentre os Médicos Residentes.

Art. 11 - Os Preceptores de cada Programa de Residência Médica serão eleitos pelo Corpo Clínico da respectiva área e por todos os Médicos Residentes da especialidade ou área de atuação, em votação direta, no mês de novembro, sempre precedendo a eleição do Supervisor do Programa.

§ 1º - O número de Preceptores em cada Programa de Residência Médica será definido conforme critérios de proporção estabelecidos pela CNRM.

§ 2º - São requisitos para candidatar-se à Preceptoria:

I - possuir titulação mínima para a função, ou seja, Residência Médica;

II - desenvolver atividades de Preceptoria durante sua jornada de trabalho;

§ 3º - No caso de empate na eleição dos Preceptores, serão utilizados os seguintes critérios de desempate:

I - profissional que possuir mestrado em Medicina inicia com o número de votos equivalente a 50% (cinqüenta por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

II - profissional que possuir mestrado em outra área, que não em Medicina inicia com o número de votos equivalente a 30% (trinta por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

III - profissional que possuir curso de especialização em metodologia do ensino ou de pesquisa inicia com número de votos equivalente a 20% (vinte por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;
IV- profissional que possuir doutorado e não tiver mestrado inicia com o número de votos equivalente a 20% (vinte por cento) do número total dos votos possíveis da Área Básica ou Especialidade;

V - profissional que possuir doutorado e mestrado, acresce ao percentual dos incisos I e II mais 20% (vinte por cento).

CAPÍTULO IV

Das Deliberações da COREME

Art. 12 - As deliberações e demais atos da COREME ocorrerão em reuniões ordinárias mensalmente, sendo os membros convocados com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 1º - As convocações serão acompanhadas da ordem do dia e pauta, onde constará todas as matérias a serem analisadas e votadas pelos membros.

§ 2º - A reunião instalar-se-á com a presença de no mínimo metade de seus membros e será presidida pelo Coordenador da COREME.

§ 3º - Caso na primeira chamada não haja o quorum definido no parágrafo anterior a reunião instalar-se-á com os membros presentes após 30 (trinta) minutos, numa segunda chamada.

§ 4º - Caso o Coordenador da COREME não possa participar da reunião ele indicará, dentre os Supervisores dos PRM's, alguém para substituí-lo.

Art. 13 - Cada membro terá direito a um voto e a votação será nominal e aberta, sendo todas as decisões definidas por maioria simples dos presentes, possuindo o Coordenador da COREME o voto de desempate.

SES 3619 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Art. 14 - É facultado ao Coordenador da COREME e aos outros membros Supervisores dos PRM's solicitar o reexame de qualquer resolução exarada em reuniões anteriores, justificando possível ilegalidade, incorreção, inadequação técnica ou de outra natureza.

Art. 15 - Após a leitura da pauta, o Coordenador da COREME abrirá a discussão, franqueando a palavra aos membros que a solicitarem, podendo o membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame pedir vistas do expediente, propor diligências ou adiamento da discussão ou votação, devendo apresentar justificativa, sujeita à votação imediatamente.

Parágrafo único - O prazo de vistas será até a realização da próxima reunião ordinária, podendo, a juízo dos membros, ser prorrogado no máximo até duas reuniões ou reduzido em face de urgência ou relevância do assunto.

Art. 16 - As reuniões extraordinárias da COREME serão realizadas a qualquer tempo, por convocação do Coordenador da COREME, por solicitação de Supervisores de PRM's ou convocadas, com a devida justificativa, por 1/3 (um terço) de seus membros.

Art. 17 - Os membros Supervisores de Programas de Residência e Representantes dos Residentes que faltarem a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 3 (três) alternadas serão excluídos da COREME.

Parágrafo único – Quando ocorrer a exclusão de um membro, O Coordenador da COREME notificará o Serviço ao qual pertencia a vaga do membro excluído, para que realize nova eleição, na reunião subseqüente, respeitadas as normas vigentes.

Art. 18 - Outras pessoas poderão ser convidadas a participar das reuniões da COREME, tendo direito à voz, mas não a voto.

CAPÍTULO V

Oas Competências da COREME

Art. 19 - Compete à COREME:

I - analisar e fiscalizar os programas de treinamento e métodos de avaliação dos Médicos Residentes e Preceptores;

II - propor a criação, extinção ou modificação de Programas de Residência Médica;

III - propor à Diretoria do GHC a adequação anual do número de Médicos Residentes por área, de Programas a serem desenvolvidos no ano subseqüente;

IV - propor à Diretoria do GHC a adequação anual do número de Preceptores por área de acordo com a relação Preceptores/Residentes, estabelecida pela CNRM;

V - estabelecer os critérios de seleção dos Residentes, através da elaboração dos Editais de Seleção;

VI - encaminhar os Editais de Seleção CENEMRS para aprovação, e posteriormente à publicação;

VII- coordenar o planejamento, a aplicação e a correção das provas das especialidades, encaminhar os resultados finais aos Diretores do Grupo e divulgar os resultados oficiais dos processos seletivos;

VIII- aprovar as licenças e afastamentos solicitados pelos Residentes, após apreciação dos Supervisores dos PRM's;

IX - apreciar propostas de penalidades encaminhadas pelos supervisores dos PRM's;

SES
3620
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

X - discutir temas e documentos, relacionados à Residência Médica;

XI - elaborar relatório anual e encaminhá-lo à Coordenação de Ensino e Pesquisa e à Diretoria;

XII- representar os interesses dos Programas de Residência Médica do hospital junto à CNRM e ao CREMERS;

XIII-estar sempre atualizada com as Normas e Resoluções da CNRM;

XIV-cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno da Residência Médica do GHC;

XV- fiscalizar, executar e fazer executar as normas estabelecidas neste Regimento Interno e na legislação específica da CNRM;

XVI-analisar, avaliar, aprovar os processos de criação de novos PRM's e de recredenciamento dos já existentes;

XVII-planejar, organizar, analisar e fiscalizar os PRM's e os métodos de avaliação dos Médicos Residentes e Preceptores.

CAPÍTULO VI

Da Administração da COREME

Art. 21 - Compete ao Coordenador da COREME:

I - coordenar as atividades de planejamento, execução e avaliação dos Programas de Residência Médica;

II - encaminhar à Diretoria do GHC os assuntos que dependam da sua aprovação;

III - convocar e presidir as reuniões da COREME;

IV- indicar o Secretário da COREME;

V - aplicar penalidades de acordo com decisão da COREME;

VI - estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRM;

VII - executar e fazer executar o que estabelece a legislação pertinente à Residência Médica, seja proveniente da CNMR, dos estatutos e regulamentos das várias instâncias, do presente Regimento Interno e do Regimento Interno do Corpo Clínico do hosptal;

VIII-representar a COREME em todas as atividades que se fizerem necessárias e, no seu impedimento, designar um substituto para representá-lo

IX - receber, responder, despachar e assinar toda a correspondência da COREME;

X - tomar decisões ad referendum da COREME, em caráter de urgência, sempre que se fizer necessário;

XI - autorizar afastamento temporário de Médico Residente através de ato motivado;

XII - assinar, em conjunto com o Diretor Técnico e os Supervisores dos PRM's, os diplomas de conclusão da Residência Médica, de acordo com a legislação pertinente.

Art.22 - Compete aos Supervisores dos PRM's:

I - participar de todas as reuniões da COREME como membro efetivo e, em seu impedimento, informar o Coordenador da COREME e designar um substituto;

SES 3691 Fls. RUBRICA

II - ser responsável direto pela coordenação dos PRM's no âmbito de sua especialidade e dos serviços referentes a sua área de atuação;

III - convocar e presidir reuniões dos preceptores do PRM sob sua coordenação;
IV - organizar a eleição de seu sucessor e dos demais Preceptores do PRM, aplicando-se o procedimento previsto no Art. 11 deste Regimento Interno;

V - elaborar, anualmente, o Programa de Residência Médica, em sua especialidade até 30 de novembro do ano anterior ao inicio do PRM, de acordo com os prérequisitos estipulados na Resolução da CNRM n.° 02/2006;

VI - remeter relatórios à COREME, quando solicitado, sobre as atividades do PRM sob sua coordenação;

VII - organizar, supervisionar e controlar a execução do Programa;

VIII - encaminhar cópia atualizada do programa à COREME do hospital;

IX - indicar substituto eventual;

X - responsabilizar-se pelo preenchimento de formulários com vistas à regularização, credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas do PRM que supervisiona;

XI - controlar a freqüência dos Médicos Residentes que atuam no PRM que coordena;

XII - encaminhar ao Chefe do Serviço ao qual o PRM se vincula e à COREME a freqüência, justificativas de faltas, licenças, escalas de trabalho e de férias dos Médicos Residentes;

XIII - estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções emanadas da CNRM;

XIV - realizar avaliações trimestrais dos Médicos Residentes, registrando no Sistema de Avaliação de Residentes;

XV - encaminhar ao Coordenador da COREME:

A) os casos de desistências e licenças para afastamento de Médicos Residentes, em tempo hábil para cancelamento da bolsa auxílio, quando pertinente;

B) as faltas ou transgressões disciplinares dos Médicos Residentes, com as justificativas devidas;

Art. 23 - Compete ao Preceptor:

I - encaminhar ao Supervisor do PRM a freqüência, justificativas de faltas, licenças e escalas de trabalho e de férias dos Médicos Residentes;

II - orientar diretamente o treinamento do Médico Residente;

III - acompanhar o treinamento do Médico Residente em todas as etapas;

IV - orientar a realização de trabalhos de cunho técnico e/ou científico do Médico Residente;

V - auxiliar o Médico Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento;
VI - participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor do PRM;

VII - participar ativamente do trabalho de conclusão do Médico Residente, quando solicitado.

Art. 24 - Compete ao Representante dos Residentes:

SES 3622 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

I - representar os Médicos Residentes nas reuniões da COREME;

II - solicitar ao Coordenador da COREME, a inclusão de assuntos de interesse dos Médicos Residentes na pauta de reuniões da COREME;

III - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias da COREME;

IV- no impedimento de participação na reunião, indicar um substituto e informar Coordenador da COREME.

Art. 25 - Compete ao Secretário da COREME:

I - dirigir os Serviços da Secretaria da COREME;

II - exercer as atividades administrativas rotineiras e próprias da Secretaria;

III - assistir às reuniões da COREME, lavrando as atas;

IV- submeter ao Coordenador da COREME os assuntos em pauta;

V - guardar e zelar os arquivos da COREME;

VI- elaborar relatório anual sobre a COREME;

VII- informar ao Coordenador da COREME, situação dos PRM's junto à CNRM;

VIII-encaminhar os documentos de credenciamento, recredenciamento e aumento de vagas à CENEMRS e CERM com vistas a regularização dos PRM's;

IX - cumprir o que for determinado pelo Coordenador da COREME.

CAPÍTULO VII

Dos Programas De Residência Médica do hospital___, Período dos PRM's e Carga Horária dos Médicos Residentes

Art. 26 - Os Programas de Residência Médica terão início no dia 1º (primeiro) de fevereiro de cada ano e término no dia 31 (trinta e um) de janeiro do ano seguinte.

Art.27 - Os Programas de Residência Médica têm carga horária de 2.880 (duas mil e oitocentas e oitenta) horas anuais, possuindo um limite de carga horária de atividades de 60 (sessenta) horas semanais, com no máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão semanal.

Parágrafo único - Todos os PRM's deverão contemplar os requisitos mínimos exigidos pela CNRM, de acordo com a Resolução CNRM n.º 02, de 17 maio de 2006.

CAPÍTULO VIII

Do Ingresso, Contratação e Regime dos Médicos Residentes

Art. 28 - A seleção anual para o ingresso dos Médicos Residentes, em qualquer Programa/Área de atuação de Residência Médica, será organizada pela COREME através de Processo Seletivo Público, de acordo com critérios estabelecidos pelos Programas/Área de atuação, sempre em comunhão com as normas da Resolução CNRM n.° 04, de 23 de outubro de 2007.

Art. 29 - O Médico Residente deve cumprir o Programa de Residência Médica em regime de tempo integral e, após a conclusão, não adquire qualquer vínculo de natureza empregatícia com os Hospitais do GHC,

SES 3623 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

enquadrando-se apenas na qualidade de estudante de pós-graduação, bolsistas em conformidade com Lei n.º 6.932 de 7 de julho de 1981, que institui a Residência Médica no país e pelas Resoluções aplicáveis da CNRM.

Art. 30 - O Médico Residente admitido terá anotado no Contrato Padrão de Residência Médica: qualidade de Médico Residente no programa/área de atuação, nome da Instituição, data de início, previsão de término da residência e valor da bolsa auxílio paga pelo hospital.

Art. 31 - Em casos de interrupção justificada do PRM, o Médico Residente deverá cumprir a carga horária necessária para completar o tempo previsto do Programa sem ônus para o hospital, sob pena de não ser emitido seu Certificado de conclusão do Programa.

Art. 32 - Fazem jus ao Certificado de Conclusão os Médicos Residentes que:

I - cumprirem carga horária integral;

II - apresentarem trabalho de conclusão, conforme definições do PRM no início do período da Residência, até o término do PRM;

III - obtiverem aprovação na Avaliação Final do treinamento e;

IV- satisfizerem as condições mínimas previstas neste Regimento Interno, consoante o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981.

CAPÍTULO IX

Da Avaliação dos Médicos Residentes

Art. 33 - Os Médicos Residentes, trimestralmente, terão avaliações com critérios teóricos, práticos e ético-disciplinares, cuja média anual inferior a 7 (sete) implica em reprovação.

§ 1º - Os critérios de avaliação e pontuação dos Médicos Residentes serão definidas por cada PRM, seguindo as diretrizes do caput deste artigo e determinações da CNRM.

§ 2º - Compete à COREME, no caso de reprovação, julgar, em reunião extraordinária, em prazo máximo de 7 (sete) dias a contar da comunicação do Supervisor do PRM, se o Médico Residente reprovado será excluído do PRM ou repetirá novamente o ano do PRM.

§ 3º - A decisão do parágrafo anterior será encaminhada às CENEMRS e CNRM.

CAPÍTULO X

Dos Direitos e Deveres dos Médicos Residentes

Art. 34 - À Médica Residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudos durante o período de 4 (quatro) meses, quando gestante, devendo, porém, o período da bolsa ser prorrogado por igual tempo para fins de cumprimento das exigências constantes do Art. 7° da Lei n.º 6932, de 7 de julho de 1981.

Art. 35 - São direitos e deveres dos Médicos Residentes:

I - o previsto na Lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, da CNRM;

II - o que consta nas Resoluções editadas pela CNRM do MEC;

III – o que estabelece o CENEMRS;

SES 3629 RUBRICA PROTOCOLO

IV – as disposições do presente Regimento Interno;

V - asseio, pontualidade, freqüência e bom desempenho no cumprimento dos planos de ensino e trabalho previstos nos PRM's;

VI - comparecer a todas as reuniões convocadas pela COREME e preceptores dos programas a que são vinculados;

VII - portar o crachá de identificação, de uso obrigatório, em local de fácil visibilidade;

VIII - entregar o Trabalho de Conclusão da Residência Médica, até a data de término do PRM;

IX - dedicar-se com zelo e senso de responsabilidade ao cuidado dos pacientes;

X - cumprir as obrigações de rotina;

XI - participar de todas as atividades previstas no regime didático-científico do PRM;

XII - levar ao conhecimento das autoridades superiores, irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas na Unidade onde estiver lotado;

XIII - completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do PRM, por qualquer causa, justificada ou não;

XIV - eleger anualmente seus representantes junto à COREME.

Art. 36 - Será assegurado ao Médico Residente:

I - bolsa auxílio, de valor mensal estipulada pela CNRM-MEC, até o término previsto para conclusão do PRM;

II - um dia de folga semanal e 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade;

III - alimentação, durante o período em que estiver atuando na unidade onde se desenvolve o PRM;
IV - dispensa de 10 (dez) dias por ano para participação em eventos científicos fora do GHC, conforme permissão do Preceptor do PRM, que deverá estabelecer:

A) número máximo de residentes que poderá ser dispensado;

B) número máximo de dispensas em um mesmo ano.

Art. 37 - É vedado ao Médico Residente:

I - ausentar-se do GHC durante o período de trabalho sem prévia autorização, por escrito, do Supervisor de seu PRM;
II - delegar a outrem responsabilidades suas previstas no PRM;

III - exercer atividade profissional remunerada dentro do GHC, a qualquer título;

IV - retirar, sem prévia anuência da Chefia competente, qualquer objeto ou documento do hospital
V - tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus superiores.

CAPÍTULO XI

Das Interrupções do Programa

Art. 38 - O Médico Residente poderá interromper o PRM nas seguintes situações:

SES
3625
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

I - licença gestação, em conformidade com o disposto na Lei n.° 6.932, de 7 de julho de 1981;

II - licença médica, concedida pelo GHC, quando necessário, por um período de até 15 (quinze) dias por ano, para tratamento de saúde, sendo assegurada ao Médico Residente o recebimento integral de sua bolsa;

III - afastamento para participações em Congressos Científicos na especialidade;

IV - afastamento para participação nas reuniões da Associação Nacional dos Médicos Residentes – ANMR – para qual o médico Residente for designado como representante oficial;

V - licenças de Gala (3 dias), Nojo (3 dias) e Paternidade (5 dias).

§ 1º - A partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por licença médica, prevista no inciso II deste artigo, o Médico Residente receberá o auxílio doença do INSS, ao qual está vinculado por força de sua condição de autônomo.
§ 2º - O afastamento que exceder o período do inciso II deste artigo, seja consecutivo ou no somatório total das licenças anuais, deverá recuperar integralmente o período perdido ao término do Programa de Residência Médica.
§ 3º - Os afastamentos dos incisos III e IV deste artigo poderão ser atendidos de acordo com as necessidades do serviço e no limite máximo de 10 (dez) dias por ano, sempre com a anuência do Supervisor e sem prejuízo para o Programa de Residência Médica.

§ 4º - O médico residente que interromper o programa sem o cumprimento da carga horária total, por motivos justificados, e aceitos pelo serviço, poderá retornar no prazo máximo de 01 (um) ano após a interrupção, desde que haja anuência do serviço, vaga e bolsa disponível. Esse reinício só poderá ocorrer no mês de fevereiro. Caso não efetue a matrícula até 31 de janeiro do ano seguinte à interrupção, será automaticamente desligado do programa de residência médica.

CAPÍTULO XI

Das Sanções Disciplinares

Art. 39 - Poderão ser aplicadas as seguintes sanções disciplinares aos Médicos Residentes, além das previstas nos demais diplomas legais referentes à Residência Médica, após terem sido apresentadas, discutidas e aprovadas na COREME:

I - advertência verbal;

II - advertência escrita;

III- suspensão;

IV- exclusão.

Art. 40 - A aplicação das penalidades, dependerá da gravidade e/ou reincidência da falta cometida, podendo não ser seguida a ordem acima.

Art. 41 - As advertências verbais, nos casos de indisciplina, insubordinação ou negligência, desde que reconhecida sua mínima gravidade, serão feitas pelo Supervisor de Programa de Residência Médica.

Art. 42 - As advertências escritas, nos casos de reincidência nas hipóteses mencionadas no artigo anterior, desde que reconhecida sua gravidade moderada serão feitas pelo Supervisor do Programa de Residência Médica e comunicadas à COREME.

SES 3676 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Art. 43 - A suspensão será aplicada ao Médico Residente nos casos de reincidência de falta já punida com advertência escrita e todas as vezes que a transgressão disciplinar se revestir de maior gravidade.

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

Art. 44 - A exclusão, nos casos em que o médico residente demonstrou ter praticado falta gravíssima, será aplicada exclusivamente pela COREME e notificações serão encaminhadas à Comissão Estadual e Nacional de Residência Médica.

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

Art. 45 - Todas as penalidades deverão ser comunicadas à COREME, num prazo de 10 (dez) dias, a fim de serem registradas na Ficha Individual do Médico Residente, bem como transcrita na Avaliação do mesmo.

Art. 46 - As transgressões disciplinares que impliquem nas sanções de suspensão e exclusão são comunicadas à COREME pelo Supervisor do Programa que providencia a instauração de processo para apurar possíveis irregularidades.

§ 1º - Iniciado o Processo o Coordenador da COREME abre prazo de 5 (cinco) dias para a defesa do Médico Residente, sendo designado em seguida, um dos Supervisores de PRM para relatar o processo.

§ 2º - O Médico Residente ficará suspenso de suas atividades do PRM, durante o transcorrer do processo até a conclusão.

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

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

§ 5º - As denúncias de transgressões aos regulamentos internos e à legislação em vigor serão analisadas pela COREME e encaminhadas Diretor Técnico para à providências cabíveis.

CAPÍTULO XII

Das Oisposições Pedagógicas

Art. 47 - O Corpo Clínico do GHC participará do ensino da Residência Médica.

Art. 48 - Os Preceptores atenderão, como os demais membros do Corpo Clínico, os pacientes que lhe forem atribuídos, juntamente com os Médicos Residentes.

Art. 49 – Os pacientes dos demais membros do Corpo Clínico poderão ser atendidos pelos Médicos Residentes em comum acordo com os Médicos Assistentes.

CAPÍTULO XIII

Das Disposições Gerais

Art. 50 - Os casos omissos serão resolvidos pela COREME e encaminhadas às CEREMRS, CNRM e Diretoria do hospital.

Art. 51 - Este Regulamento poderá ser revisto por proposta escrita da COREME à Diretoria do hospital.

SES
3621
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O presente Regimento Interno entrará em vigor nesta data, em decorrência de sua aprovação pela Diretoria, revogando-se as disposições em contrário.

4.1.1.11 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

Finalidades:

Coordenar, organizar, supervisionar e acompanhar todos os programas de residência multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz e acompanhar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos residentes em suas diversas áreas de atuação, bem como pela avaliação dos mesmos.

Composição:

a) Presidente – coordenador do Programa de Residência;

b) Vice-Presidente– um dos coordenadores de área de concentração do Programa de Residência;

c) Secretário – um dos coordenadores de área de concentração do Programa de Residência;

d) O Coordenador de Cada Área de Concentração do Programa de Residência;

e) Dois Preceptores representantes das Áreas de Concentração do Programa de Residência;

f) Dois Residentes representantes dos Residentes, sendo um R1 e um R2;

g) Um representante da diretoria do Hospital;

h) Um representante do Gestor Local de Saúde;

i) Um representante da Universidade

Cronograma de atividades:

A COREMU reunir-se-á mensalmente, podendo ser convocadas reuniões extraordinárias.

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU)

DA DEFINIÇÃO

Art 1º É o órgão do encarregado da coordenação, organização, supervisão e acompanhamento de todos os programas de residência multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz e responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas pelos residentes em suas diversas áreas de atuação, bem como pela avaliação dos mesmos.

DA CONSTITUIÇÃO DA COREMU

Art. 2°. A COREMU será composta pelos seguintes membros:

a) Presidente – coordenador do Programa de Residência;

b) Vice-Presidente– um dos coordenadores de área de concentração do Programa de Residência;

SES
3628
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

c) Secretário – um dos coordenadores de área de concentração do Programa de Residência;

d) O Coordenador de Cada Área de Concentração do Programa de Residência;

e) Dois Preceptores representantes das Áreas de Concentração do Programa de Residência;

f) Dois Residentes representantes d o s Residentes, sendo um R1 e um R2;

g) Um representante da diretoria do Hospital;

h) Um representante do Gestor Local de Saúde;

i) Um representante da Universidade

§1°. Os representantes do Hospital e da Gestão Local serão designados pelas respectivas instituições.

§ 2°. Os representantes dos Preceptores serão escolhidos por seus pares.

§ 3°. O representantes dos residentes serão oficialmente escolhidos e indicados pelos demais residentes em eleição direta e por voto secreto, a cada início de ano letivo, sendo que a indicação deverá ser feita à COREMU no início de cada ano letivo. A não indicação implicará na ausência deste representante, até que ocorram as formalidades previstas.

Art 3º- Competências do Presidente e do Vice-Presidente

São atribuições do Presidente:

a) Convocar e presidir as reuniões da COREMU;

b) Fazer cumprir o cronograma anual de reuniões ordinárias da COREMU;

c) Participar das reuniões do Conselho Diretor do Hospital;

d) Assinar atas e documentos emanados da COREMU;

e) Divulgar, previamente, a pauta das reuniões;

f) Exercer voto de minerva quando houver empate nas votações;

g) Remeter à Direção do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz relatórios periódicos sobre as atividades do curso e demais informações solicitadas;

h) Encaminhar as solicitações da COREMU aos órgãos competentes;

i) Aprovar banca examinadora dos artigos científicos.

j) Manter contatos regulares e ocasionais com os órgãos pertinentes;

k) Fazer cumprir este Regimento.

São atribuições do Vice-Presidente:

1- Substituir, automaticamente, o Presidente em suas faltas ou impedimentos;

2- Desempenhar as funções que lhe forem delegadas pelo coordenador ou determinadas pela COREMU;

3679
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3- O Vice-Presidente será substituído, em suas faltas e impedimentos eventuais, por membro da COREMU escolhido em reunião ordinária e/ou extra-ordinária.

DO MANDATO

Art 4º- Os mandatos do Presidente e Vice-Presidente, bem como dos demais membros, com exceção dos residentes, são de dois anos, contados a partir de suas posses, permitida, em cada caso, uma recondução. O residente terá mandato de um ano com possibilidade de uma recondução.

DAS COMPETÊNCIAS DA COREMU

Art. 5°. Compete à COREMU:

a) Coordenar e avaliar a execução do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz;

b) Definir diretrizes, elaborar editais e acompanhar o processo seletivo de candidatos;

c) Acompanhar o desenvolvimento das atividades e propor modificações necessárias para o adequado andamento do Programa de Residência Multidisciplinar - Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz;

d) Apreciar as normas para avaliação de desempenho dos residentes;

e) Solicitar bimestralmente aos tutores e preceptores o resultado da avaliação individual dos residentes sob sua responsabilidade;

f) Solicitar aos docentes o resultado da avaliação individual dos residentes ao término da disciplina;

g) Apreciar os pedidos de licença para afastamento dos residentes;

h) Elaborar o calendário de atividades anuais do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz;

i) Responsabilizar-se por toda comunicação entre e tramitação de processos junto à CNRMS;

j) Estabelecer o período de férias anuais dos residentes, em comum acordo com os serviços nos quais os estágios práticos serão realizados;

k) Elaborar e aprovar o edital de seleção para ingresso no programa;

l) Referendar a grade curricular e as ementas das disciplinas;

m) Decidir sobre questões de matrícula, avaliação de desempenho e infração disciplinar;

n) Indicar os nomes para composição das Comissões Examinadoras de trabalho de conclusão de curso e de artigos científicos, bem como aprovar nome dos professores orientadores;

o) Criar mecanismos que assegurem aos alunos efetiva orientação acadêmica;

p) Tomar ciência e providências em relação às resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS);

q) Zelar pela adequação do residente à estrutura de funcionamento do Hospital de Urgêncisa de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz e pelo bom relacionamento com a administração do hospital, exercendo o

SES
3630
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

papel mediador sempre que necessário;

r) Avaliar e tomar providências cabíveis em relação a eventuais faltas cometidas por residentes, tutores ou preceptores e que comprometam o bom funcionamento do programa;

s) Discutir temas e documentos relacionados ao programa;

t) Elaborar relatório anual;

u) Cumprir, fazer cumprir e divulgar o Regimento Interno do Programa de Resedência Multiprofissional - Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz;

v) Nomear uma comissão de seleção de residentes que se responsabilizará por todas as etapas da seleção dos residentes.

x) Propor a criação e extinção de áreas de concentração e de vagas de residência à CNRMS;

y) Analisar e julgar dos recursos contra a avaliação final do residente;

z) Resolver os casos omissos.

DO FUNCIONAMENTO DA COREMU

Art 6º- A COREMU reunir-se-á mensalmente, devendo:

a) Definir o calendário anual das reuniões ordinárias;

b) Deliberar ações que deverão ser aprovadas pela metade mais um dos seus membros;

c) Transcrever e disponibilizar em ata a pauta das reuniões;

d) Manter fichário individual dos residentes, por meio de sua secretaria, deixando consignado o período de afastamentos, faltas disciplinares, desempenho nas avaliações e demais ocorrências relativas à sua permanência no programa de residência;

§ 1º. As reuniões ordinárias e extraordinárias da COREMU serão convocadas previamente por seu Presidente, que tem a função de elaborar a pauta a ser abordada em cada reunião.

§ 2º. O prazo mínimo para a convocação será de setenta e duas horas (3 dias úteis). Cada membro deverá encaminhar ao presidente os temas que queira acrescentar à pauta das reuniões, até uma semana antes da data prevista para a reunião. Tema urgentes serão acrescidos à pauta pelo Presidente no decorrer das reuniões.

§ 3º O membro da COREMU que faltar a 3 (três) reuniões consecutivas, sem representação ou sem justificativa de ausência, perderá o direito de voto, somente readquirindo caso esteja presente em 3 (três) reuniões consecutivas posteriores;

Art. 7º. Para reuniões deliberativas, o quorum mínimo de presença será de maioria absoluta de seus membros.

§ 1º. Na situação de presença de mais de trinta e menos de cinqüenta por cento de seus membros, será realizada reunião informativa, ficando a parte deliberativa, caso exista, adiada para outra reunião.

§ 2º. Não haverá reunião caso estejam presentes menos de trinta por cento dos membros da COREMU.

3631
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Art 8º Cabe à COREMU, em última instância, deliberar sobre fatos omissos e fazer o encaminhamento pertinente.

4.1.1.12 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

FINALIDADES

A Comissão de Gerenciamento de Risco – CGR é de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital.

A Comissão de Gerenciamento de Risco visa a busca da qualidade total e o compromisso sócio-ambiental da instituição pela minimização e eliminação de todo e qualquer impacto negativo aos clientes/pacientes, empregados e patromônio. Para alcançar este objetivo, esta Comissão investigará e monitorizará os riscos, incluindo os de processos, como ocorrem e quais os erros ou problemas que podem surgir, e anotará, também, as não conformidades na assistência à saúde. Assim, podera propor soluções antes que eventos aconteçam, melhorando os resultados da assistência, propiciando um ambiente mais seguro para se trabalhar e para estar internado, e também, reduzindo perdas materiais.

Esta comissão será formada por uma equipe multiprofissional que realizará inspeções técnicas programadas nos setores da instituição, administrativos e assistenciais, sendo uma visita por semana. Durante a inspeção será utilizado um roteiro específico (baseado no roteiro visita ANVISA), e junto com o gestor da unidade será traçado uma estratégia para corrigir as não conformidades, estimular a notificação e prevenir eventos sentinelas (queda, úlcera pressão, flebite). Após cada inspeção, será elaborado um relatório com as não conformidades encontradas e com as sugestões já discutidas no momento da inspeção.

COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Riscos deve ser composta membro efetivo e membros consultivos, sendo multiprofissional. Seu quadro efetivo deve ser composto de uma gerente de risco, farmacêutica ou enfermeira, sendo responsável por toda a operacionalização das ações da Comissão de Riscos. O Gerente de Risco é definido como um gerente de informação para o Hospital, devendo articular as diversas áreas de apoio à assistência (Farmácia,, Serviço de Hemoterapia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar- CCIH, e outras), prevenindo eventos adversos advindos do uso de produtos de saúde, com ganho de qualidade e segurança para procedimentos e terapias.

O grupo consultivo deve ser formado pelas sub-comissões de : farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância.

MISSÃO:

A Comissão de Riscos tem por missão: realizar identificação, análise, avaliação, tratamento e monitoramento contínuo de riscos sanitários, visando criar mecanismos corporativos para minimizar ameaças à vida, e maximizar as oportunidades de incremento da segurança, cooperando assim para o aumento da qualidade da assistência, ensino e extensão praticados no hospital.

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

SES
3639
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

As reuniões da CGR, serão realizadas, ordinariamente, pelo menos uma vez por mês e sempre que se fizerem necessárias avaliações.

MODELO SUGERIDO PARA REGIMENTO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCO – CGR

I. NOME:

COMISSÃO OE GERENCIAMENTO DE RISCO – CGR

II. FINALIDAOE:

É de natureza investigativa e técnico-científica e tem por finalidade assessorar a Direção do Hospital na formulação de políticas nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância, hemovigilância, controle de infecção hospitalar, resíduos e saneantes, saúde ocupacional e para riscos relacionados aos processos, além de auxiliar na disseminação de conceitos de Gerenciamento de Risco para o corpo técnico do hospital.

III. COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Riscos deve ser composta por um quadro efetivo e membros consultivos, sendo multiprofissional.
Seu quadro efetivo deve ser composto de uma gerente de risco, farmacêutica ou enfermeira, sendo responsável por toda a operacionalização das ações da Comissão de Riscos.

O grupo consultivo deve ser formado pelas sub-comissões de : farmacovigilância, tecnovigilância, hemovigilância.

IV. MANDATO:

O presidente da comissão é o Gerente de Risco, sendo que as sub-comissões são formadas por representantes da CCIH, CIPA, Comissão de Hemoterapia, Comissão de Farmácia e Terapêutica, Comissão de Padronização de Materias, Medicamentos e Equipamentos e outras.

O mandato do presidente da Comissão é efetivo, sendo os representantes das subcomissões renováveis conforme definição da Diretoria.

V - COMPETÊNCAIS:

Compete à função de Gerente de Risco Sanitário Hospitalar:

- Desenvolver e estimular ações de Vigilância Sanitária Hospitalar, com conhecimento para auxiliar a seleção, o planejamento e a gerência dos produtos para saúde;

- Auxiliar a identificar, investigar e enviar as notificações de eventos, incidentes, reações adversas, ou queixa técnicas associados aos medicamentos, sangue e hemoderivados, equipamentos e artigos de uso médico, reagentes para diagnóstico de uso in vitro e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar com suspeita de envolvimento de produtos para a saúde à Anvisa;

- Coordenar as ações requeridas em Tecnovigilância, Farmacovigilância e Hemovigilância e Vigilância de Saneantes de Uso Hospitalar;

- Participar da formação, disseminação dos conhecimentos e atualização de recursos humanos em Tecnovigilância, Farmacovigilância, Hemovigilância e materiais para desinfecção e esterilização em ambiente hospitalar;

- Coordenar a elaboração e implantação de Planos de Melhoria

SES
3633
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Compete à sub-comissão de Farmacovigilância:

Realizar atividade destinadas a identificar, quantificar e informar os efeitos indesejáveis decorrentes do uso agudo e crônico dos medicamentos, sobretudo as reações adversas previamente desconhecidas, identificando seus riscos, tomando medidas reguladoras a respeito e informando aos profissionais de saúde do hospital, fornecedores, à VISA e Anvisa sobre estas questões.

Compete à sub-comissão de Tecnovigilância:

Identificar, analisar e prevenir eventos adversos relacionados ao uso de equipamentos, saneantes, produtos para saúde e kits laboratoriais durante a prática clínica.

Compete à sub-comissão de Hemovigilância:

Realizar coleta de notificações, avaliação e encaminhamento de informações à Anvisa, com o objetivo de contribuir para a compreensão do problema dos efeitos indesejáveis ou inesperados da utilização de hemocomponentes, bem como cooperar para a prevenção do aparecimento ou recorrência desses efeitos. Essa sub-comissão é responsável, em parceria com o Comissão de Hemoterapia, por monitorar a utilização dos hemocomponentes, as reações e controlar desperdícios destes, bem como elaborar protocolos de utilização.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada no hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

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

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CGR, em conjunto com o diretor da instituição.

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

O Regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação do mesmo.

4.1.1.13 COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

Finalidade:

Apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos do serviço, observadas suas características, no âmbito hospitalar, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública.

3634
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Membros componentes:

- Diretor Técnico;
- 1 Enfermeiro;
- Diretor Administrativo;
- Coordenador de Manutenção;
- Coordenador de Serviço de Limpeza;
- Coordenador de Serviço de Laboratório;
- Coordenador do Serviço de Diagnóstico por Imagem;
- Coordenador do Serviço Nutrição;
- Coordenador do Serviço de Farmácia;
- Coordenador do Serviço de Hotelaria;
- Chefe da CCIH;
- Chefe de Segurança do Trabalho.

Objetivos no 1º. Ano:

- Elaborar e implantar o PGRSS de acordo com a RDC 33 de 25/03/03.

Freqüência das reuniões:

- Semanal até a conclusão do projeto e depois, mensal para a implantação e acompanhamento.

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

PRDPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO DE ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃD DD PLANO DE GERENCIAMENTD DE RESÍDUOS

DA FINALIDADE

Apontar e descrever as ações relativas ao manejo dos resíduos do serviço, observadas suas características, no âmbito hospitalar, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública.

DA COMPOSIÇÃO E DAS COMPETÊNCIAS

SES 3635 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Art. 1º - A Comissão de Elaboração e Implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos , é um órgão colegiado de caráter deliberativo, assessor da Direção, instituído com a finalidade de organizar as regras de manipulação, gerenciamento, orientação, armazenamento, recolhimento, bem como de transporte dos resíduos gerados no Hospital.

Art. 2º - A Comissão será composta por membros nomeados pelo Diretor.

Art. 3o - Compete à Comissão :

a) normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

b) coordenar a elaboração do plano de gerenciamento de resíduos da instituição adequando-o às formas da lei específica;

c) coordenar a elaboração e implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;

d) orientar a comunidade hospitalar no que tange a manipulação de resíduos;

e) em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e avaliar se a causa foi desinformação ou negligência;

f) divulgar a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.

g) representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com anuência da presidência da comissão de forma acordada com a Direção;

h) estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;

i) estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços e Saúde – PGRSS.

j) instituir Grupos de Trabalho;

k) avaliar e deliberar acerca das recomendações expedidas pelos Grupos de Trabalho.

Art. 4o - Ao Presidente da Comissão de Resíduos compete:

a) presidir as reuniões, coordenar os debates, tomar votos e votar;

b) emitir votos de qualidade, nos casos de empate;

c) convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;

d) cumprir e fazer cumprir este regimento.

Parágrafo único – O Presidente da Comissão poderá ser substituído ou mediante solicitação encaminhada pelos membros da Comissão contendo indicação do substituto.

Art. 5o - Compete aos membros da Comissão:

a) participar das reuniões, debatendo e votando as matérias em exame;

b) encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão;

c) requisitar à Presidência da Comissão de Resíduos e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

d) cumprir e fazer cumprir este Regimento.

DAS REUNIÕES E DELIBERAÇÕES

Art. 6o - As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão mensalmente, em dia, hora e local designados com antecedência mínima de 4 (quatro) dias úteis.

§ 1o - Cada membro da Comissão deverá ser convocado, sendo que a pauta deverá ser divulgada aos mesmos, com antecedência mínima de 4 dias úteis.

§ 2o - Caso a reunião ordinária não seja convocada pelo Presidente da Comissão, qualquer membro poderá fazê-lo.

Art. 7o - As reuniões ordinárias poderão ser complementadas com reuniões extraordinárias, podendo estas ocorrerem a qualquer tempo, por convocação do Presidente da Comissão ou de 1/3 (um terço) de seus membros.

§ 1o - Para a convocação de que trata este artigo, é imprescindível a apresentação de comunicado, acompanhado de justificativa.

Art. 8o - As deliberações da Comissão deverão ser tomadas com "quorum" mínimo de maioria simples dos presentes, cabendo ao Presidente o voto de qualidade, para pautas previamente especificadas.

§ 1º - Para a deliberação de pautas previamente especificadas, não estando presentes o "quorum" mínimo, a votação iniciará 15 minutos após o horário designado para a reunião.

§ 2º - Para assuntos gerais, a reunião será instalada com qualquer "quorum".

§3o - As decisões normativas terão a forma de resolução numeradas de forma seqüencial e divulgadas em veículo de circulação interna.

§ 4o - É obrigatória a confecção de atas das reuniões, devendo as mesmas serem arquivadas para efeito de consulta.

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Art.9 - Dadas as especificidades e urgências dos assuntos em pauta, poderão ser criados Grupos de Trabalhos específicos, visando ao aprofundamento e encaminhamento de propostas à Comissão.

Art.10 - Os Grupos de Trabalho terão agenda própria, preservadas as datas das reuniões regulares da comissão.

Art.11 - Os Grupos de Trabalho deverão eleger, entre seus membros, um Coordenador.

Art.12 - Os Grupos de Trabalho deverão apresentar, semestralmente, um relatório de suas atividades, para que a Comissão avalie o andamento dos trabalhos.

Art.13 - As decisões dos grupos não poderão ser aplicadas sem homologação da maioria dos membros da Comissão em reunião ordinária.

363
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Art.14 - Os grupos poderão, a seu critério, convidar pessoas que possam colaborar para otimizar os trabalhos internos.

Parágrafo Único - Será permitida a participação dos colaboradores, a título de convidados, com direito a voz, e sem direito a voto.

Art. 15 - Os grupos de trabalho poderão ter no máximo 04 (quatro) membros da comissão, sendo que estes deverão solicitar sua inclusão em um dos grupos.

Art.16 - Os trabalhos dos grupos terão sua duração fixada pela Comissão, a qual poderá, ainda, determinar a alteração da composição dos mesmos, conforme sua conveniência.

Art. 17 - Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão, automaticamente excluídos da Comissão.

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art.19 - Considerando a necessidade de desenvolvimento imediato do PGRSS, ficam indicados os seguintes Grupos de Trabalho:

- GT - Infectantes;
- GT - Químicos;
- GT - Radioativo;
- GT - Comuns;
- GT - Recicláveis

Art. 20 - Os casos omissos e as dúvidas suscitadas quando à aplicação deste Regimento Interno serão dirimidas pela Comissão de Resíduos reunidos com a maioria simples de seus membros.

Art. 21 - A presente resolução em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

4.1.1.14 COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES- CIPA

FINALIDADE

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA – tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

A CIPA deverá abordar as relações entre o homem e o trabalho, objetivando a constante melhoria das condições de trabalho para prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

MEMBROS

A CIPA será composta de representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5

CRONOGRAMA DE REUNIÕES

3638
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Todos os membros da CIPA devem reunir-se uma vez por mês, obedecendo a um calendário anual, pré-estabelecido em comum acordo na primeira reunião.

PROPOSTA DE REGIMENTO DA COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

I - DO OBJETIVO

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

II- DA CONSTITUIÇÃO

Art. 2º A CIPA será composta de representantes da administração do hospital e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da NR 5, respeitando o dimensionamento paritário.

Art. 3º Os representantes da Administração do Hospital, titulares e suplentes, serão por eles designados.

Art. 4º As disposições contidas neste Regulamento aplicam-se, no que couber, aos trabalhadores avulsos.

DO MANDATO

Art. 5º O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 6º É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da CIPA desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 7º Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na instituição sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 8º A Direção do Hospital deverá garantir que seus indicados tenham a representação necessária para a discussão e encaminhamento das soluções de questões de segurança e saúde no trabalho analisadas na CIPA.

Art. 9º A Direção do Hospital designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 10º Os membros da CIPA, eleitos e designados serão, empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 11º Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância da Direção.

Art.12º Empossados os membros da CIPA, a Direção deverá protocolizar, em até dez dias, na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho, cópias das atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias.

Art. 13º Protocolizada na unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, a CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada antes do término do mandato

3639
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 14º A CIPA terá por atribuição:

a) identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do SESMT;

b) elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

c) participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

d) realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

e) realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

f) divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

g) participar, com o SESMT, das discussões promovidas pea Direção, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

h) requerer ao SESMT ou à Direção, a paralisação do setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

i) colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSD e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

j) divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

k) participar, em conjunto com o SESMT, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

l) requisitar à Direção e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

m) requisitar as cópias das CAT emitidas;

n) promover, anualmente, em conjunto com o SESMT, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;

o) participar, anualmente, de Campanhas de Prevenção da AIDS.

Art. 15º Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

3640
RUBRICA
PROTOCOLO

Art. 16º Cabe aos empregados:

a) participar da eleição de seus representantes;

b) colaborar com a gestão da CIPA;

c) indicar à CIPA, ao SESMT e à Direção situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho;

d) observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 17º Cabe ao Presidente da CIPA:

a) convocar os membros para as reuniões da CIPA;

b) coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando à Direção e ao SESMT, quando houver, as decisões da comissão;

c) manter a Direção informada das atividades;

e) delegar atribuições ao Vice-Presidente;

Art. 18º Cabe ao Vice-Presidente:

a) executar atribuições que lhe forem delegadas;

b) substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 19º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

a) cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;

b) coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;

c) delegar atribuições aos membros da CIPA;

d) promover o relacionamento da CIPA com o SESMT;

e) divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;

f) encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;

g) constituir a comissão eleitoral.

Art. 20º O Secretário da CIPA terá por atribuição:

a) acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

b) preparar as correspondências; e

SES
369
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

c) outras que lhe forem conferidas.

DO FUNCIONAMENTO

Art. 21º A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 22º As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal e em local apropriado.

Art. 23º As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 24º As atas ficarão no estabelecimento à disposição dos Agentes da Inspeção do Trabalho - AIT.

Art. 25º Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

a) houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;

b) ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;

c) houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 26º As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Art. 27º Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 28º O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 29º A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida à ordem de colocação decrescente registrada na ata de eleição, devendo o empregador comunicar à unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego as alterações e justificar os motivos.

Art. 30º No caso de afastamento definitivo do presidente, a Direção indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 31º No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

DO TREINAMENTO

Art. 32º A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art.33º O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 34º O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

a) estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;

3692
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

b) metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;

c) noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;

d) noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;

e) noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;

f) princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;

g) organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 35º O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias e será realizado durante o expediente normal da empresa.

Art. 36º O treinamento poderá ser ministrado pelo SESMT da empresa, entidade patronal, entidade de trabalhadores ou por profissional que possua conhecimentos sobre os temas ministrados.

Art. 37º A CIPA será ouvida sobre o treinamento a ser realizado, inclusive quanto à entidade ou profissional que o ministrará, constando sua manifestação em ata, cabendo à empresa escolher a entidade ou profissional que ministrará o treinamento.)

Art. 38º Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, determinará a complementação ou a realização de outro, que será efetuado no prazo máximo de trinta dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 39º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso. (205.040-4/ I4)

Art. 40º O processo eleitoral observará as seguintes condições:

a) publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

b) inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;

c) liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;

d) garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;

e) realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;

f) realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.

g) voto secreto;

SES 364 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

h) apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;)

i) faculdade de eleição por meios eletrônicos;

j) guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 41º Havendo participação inferior a cinqüenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação, que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 42º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 43º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este Regimento poderá ser aprimorado nos termos da NR 5.

4.1.1.15 OUTRAS COMISSÕES

1. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, no âmbito de suas atribuições na Parceria, implantará esta instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que terá por finalidade selecionar medicamentos que serão utilizados. Deverá ser constituída com a finalidade de elaborar e/ou atualizar a Relação de Medicamentos e o Formulário Terapêutico, além de realizar ações de promoção do uso racional de medicamentos.

FUNÇÕES DA CFT

A CFT, além da atividade de seleção de medicamentos e da elaboração do Formulário Terapêutico, deverá atuar de forma permanente em diversas atividades, tais como:

a) Assessoramento técnico:

- Atuar como órgão de apoio técnico e de assessoramento da Coordenação Local, em todos os assuntos afeitos aos medicamentos;

- Definir critérios para o uso de medicamentos e produtos afins;

- Elaborar normas para prescrição e dispensação, bem como especificidades sobre medicamentos novos e de uso restrito, que não integram a Relação de Medicamentos, visando disciplinar e harmonizar condutas terapêuticas, para racionalizar o uso destes medicamentos;

- Elaborar e incentivar a adoção de Protocolos e de Diretrizes Terapêuticas;

- Avaliar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos da Relação de Medicamentos.

b) Investigação:

3648
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Fomentar a investigação sobre a utilização de medicamentos e utilizar os resultados como insumos para o desenvolvimento de outras funções;

- Contribuir com as ações de farmacovigilância;

- Promover estudos de utilização de medicamentos (consumo, perfil de utilização, reações adversas, impacto econômico, entre outros).

c) Ações educativas:

- Fomentar e participar de atividades da educação continuada das Equipes SF sobre uso racional de medicamentos;

- Desenvolver e apoiar ações que visem à promoção do uso racional de medicamentos;

- Elaborar e divulgar informações sobre os medicamentos (problemas no uso de medicamentos, perguntas e respostas sobre medicamentos, revisão bibliográfica de artigos, estudos estatísticos, dados sobre consumos e estudos clínicos), para profissionais da saúde e usuários, por meio da Internet, boletins eletrônicos e/ou outros meios.

Membros componentes

- 1 Farmacêutico;

- 1 Medico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

- 1 Enfermeiro;

- 1 Fisioterapeuta;

- 1 Médico cirurgião;

- 1 Médico Pediatra;

- 1 Representante da administração (consultor).

Objetivos no 1º. Ano:

- Selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados, além de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos e outros métodos terapêuticos.

Freqüência das reuniões:

- Semanal, até a elaboração da grade de medicamentos e instrumentalizar a tomada de decisões mais uniformes e segundo diretrizes estabelecidas. Em seguida, mensal.

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento

- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

2. COMISSÃO DE PESQUISA

SES
3645
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Conteúdo

- Tem função deliberativa, normativa, consultiva e educativa, nos limites de suas atribuições, com relação à dimensão ética dos projetos de pesquisa que lhe forem encaminhados.

Membros componentes:

- 1 médico
- 1 enfermeiro
- 1 fisioterapeuta
- 1 assistente social
- 1 advogado
- 1 representante do controle social segmento usuários

Objetivos no 1º. Ano:

- Criação e implementação do comitê seguindo a resolução 196/96 do CONEP.

Freqüência das reuniões:

- Semanal, até a criação e implantação do comitê.
- Mensal para avaliação dos projetos de pesquisa

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

3. GRUPO DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO

Conteúdo

- Intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos.

Membros componentes

- Diretor técnico
- 1 assistente social
- 1 enfermeiro
- 1 agente de portaria

SES
3646
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 agente de segurança
- 1 auxiliar de enfermagem
- 1 representante dos usuários

Objetivos no 1º. Ano:

- Oiscussão dos serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários;
- Capacitar todos os funcionários no tocante à humanização no atendimento do usuário e na relação interprofissional, seguindo a política de humanização do hospital baseada no MS.

Freqüência das reuniões:

- Mensal

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

4. COMISSÃO OE ACOLHIMENTO

Conteúdo

O Acolhimento é o dispositivo que opera concretamente os princípios da Política de Humanização, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS, implantando um acolhimento responsável e resolutivo, baseado em critérios de Classificação de Risco.

Membros componentes:

- Diretor técnico
- 1 assistente social
- 1 enfermeiro
- 1 agente de portaria
- 1 agente de segurança
- 1 auxiliar de enfermagem
- 1 representante dos usuários

Objetivos no 1º. Ano:

- Reduzir risco e o tempo de atendimento médico e de enfermagem fazendo com que o paciente seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;

SES
3601
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Determinar área de atendimento inicial;
- Refletir sobre a organização do processo de trabalho e o trabalho em equipe;
- Promover a apropriação das tecnologias de classificação de risco;
- Elaborar propostas para a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços e a construção de redes que garantam a continuidade do cuidado em saúde;
- Envolver as equipes e gerentes dos serviços no processo de reflexão crítica sobre as práticas;
- Facilitar a implementação do acolhimento com classificação de risco nos serviços de saúde;
- Implementar o Acolhimento de acordo com a cartPedro II do PNHAH do Ministério da Saúde.

Freqüência das reuniões:

- Semanal até a elaboração do plano de acolhimento e classificação de risco de acordo com a cartPedro II do Ministério da Saúde. Em seguida, mensal.

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

Conteúdo

- Assegurar o desenvolvimento do Programa de Qualidade e medir suas atividades.

- Comunicar regularmente à Direção Geral e aos Diretores / Coordenadores de todo o hospital o nível de satisfação dos clientes internos e externos;

- Acompanhar a implantação das melhorias da qualidade por meio de visitas aos vários setores do hospital;

- Pesquisa sistemática do grau de satisfação dos clientes internos e externos;

- Viabilização de canais de comunicação com os clientes para avaliação do grau de satisfação com os serviços do hospital;

- Elaborar e divulgar relatórios;

- Notificar aos responsáveis por cada serviço os problemas identificados nas áreas de trabalho, atuando de forma cooperativa com a implementação das ações corretivas no Hospital.

Membros componentes:

- Direção Geral
- Ouvidor
- 1 Médico
- 1 Enfermeiro

SES
3649
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Departamento de Manutenção e Obras
- Direção Administrativa
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Objetivos no 1º. Ano:

- Traçar políticas e objetivos para o Programa da Qualidade
- Planejar e deliberar sobre prioridades relacionadas às frentes de trabalho do Programa. Efetuar a análise crítica das informações; relativas à qualidade, providas pelo hospital aos seus clientes, de forma sistemática;
- Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação das normas e rotinas técnico - administrativas, visando a aplicação dos Princípios Básicos do Programa da Qualidade [satisfação do cliente, envolvimento de todos os colaboradores, gestão participativa, gerência de processos de trabalho, valorização do servidor, constância de propósitos, melhoria contínua, ação pró-ativa (preventiva) para evitar falhas;
- Cooperar com o treinamento, capacitando adequadamente o quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito aos Princípios da Qualidade.

Freqüência das reuniões:

- Semanal até a elaboração do programa e depois quinzenal no primeiro ano. A partir daí, mensal.

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

S. COMISSÃO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE- NÚCLEO DE ESTATÍSTICA

CONTEÚDO

- A Vigilância em Saúde, em uma concepção que a define como um modelo de atenção, é caracterizada como um conjunto articulado de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual quanto a coletiva dos problemas de saúde. As ações específicas de vigilância epidemiológica e vigilância ambiental fazem parte da vigilância em saúde, ao lado das ações coletivas e as ações de caráter individual, organizadas sob a forma de consultas e procedimentos.

O monitoramento pode ser entendido como o acompanhamento contínuo das atividades, de forma a avaliar se as mesmas estão sendo desenvolvidas conforme planejado. Por sua vez, analisar continuamente indicadores de morbidade e mortalidade permite detectar alterações que expressam modificações nas condições de saúde da comunidade, a identificação de suas causas e a caracterização de seus efeitos. O monitoramento e avaliação permitem a reprogramação para o aprimoramento das ações executadas.

Os Sistemas de Informações de Saúde desempenham papel relevante para a Vigilância em Saúde, pois subsidiam o planejamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e a tomada de decisões.

Assim, o Núcleo de Vigilância à Saúde, responsável pelos processos de acompanhamento, monitoramento e avaliação devem ser instituídos como re-orientadores das práticas de saúde.

SES
3649
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O monitoramento deve contemplar a notificação de doenças e agravos; investigação epidemiológica; diagnóstico laboratorial de agravos de saúde pública; vigilância ambiental; vigilância de doenças transmitidas por vetores e antropozoonoses; controle de doenças; monitorização de agravos de relevância epidemiológica; divulgação de informações epidemiológicas.

A equipe do Núcleo de Vigilância à Saúde deve monitorar os resultados dos indicadores de saúde, de acesso e de qualidade, contribuindo para o planejamento das ações.

Membros componentes

O Grupo Vigilância à Saúde deverá ser composto pelo Diretor Médico, Gerência de Enfermagem e mais 1 representantes de cada categoria profissional, garantido a participação de todas as categorias e 1 Epidemiologista

OBJETIVOS

- Institucionalizar o processo permanente de monitoramento e avaliação, utilizando metodologias e instrumentos;
- Analisar dados de saúde, gerando informações úteis para o planejamento e avaliação das ações;
- Planejar ações de controle de agravos;
- Nortear a organização do processo de trabalho, na perspectiva da vigilância da saúde.
- Subsidiar o debate permanente e o planejamento das ações;
- Participar da construção do painel de monitoramento;
- Propiciar transparência na avaliação e divulgação da informação;
- Apresentar, mensalmente, análise referente ao período, garantindo o processo de discussão entre as várias áreas técnicas com a socialização das informações específicas de cada área.

Objetivos do 1º ano:

- Instituição do Núcleo, elaboração do cronograma de encontros, construção do Painel de Monitoramento, sistematização de relatorios gerenciais.

Freqüência das reuniões:

- Mensais para execução das atividades

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento
- Todas as reuniões devem ser registradas em Ata.

6. CONSELHO GESTOR

Conteúdo

SES
3650
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Expor as necessidades, tecer metas e acompanhar a sua implantação conforme definido nas assembléias.

Membros componentes

- Oiretor Geral e Suplente;
- Diretor Técnico e Suplente;
- 2 Representantes dos Funcionários e 2 Suplentes;
- 2 Representantes dos Usuários e 2 Suplentes.

Objetivos no 1º. Ano:

- Aumentar o grau de satisfação dos clientes externos e internos mediante a atenta observação dos processos de prestação de serviços.
- Supervisionar a prestação de serviços.

Freqüência das reuniões:

- Ordinárias Mensais. Extraordinárias de acordo com a necessidade

Controle pela Direção Médica:

- Participação, supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata.

7. COMISSÃO OE PROTOCOLOS

Conteúdo

- O contexto das políticas de contenção de custos e de avaliação da assistência conduziu para definir enfoques disciplinares relacionados entre si: Sistema de Custos, Padronização Diagnóstica e Terapêutica (protocolos) e Avaliação Tecnológica.

Os gestores de protocolos das unidades funcionais são investidos no papel de consultores técnicos, que têm um papel fundamental, não só na construção dos protocolos, nos seus conteúdos, como também nos elementos envolvidos. A importância dos protocolos é que as partes envolvidas sintam-se, efetivamente, comprometidas com os acordos alcançados. Assim, elaborado o protocolo, se faz um acordo entre as partes (corpo clínico, assistência farmacêutica, SADT, Laboratório, Nutrição) que assumem como instrumento de relação.

Membros componentes:

- Gestores de protocolos de cada Unidade Funcional de produção, sob a coordenação da Oiretoria de Processos Médicos.

Objetivos no 1º. Ano:

SES
3652
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Elaboração/implantação de protocolos

Freqüência das reuniões:

- Semanal até conclusão e implantação dos protocolos, mensal para avaliação do processo.

Controle pela Direção Médica:

- Supervisão e acompanhamento
- As discussões e encaminhamentos deverão ser registrados em Ata

8. COMISSÃO INTRA-HDSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDDTT)

O Brasil possui hoje um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. Com 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizados a realizar transplantes, o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes.

A política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos está fundamentada na Legislação (Lei nº 9.434/1997 e Lei nº 10.211/2001), tendo como diretrizes a gratuidade da doação, a beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos. Estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula toda a rede assistencial através de autorizações e reautorizações de funcionamento de equipes e instituições. Toda a política de transplante está em sintonia com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que regem o funcionamento do SUS.

Objetivos: Seguir as Portarias do MS (Portaria nº 3.407/GM, de 5 de agosto de 1998, Decreto nº 2.268, de 30 de junho de 1997; Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001; Portaria nº 2.381/GM, de 29 de setembro de 2004; Portaria nº 297, de 02 de maio de 2006) sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes, vinculando diretamente à diretoria médica da instituição.

Composição: (1) um médico e (1) um enfermeiro designados como responsáveis CIHDOTT.

Conteúdo:

Detectar possíveis doadores de órgãos e tecidos na unidade de saúde;

Viabilizar o diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM sobre o tema;

Criar rotinas para oferecer aos familiares de usuários falecidos na unidade de saúde a possibilidade da doação de córneas e outros tecidos;

Articular-se com a SES, para organizar o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

Responsabilizar-se pela educação continuada dos funcionários da instituição sobre os aspectos de doação e transplantes de órgãos e tecidos;

Articular-se com todas as unidades de recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;

SES
3652
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Capacitar, em conjunto com a Central de Notificação e Distribuição de Órgãos e Sistema Nacional de Transplantes, os funcionários do estabelecimento hospitalar para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos;

Coordenar o procedimento de explante e implante conforme protocolo;

Providenciar autorização para doação de órgãos;

Prestar apoio psicológico aos familiares do Doador e Receptor de órgãos;

Fornecer à Equipe de Retirada de Órgãos as informações necessárias para realização do procedimento. Quando em descarte ou desistência de manutenção, passar estas informações a CIHDOTT;

A CIHDOTT deve tomar ciência e promover o registro de todos os casos de possíveis doadores de órgãos e tecidos com diagnóstico de morte encefálica e/ou de coração parado.

Frequência das Reuniões: A Comissão estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias, reunindo-se de forma extraordinária quando solicitada.

Coordenação e Controle: Convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão. As reuniões da Comissão serão registradas em atas resumidas e arquivadas. Os assuntos tratados pela Comissão serão guardados em sigilo ético por todos os membros.

4.1.2 ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA.

O Serviço de Farmácia Hospitalar será organizado de acordo com as normas da SVS/MS, entre elas a portaria 344/98 que dispõe sobre medicamentos de controle especial, a portaria 6/99 que dispõe sobre a escrituração da farmácia e a RDC-50 que estabelece o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A grade de medicamentos será elaborada de acordo com a Padronização de Medicamentos e Soluções Químicas para a Rede Estadual.

A Farmácia Hospitalar é um órgão de abrangência assistencial, técnico-científica e administrativa, onde se desenvolvem atividades ligadas à produção, armazenamento, controle, dispensação e distribuição de medicamentos e correlatos.

É igualmente responsável pela orientação de pacientes internos e ambulatoriais, visando sempre a eficácia da terapêutica, além da redução dos custos, voltando-se também para o ensino e a pesquisa, propiciando assim um vasto campo de aprimoramento profissional.

Um Serviço de Farmácia em um hospital é o apoio clínico integrado, funcional e hierarquicamente, em um grupo de serviços que dependem diretamente da Direção Central e estão em constante e estreita relação com sua administração.

A principal razão de ser da Farmácia é servir ao paciente, objetivando dispensar medicações seguras e oportunas. Sua missão compreende tudo o que se refere ao medicamento, desde sua seleção até sua dispensação, velando a todo momento por sua adequada utilização no plano assistencial, econômico, investigativo e docente. O farmacêutico tem, portanto, uma importante função clínica, administrativa e de consulta.

SES
3653
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O Serviço de farmácia é o componente sistêmico da organização hospitalar onde é desenvolvida a **assistência farmacêutica**, que possui dois componentes básicos: o administrativo e o clínico.

ATIVIDADES FINS:

- Fornecer medicamentos aos pacientes internados e ambulatoriais;
- Contribuir para a cura ou prevenção das doenças através da utilização de medicamentos;

ATIVIDADES INTERMEDIÁRIAS:

- Encaminhar a compra de medicamentos;
- Promover a estocagem de medicamentos em condições adequadas;
- Promover a manipulação de medicamentos;
- Registrar a movimentação do estoque;
- Controlar a qualidade;
- Controlar medicamentos entorpecentes e psicotrópicos, de acordo com a lei;
- Atuar nas Comissões hospitalares (padronização de medicamentos, controle de infecção hospitalar, comissão de risco);
- Informar sobre medicamentos;
- Orientar os pacientes.

ATIVIDADES GERAIS:

- Manter a limpeza da área;
- Emitir relatórios técnicos e administrativos;
- Controlar férias e freqüência

O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS:

- Conhecimento da dinâmica da demanda;
- Aquisição de medicamentos e matérias primas, produção e transformação de medicamentos
- Seqüência logística da administração, controle de estoques e relatórios gerenciais;
- Controle de qualidade;
- Sistema racional de distribuição de fármacos. a eficácia terapêutica

A EFICÁCIA TERAPÊUTICA DEPENDE DO BOM FUNCIONAMENTO DOS SEGUINTES ASPECTOS:

- Acompanhamento e discussão permanente, com os profissionais envolvidos, sobre a mais adequada utilização dos medicamentos e possíveis resultados do tratamento;

SES 3654 RUBRICA PROTOCOLO

- Disposição e fornecimento de informações sobre conservação, dosagem, substitutos similares (genéricos), interações, efeitos colaterais, etc;

- Manutenção de sistemas de farmacovigilância;

- Reciclagem e educação continuada dos funcionários.

Dois aspectos são fundamentais em Farmácia Hospitalar para seu pleno funcionamento e que são representados pelas teorias organizacionais e de gestão de serviços e pelo planejamento, considerando que não podemos separar os aspectos técnicos dos administrativos nesse tipo de serviço.

A Farmácia Hospitalar pode ser enquadrada nas categorias de serviço, funcionando no hospital como apoio clínico. Para tanto, deve estar integrada a outros serviços, tais como: laboratório de análises clínicas, radiologia, nutrição, central de esterilização, bem como a todas as clínicas existentes no hospital. Tem também a função de apoio administrativo, devendo, portanto, estar integrada aos serviços, como compras ou abastecimento (serviço de material) e administração geral (pessoal, manutenção, vigilância).

Uma boa organização da farmácia é importante para se preservar a eficácia e as condições de integridade do medicamento, assim como reduzir perdas e garantir um ambiente agradável de trabalho. Contribui para o bom desempenho profissional, agiliza a dispensação, evita erros e melhora a qualidade do atendimento dispensado ao paciente.

O espaço físico destinado à farmácia deve conter uma área destinada a dispensação e uma área anexa destinada ao armazenamento de medicamentos. Segundo a Organização Mundial de Saúde deve-se observar um espaço mínimo de 1,2 m^2 para cada leito hospitalar e 0,6 m^2 para área de almoxarifados.

A área de dispensação deve conter um guichê ou balcão para atendimento da enfermagem . Este local deve ser de fácil acesso, permitir uma proximidade entre o dispensador e o pessoal de enfermagem e ao mesmo tempo evitar o fluxo de pessoas na área onde ficam os medicamentos.

O espaço disponível dever ser compatível com o nº de leitos e o fluxo de pacientes e a quantidade de produtos a serem armazenados para facilitar a manutenção, limpeza, deslocamento de funcionários e segurança.

Os medicamentos devem ser organizados em prateleiras, em pequenas quantidades que devem ser repostas constantemente, obedecendo às normas de armazenamento. Os medicamentos devem estar dispostos por forma farmacêutica ou por ordem alfabética, sendo que os de maior movimentação devem ficar mais próximo do local de entrega. As prateleiras devem ser firmes, não devendo tocar o chão para facilitar a limpeza.

Manter os medicamentos nas embalagens originais, observando sempre os prazos de validade. Os medicamentos controlados devem ficar guardados em armário com chave, ficando a mesma sob responsabilidade do profissional farmacêutico. Para a dispensação de medicamentos que necessitam de refrigeração, deve haver uma geladeira exclusiva para tal uso.

A área de distribuição interna destinada a distribuir os medicamentos para consumo interno das clínicas do hospital deve ser constantemente limpa e seguir as boas Normas de Armazenamento de Medicamentos e correlatos. A área de distribuição interna funciona como um entreposto entre a área destinada ao almoxarifado geral da farmácia hospitalar e as clínicas que compõem o hospital, logo não deve possuir grandes estoques de medicamentos.

ATRIBUIÇÕES GERAIS DA FARMÁCIA HOSPITALAR

1. Administrar o estoque dos medicamentos de acordo com as necessidades do hospital, realizando aquisição / seleção de medicamentos a partir do consumo médio, do estoque mínimo e do ponto de ressuprimento.

SES
3657
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2. Garantir que os medicamentos sejam distribuídos dentro da data de validade e que o local de armazenamento possua condições ideais de temperatura e umidade, de acordo com as Boas Práticas de Produção e Distribuição, visando a manutenção das naturezas físicas e bioquímicas de suas composições.

3. Realizar seleção e padronização de medicamentos

4. Promover distribuição dos medicamentos de forma racional, adequada à estrutura do hospital.

5. Orientar as especialidades médicas quanto ao uso correto dos medicamentos e sua conservação.

6. Promover o ensino e treinamento dos funcionários para o trabalho em Farmácia Hospitalar. Esses requisitos mínimos são indispensáveis para promover meios de pronto estabelecimento dos pacientes no hospital e para atender às exigências da legislação pertinente e do Código de Defesa do Consumidor, em seus artigos 6 e 8, a saber:

Artigo 6º:

"Todo consumidor tem direito a: Proteção à vida, saúde e segurança contra riscos provocados por práticas de fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos. A educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, assegurada a liberdade de escolha e igualdade nas contratações a informação adequada e clara sobre os diverso produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, característica, composição, qualidade e preço, bem como sobre os riscos que apresentem."

Artigo 8º:

(Capítulo IV, seção I – da proteção à saúde e segurança) "Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde e segurança dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis de sua natureza e função, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as informações necessárias e adequadas a seu respeito."

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DA FARMÁCIA HOSPITALAR

As funções e atribuições dos serviços e dos profissionais do setor podem ser divididas em administrativas, técnicas e operacionais. Para o melhor desempenho do serviço, todos os funcionários, de acordo com o cargo que ocupam, devem estar cientes de suas atribuições.

ATRIBUIÇÕES DA COORDENAÇÃO/CHEFE DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

ADMINISTRATIVAS:

- Organizar e controlar as atividades técnico-administrativas do serviço.
- Manter atualização das informações, da documentação e seu arquivamento.
- Confeccionar e manter atualização do memento terapêutico, do manual de normas e procedimentos operacionais e do manual de interações medicamentosas.
- Coordenar escala de férias, licenças e plantões dos funcionários em exercício no Serviço, bem como recomendar medidas disciplinares.
- Cumprir e fazer cumprir as ordens de acordo com a escala hierárquica, assim como as normas e diretrizes técnicas e administrativas.
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

OPERACIONAIS:

SES
3656
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Controlar o estoque e fazer reposição dos medicamentos de acordo com consumo médio, o estoque de segurança e o ponto de ressuprimento, assim como fiscalizar a entrada / saída dos medicamentos e opinar quanto ao preço, qualidade e quantidade que deva permanecer em estoque.
- Assegurar atendimento adequado aos pacientes em relação à distribuição dos medicamentos.
- Promover reuniões de instrução, avaliação e coordenação de atividades.
- Orientar o chefe da guarda de medicamentos quanto à interdição de lotes e aos planos de recolhimento.

TÉCNICAS:

- Responder pela aquisição, distribuição, qualidade e registro das substâncias controladas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Medicamentos, Insumos, dietéticos e Correlatos.
- Atualizar e padronizar os medicamentos, bem como sugerir novos medicamentos, com vantagens técnicas e econômicas, aos integrantes da Comissão Hospitalar de Farmácia e Terapêutica.
- Sugerir e promover medidas para redução do custo operacional.
- Cooperar com as especialidades no planejamento e execução de programas econômicos, técnicos e científicos.

ATRIBUIÇÕES DO CHEFE DO ALMOXARIFADO DA FARMÁCIA

O almoxarifado de uma Farmácia Hospitalar, considerando sua complexidade e responsabilidade, deve ser cheiado por um farmacêutico.

ADMINISTRATIVAS:

- Centralizar o recebimento de dados que envolvem consumo, distorções, incidência de prescrições e alterações na movimentação de estoque.
- Avaliar o desempenho funcional de seus subordinados.

OPERACIONAIS:

- Receber, registrar e controlar os medicamentos, mantendo a documentação arquivada adequadamente, de acordo com instruções legais.
- Observar sistema de disposição ordenada do estoque, permitindo rápido inventário e fácil inspeção. Observar altura das pPedro IIs, empPedro Ilmento máximo permitido e distâncias, conforme critérios previamente estabelecidos.
- Orientar a organização dos medicamentos nas devidas prateleiras, com identificações próprias de acordo com nome, forma, código e validade, em áreas tecnicamente adequadas à natureza física e bioquímica de suas composições.
- Realizar inventários e auditorias periódicas – procedimentos que devem começar e terminar no mesmo dia (conferir estoques, validade, armazenamento, consumo, validação de refrigeradores, manutenção de equipamentos, aferidores de temperatura e umidade, inspeção de equipamentos contra insetos e roedores, limpeza das instalações).

TÉCNICAS:

- Consultar as diferentes especialidades em relação à solicitação dos medicamentos que não estão apresentando rotatividade de estoque

ATRIBUIÇÕES DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

ADMINISTRATIVAS:

- Conhecer, interpretar e cumprir as exigências da legislação pertinente.

SES 3657 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Supervisionar processos de aquisição de produtos.
- Manter atualizada escrituração de manuais, formulários, bancos de dados e boletins de informação. Desenvolver e atualizar regularmente as diretrizes e os procedimentos relativos aos aspectos operacionais da manipulação de formulações magistrais e oficinais.

OPERACIONAIS:

- Especificar, selecionar, inspecionar e armazenar criteriosamente as matérias primas e materiais de embalagens necessários ao preparo das formulações.
- Participar de estudos de farmacovigilância, tendo por base a análise de reações adversas e interações medicamentosas.
- Organizar e operacionalizar áreas de funcionamento da farmácia

TÉCNICAS:

- Qualificar fornecedores pela exigência de certificados de Boas Práticas de Produção e assegurar recebimento dos certificados de análise emitidos pelos fornecedores.
- Avaliar prescrição médica quanto à adequação, concentração e compatibilidade físicoquímica dos componentes, dose e via de administração.
- Assegurar condições adequadas de manipulação, conservação, transporte, dispensação e avaliação final da formulação, visando evitar riscos.
- Determinar os prazos de validade de cada produto manipulado.
- Promover e registrar treinamento operacional e de educação continuada, para atualização dos profissionais envolvidos na manipulação. O conceito de garantia da qualidade e todas as medidas capazes de melhorar a compreensão e sua implementação devem ser amplamente discutidos durante as sessões de treinamento.
- Informar aos pacientes o modo de usar de cada medicamento, os riscos possíveis, os efeitos colaterais, as incompatibilidades física e química, as interações com medicamentos e alimentos e outras informações pertinentes à utilização correta dos produtos.

ATRIBUIÇÕES DOS TRABALHADORES EM GERAL NO SERVIÇO DE FARMÁCIA

ADMINISTRATIVAS:

- Atender às solicitações de medicamentos (formulários próprios ou prescrições médicas) o mais rápido possível.
- Manter a chefia do serviço informada sobre qualquer irregularidade ocorrida no setor.

OPERACIONAIS:

- Manter organização e limpeza do setor de trabalho (organização física e atividades).
- Cumprir as diretrizes do manual de normas e procedimentos e as estabelecidas pela política institucional.
- Despachar os pacotes de medicamentos destinados a cada paciente, quando prontos e etiquetados.

TÉCNICAS:

- Manipular e fracionar os medicamentos, após paramentação e limpeza adequadas, observando com rigor as boas práticas de manipulação e as normas estabelecidas nos manuais de bancada, onde devem estar descritos os protocolos de manipulação.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIDNAIS QUE MANIPULAM MEDICAMENTOS

ADMINISTRATIVAS:

SES 3654 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Participar ativamente da implantação das rotinas operacionais contemplando todos os setores, desde almoxarifado até o transporte.

OPERACIDNAIS:

- Avaliar com inspeção visual a chegada do produto na área de produção e confrontar os produtos com as especificações das solicitações.
- Garantir que todas as superfícies de trabalho estejam limpas e desinfetadas com os desinfetantes padronizados para essas áreas, antes do início do trabalho, inclusive as superfícies internas das capelas de fluxo laminar.
- Assegurar lavagem e escovação de mãos, unhas e antebraços pelos funcionários manipuladores com anti-séptico apropriado, antes do início de qualquer atividade na área de produção e toda vez que se fizer necessário (após descontaminação dos insumos ou contaminação acidental no próprio ambiente).
- Conferir cuidadosamente a identificação do paciente, antes, durante e depois da preparação das manipulações e sua correspondência com o preparo em questão, assim como as quantidades correspondentes na prescrição médica;
- Garantir que toda manipulação contenha rótulo com as informações mínimas necessárias.

TÉCNICAS:

- Estabelecer prazo de validade do lote manipulado, de acordo com as informações dos fabricantes dos produtos industrializados, da literatura e com os testes de validação do processo de preparo e esterilidade, respectivamente documentados;
- Garantir a padronização do controle microbiológico com as rotinas desenvolvidas por escrito e documentação dos resultados, quando houver manipulação de soluções estéreis, de acordo com a classificação dos riscos de manipulação.

Todas estas recomendações estarão contidas em um manual do serviço disponível para consulta.

ROTINAS REFERENTES A MEDICAMENTOS E MATERIAIS DE CONSUMO GERAIS E MÉDICO-HOSPITALARES

As rotinas de recebimento, armazenamento e distribuição de medicamentos e materiais serão processos complexos que exigirão uma logística bem planejada, organizada, coordenada e sob permanente avaliação. Nesse contexto, cabe aprofundar os seguintes pressupostos:

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

1. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA entende que a organização é a base fundamental de sustentabilidade de qualquer serviço, atividade ou sistema de produção de trabalho. Estará diretamente relacionada com a funcionalidade dos serviços, tendo por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Dessa forma, um serviço organizado gerará resolubilidade, otimizará tempo e recursos , além de refletir positivamente na credibilidade da instituição, setor/serviço, sistema de saúde e usuário, favorecendo a todos os envolvidos no processo.

Para organizar os serviços, partir-se-á, inicialmente, do planejamento para conhecer a realidade e a funcionalidade, identificar problemas, processos de trabalho, fluxo de informações, Sistema de Informação, mecanismo de controle e avaliação, atividades desenvolvidas, forma de execução, canais de articulação,

SES 3659 FLS. 11 RUBRICA PROTOCOLO

comunicação e informação, demandas, para adequar os recursos, visando melhor eficiência na gestão e no atendimento às demandas requeridas.

1.1. OBJETIVO

Assegurar o acesso da população aos medicamentos, com qualidade e uso racional.

1.2. ASPECTOS A SEREM CONSIDERADOS

Para a organização do serviço, deverão ser observados alguns pressupostos básicos. Dentre eles destacam-se:

- Estrutura organizacional que permita um bom desempenho em relação às funções básicas;
- Capacidade de interagir, de forma permanente, para a busca da adequação da estrutura e processos, diante das circunstâncias;
- Gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos criteriosamente construídos.

1.3. VANTAGENS DE UM SERVIÇO ORGANIZADO

Um serviço estruturado e organizado viabilizará bons e mensuráveis resultados, como:

- Regularidade no abastecimento e a disponibilidade dos produtos no momento requerido, em quantidade e qualidade;
- Melhoria do acesso;
- Credibilidade no serviço de saúde e na instituição parceira;
- Diminuição das perdas, desperdícios e a má utilização dos recursos;
- Registro dos processos de trabalho;
- Base de dados de suporte e apoio à gestão;
- Cumprimento de normas e procedimentos;
- Acompanhamento, avaliação e intervenção eficiente;
- Garantia da qualidade dos serviços e do atendimento ao usuário.

1.4. PROCEDIMENTOS BÁSICOS PARA UM SERVIÇO ORGANIZADO

- Conhecer a estrutura organizacional, os níveis de hierarquia, as competências, as atribuições as normas, os procedimentos e as formas de controle e avaliação;
- Identificar responsabilidades, ou seja, quem faz o quê, como, quando e com qual e periodicidade;
- Conhecer os processos de trabalho, forma de execução, fluxo de informações e demandas, interfaces, atividades desenvolvidas, em desenvolvimento, necessidades ou não de intervenção, de mudanças de funções, de práticas e/ou de pessoas;
- Identificar os recursos humanos, número de pessoal, perfil profissional, compatibilidade com a função, nível de satisfação do pessoal, demandas e relações no trabalho;

SES
3660
RS
RUBRICA
PROTOCOLO

• Realizar oficina de trabalho com a equipe que será envolvida neste processo para discutir, ouvir sugestões, avaliar necessidades de redefinição de processos de trabalhos e repensar atribuições, de acordo com habilidades e perfis profissionais identificados;

• Elaborar Plano de Trabalho, com definição clara de objetivos, metas, prazo de execução, responsáveis, incluindo a sensibilização e motivação da equipe;

• Elaborar cronograma de atividades, forma de acompanhamento e avaliação dos resultados;

• Definir parâmetros e/ou instrumentos de controle e avaliação de resultados;

• Estabelecer indicadores de desempenho para o serviço e para a equipe;

• Desenvolver Sistema de Informação eficiente e eficaz, para o gerenciamento das ações;

• Implantar sistema de qualidade, que possibilite a melhoria dos serviços;

• Elaborar manual de normas e procedimentos operacionais, para harmonizar procedimentos e condutas

1.5. REQUISITOS NECESSÁRIOS

• Estrutura organizacional;

• Estrutura física;

• Estrutura administrativa;

• Equipamentos e materiais;

• Recursos humanos;

• Recursos de informação;

• Recursos financeiros;

• Normalização e regulamentação;

• Apoio político do Gestor e da equipe.

2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

A Assistência Farmacêutica, enquanto parte integrante da Política de Saúde, deverá fazer parte da estrutura organizacional formal da Parceira, neste caso do Instituto Social Fibra, com definições claras das competências e dos níveis hierárquicos.

2.1. ESTRUTURA FÍSICA E INSTALAÇÕES PARA O BOM DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA estruturará espaço físico suficiente, compatível com o grau de complexidade das funções, para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica. A distribuição dos espaços físicos será bem planejada, considerando-se todos os aspectos técnicos pertinentes. A estrutura física terá boa localização, fácil acesso com áreas bem definidas e sinalizadas, condições ambientais apropriadas, além de cumprir todos os requisitos afeitos à higienização e a limpeza.

O dimensionamento da área não seguirá, de antemão, nenhum padrão pré-estabelecido. A necessidade e o dimensionamento do espaço físico dependerão do volume das atividades, demandas, modalidade da

SES
3661
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

aquisição, número de equipamentos, de mobiliários, de pessoas, entre outros aspectos. Além disso, será preciso pensar em expansão futura, para novas ações e atividades.

2.2. ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Um serviço organizado exigirá uma estrutura administrativa eficiente que possibilitará a elaboração de relatórios gerenciais, a manutenção de um sistema de informação eficiente (possibilitando uma gestão da informação a contento), a distribuição de tarefas de acordo com o perfil técnico e a estruturação de manuais e normas de procedimentos, nos quais constem todas as atividades, forma de execução, instrumentos gerenciais, padronização de formulários, normas administrativas, com a explicitação de toda funcionalidade do serviço.

3. MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS

Para contemplar a organização do serviço, o Instituto Social Fibra estabelecerá um conjunto de normas e procedimentos e assegurará seu fiel cumprimento. Ressalta-se que, para executarem bem suas tarefas, as pessoas precisam de direcionamento, a fim de que se sintam seguras e não tomem atitudes individualizadas para cada situação.

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

3.1. ELABORAÇÃO DE MANUAIS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA exorta que os Manuais são documentos práticos que servirão de orientação para a execução de todas as etapas dos processos de trabalho, de acordo com os critérios estabelecidos e responsabilidades atribuídas.

3.1.1.ESTRUTURA OOS MANUAIS

Um manual deverá ser prático, didático, objetivo, de fácil acesso e compreensão.

3.1.2. APLICABILIDADE

Para que um manual tenha aplicabilidade, algumas estratégias deverão ser desenvolvidas:

• Sensibilização da equipe: o Instituto Social Fibra mostrará a importância e as vantagens da utilização do Manual, sensibilizando as Equipes para que assumam compromisso para a sua adoção e utilização;

• Credibilidade: o Instituto Social Fibra garantirá aos profissionais que o processo será acompanhado e avaliado sistematicamente;

• Acompanhamento e avaliação: o Instituto Social Fibra designará um responsável, para acompanhar e avaliar o processo, além de, periodicamente, promover eventos para avaliação das ações e atualização do manual;

• Treinamento: o Instituto Social Fibra realizará treinamento, objetivando o esclarecimento de dúvidas, e também fará os ajustes necessários ou estabelecerá prazos para a atualização do Manual, quando necessário;

Instrumentos gerenciais/formulários: o Instituto Social Fibra entende que são modelos de documentos que deverão ser periodicamente atualizados, de acordo com o prazo estabelecido para revisão e deverão constar como anexos no Manual de Normas e Procedimentos.

SES
3662
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

4. NORMAS

Serão regras que o Instituto Social Fibra estabelecerá com a finalidade de disciplinar os procedimentos, ordenar os serviços, harmonizar condutas no trabalho, o modo de execução das tarefas, forma de acompanhamento e controle das ações.

S. PROCEOIMENTOS

Será a descrição detalhada, passo a passo, de uma atividade ou operação. Serão as orientações de como executá-las. Deverão ser estabelecidos procedimentos para todas as atividades, forma de acompanhamento e avaliação, como por exemplo, critérios técnicos e administrativos para o Edital de Compras de Medicamentos, seleção e qualificação de fornecedores, visando assegurar a qualidade do processo de aquisição e dos fornecedores, recebimento de medicamentos, estocagem, distribuição, dispensação, recolhimento, devolução de medicamentos, medicamentos vencidos, entre outros.

6. EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA disporá de equipamentos e materiais, em quantidade e qualidade apropriadas, e condições adequadas de funcionamento.

7. RECURSOS HUMANOS OA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA identificará necessidades, definirá perfis profissionais (competências e habilidades), capacitará os responsáveis e acompanhará e avaliará suas ações, cotidianamente. Implementará, também, programas de desempenho individual e de Equipe, bem como programa de educação permanente, de acordo com as necessidades pessoais e dos serviços. Além disso, utilizará estratégias fundamentais: reuniões sistemáticas semanais com a Equipe, para não acumular problemas e socializará as informações; promoverá reuniões técnicas, seminários temáticos para atualização dos técnicos e a implantação de programas de qualidade para melhoria contínua em todos os processos de trabalho, relacionados à Assistência Farmacêutica.

Um programa de qualificação profissional deve estar centrado na integralidade das ações e no trabalho em equipe, visando ao aumento da capacidade resolutiva das equipes, a fim de torná-las capazes de elaborar estratégias para o enfrentamento de problemas.

8. SISTEMA OE INFORMAÇÃO OA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

a) Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;

b) Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao Parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA adverte que será imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre a Assistência Farmacêutica.

SES 3663 FLS. FIBRA PROTOCOLO

c) Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Conseqüentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários. Salientamos que o Sistema de Informação/Prontuário Eletronico VITACARE contempla o Módulo de Gerenciamento da Farmácia, com capacidade de emissão de relatórios gerenciais.

9. DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

Na Assistência Farmacêutica, o cuidado com a documentação, em especial a Fiscal, deverá ser cotidianamente observado. Toda a documentação deverá ser arquivada e ficar facilmente disponível para as auditorias dos Órgãos de Controle Interno e Externo. A prestação de contas será obrigatória, em qualquer tempo, para todos os que lidam com recursos públicos.

Os demais documentos afeitos à Assistência Farmacêutica deverão ser padronizados e identificados. Todos os documentos, formulários e instrumentos gerenciais que serão utilizados no serviço deverão conter: cabeçalho com o nível de hierarquização organizacional pertinente, o nome da OS Parceira e as informações referentes ao número do telefone, fax,bem como o endereço eletrônico.

10. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será imprescindível desenvolver e implantar práticas avaliativas, para fortalecer o processo de gestão, acompanhamento das ações e da evolução do trabalho. Será necessário construir instrumentos, mecanismos de controle e avaliação e indicadores de gestão, apontando para a melhoria contínua dos processos de trabalho.

10.1. QUALIDADE DOS SERVIÇOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA ressalta que a qualidade será a base do processo de trabalho da Assistência Farmacêutica. Englobará conhecimentos, uso de ferramentas e instrumentos gerenciais apropriados e procedimentos que visarão à adequação dos serviços, a maximização dos recursos, a redução das perdas e dos custos.

A avaliação não é uma prática comum em serviços, principalmente os públicos. Há sempre uma preocupação centrada nos gastos e volume dos recursos financeiros, sem a preocupação de que a qualidade será fundamental para racionalizar recursos de todas as ordens e dar credibilidade à gerência e a gestão. A melhoria da qualidade da gestão implica ações de caráter estrutural, que inclui investimentos em estrutura, qualificação de recursos humanos, adoção de instrumentos modernos de gerência que possibilitem racionalidade, reordenamento dos processos de trabalho, métodos e técnicas.

A qualidade dos serviços dependerá da sua organização, da forma como os serviços e/ou atividades estarão estruturados e serão executados. Será um processo resultante da efetividade, eficiência e eficácia da gestão e

SES 3664 FLS RUBRICA PROTOCOLO

da organização do serviço. A qualidade e a eficiência de um serviço de Assistência Farmacêutica estarão condicionadas à estrutura, aos processos de trabalho e aos resultados alcançados.

11. CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

11.1. SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Entende-se que a seleção deverá ser um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma "Comissão de Farmácia e Terapêutica" (CFT), que visará assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos, com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

Importante ressaltar que será a atividade mais importante da Assistência Farmacêutica, pois, a partir da seleção serão desenvolvidas as demais atividades. A seleção deverá ser acompanhada da elaboração do "Formulário Terapêutico", documento que reunirá informações técnico-científicas relevantes e atualizadas sobre os medicamentos selecionados, servindo de subsídio fundamental aos prescritores. Será um processo dinâmico, participativo, que precisará ser bem articulado e deverá envolver a maior representatividade de especialidades médicas e profissionais da saúde.

11.2. OBJETIVOS DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

° Reduzir o número de especialidades farmacêuticas;

° Uniformizar condutas terapêuticas;

° Melhorar o acesso aos medicamentos selecionados;

° Contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos;

° Assegurar o acesso a medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos;

° Racionalizar os custos e possibilitar maior otimização dos recursos disponíveis;

° Facilitar a integração multidisciplinar, envolvendo os profissionais de saúde, na tomada de decisões;

° Favorecer o processo de educação continuada e atualização dos profissionais, além do uso apropriado dos medicamentos;

° Melhorar a qualidade da farmacoterapia e facilitar o seu monitoramento;

° Otimizar a gestão administrativa e financeira, simplificando a rotina operacional de aquisição, armazenamento, controles e gestão de estoques.

11.3. IMPORTÂNCIA DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

Será imprescindível dispor da seleção de medicamentos, para a obtenção de ganhos terapêuticos e econômicos, o que se deve aos seguintes fatores:

° Avanços tecnológicos;

° Diversidade e multiplicidade de alternativas terapêuticas disponíveis no mercado;

° Limite dos recursos financeiros e demandas cada vez mais crescentes;

SES 3663 FLS RUBRICA PROTOCOLO

° Necessidade de garantir medicamentos de qualidade, seguros e eficazes;

° Necessidade de manutenção da regularidade do suprimento.

11.4. ESTRATÉGIAS QUE DEVERÃO SER UTILIZADAS

a) A elaboração de uma boa seleção de medicamentos requererá informação precisa. Para tanto, faz-se necessário dispor de um conjunto de informações técnicas e administrativas para fundamentar a questão. As informações mais importantes incluirão a análise e perfil das prescrições, a quantidade média de medicamentos prescritos por receita gastos efetuados/mês, medicamentos mais prescritos, dados de consumo e demanda, além de estudos de utilização de medicamentos que possibilitem dispor de dados e informações sobre medicamentos.

b) Apoio dos profissionais de saúde: será preciso envolver o maior número de profissionais para que a seleção de medicamentos seja referendada. A sensibilização das Equipes poderá ser feita por meio de diversas estratégias, como cursos, capacitações, treinamentos, oficinas de trabalho, boletins informativos, entre outras.
c) Levantar informações necessárias ao desenvolvimento do processo. Dentre elas, destacam-se:

°Situação de saúde da população (dados de morbimortalidade por grupo populacional, faixa etária, prevalência e incidência das doenças);

°Medicamentos mais utilizados, demandas e custos;

°Acesso a fontes de informação técnico-científica, como a literatura médica, livros de referência em farmacologia e medicina, para subsidiar o trabalho;

°Utilizar como referência a Relação Estadual de Medicamentos, a Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e outras disponíveis;

°Criar Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para estruturar, organizar e conduzir o processo da Assistência Farmacêutica.

11.5. ETAPAS DO PROCESSO DE SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

O processo de seleção não se limitará à elaboração da Relação de Medicamentos Essenciais e do Formulário Terapêutico, mas consistirá num conjunto de atividades que visarão ao uso racional dos medicamentos,incluindo a prescrição, a dispensação, a farmacovigilância, a informação e a educação continuada profissional. Etapas que o Instituto Social Fibra julga essenciais:

Primeira Etapa - fase política: apoio e sensibilização dos profissionais;

Segunda Etapa - fase técnico-normativa: criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica, com caráter permanente e deliberativo. Quando necessário, subcomissões ou consulta a especialistas;

Terceira Etapa - seleção propriamente dita, cujo resultado e/ou produto consistirá na elaboração de uma Relação de Medicamentos, que deverá nortear as diretrizes de utilização, programação, aquisição, prescrição, dispensação, entre outros fatores;

Quarta Etapa - fase da divulgação e implantação: consistirá na elaboração de estratégias para divulgação da Relação, que poderá ser feira por meio de seminários, oficinas, meios de comunicação, instrumento oficial, entre outros, como forma de validar e legitimar o processo;

Quinta Etapa - elaboração de um Formulário Terapêutico: documento que reunirá informações técnicas relevantes e atualizadas, a respeito dos medicamentos que foram selecionados, para subsidiar os prescritores.

SES
3666
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

11.6. PROCEDIMENTOS

O processo de seleção necessitará de planejamento, organização, monitoramento e avaliação. Dentre os principais fatores, destacam-se:

- Criação da Comissão/Comitê de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Estabelecimento de normas, procedimentos e responsabilidades dos membros da Comissão (em Portaria ou regimento da Comissão);
- Definição de metodologia de trabalho, critérios a serem adotados no processo de seleção, cronograma de execução, metas e instrumento para avaliação do cumprimento das metas.
- Levantamento de informações relevantes para dar suporte ao trabalho, tais como dados epidemiológicos, perfil da morbimortalidade, características da população que será atendida, oferta de serviços clínicos por especialidades, estudos de consumo, perfil de prescrição e estudos de utilização, entre outros;
- Levantamento de informações de referências bibliográficas, livros, periódicos, Formulário Terapêutico Nacional, entre outras;
- Estabelecimento de análise comparativa das informações científicas,sobre cada produto e/ou grupo farmacológico de medicamentos;
- Estabelecimento de fóruns de discussão, oficinas, encontros temáticos por grupo terapêutico, para maior participação possível de prescritores envolvidos, valendo-se de Formulários para apresentação de sugestões que deverão ser apreciadas pela Comissão, nas reuniões mensais;
- Estruturação dos Formulários acima descritos, para inclusões e exclusões de medicamentos, consolidação das justificativas, das sugestões e críticas encaminhadas pelos prescritores que deverão ser levadas para apreciação e análise da Comissão, disponibilizando todos estes documentos na Internet e/ou em boletins informativos;
- Apresentação sistematizada da Relação à equipe de profissionais para consenso e aprovação;
- Normalização das situações não contempladas, como a prescrição e dispensação de medicamentos sob controle especial, medicamentos excepcionais, antimicrobianos, incluindo as formas de utilização;
- Definição de um modelo de impressão, estrutura, formato, tamanho, forma mais adequada do documento para melhor assimilação, por parte dos profissionais;
- Desenvolvimento de estratégias para divulgação e adesão;
- Atualização do modelo, com periodicidade anual, para ajustá-lo às necessidades e evoluções da terapêutica;
- Acompanhamento e avaliação do processo de implementação da relação e a sua utilização.

11.7. DOCUMENTOS QUE DEVERÃO SER ANEXADOS

- Formulário para inclusão e exclusão de medicamentos;
- Informações a respeito de estabilidade dos medicamentos selecionados, conservação e legislação pertinente;
- Critérios utilizados na seleção;

3667
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Normas e procedimentos para prescrição/dispensação, medicamentos de controle especial, excepcionais, antimicrobianos, medicamentos não incluídos na Relação;
- Normas de funcionamento da Comissão de Farmácia e Terapêutica.

12. Critérios técnicos que deverão ser observados na seleção de medicamentos

Dentre os mais importantes, destacam-se:

- Seleção de medicamentos baseados em eficácia e segurança comprovada, conveniência e boa relação custo-tratamento;
- Padronização de medicamentos pelo nome do princípio ativo: Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI);
- Escolha, preferencialmente, das substâncias com um único princípio ativo. Só serão aceitas associações de fármacos que apresentem significativa vantagem terapêutica sobre o uso dos produtos isolados;
- Escolha de medicamentos com propriedades farmacocinéticas mais favoráveis, permitindo maior comodidade na administração e que resultem em melhor adesão ao tratamento;
- Escolha da forma farmacêutica que proporcione maior flexibilidade posológica, menor toxicidade relativa e maior comodidade ao usuário;
- Escolha, entre os medicamentos de mesma ação farmacológica, categoria química ou característica farmacocinética, daqueles que apresentem maior vantagem terapêutica;
- Escolha de medicamentos com melhor relação custo-efetividade;
- Evitar inclusão de número excessivos de medicamentos;
- Evitar inclusão de associações.

O INSTITUTD SOCIAL FIBRA observará a disponibilidade no mercado, o menor risco-benefício, o melhor custo-efetividade, a maior estabilidade e propriedade farmacocinética mais favorável e a apresentação de melhor comodidade de uso para o usuário. Nessa perspectiva declara que a eficácia será um benefício sobre a doença, baseado em ensaios clínicos controlados, delineamento experimental e relevância clínica. Segurança será condição indispensável para autorizar o uso clínico de qualquer produto.

12.1. ESTRATÉGIAS PARA OTIMIZAR A SELEÇÃO E O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA observará os conceitos da Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância e os estudos de utilização (prescrição, dispensação, educação em saúde) e, também, pautar-se-á na Farmacoeconomia, que significará a análise econômica no campo da Assistência Farmacêutica.

13. COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT)

A COMISSÃO ESTÁ DESCRITA NO ITEM: 4. ÁREA DE QUALIDADE, 4.1. Qualidade Objetiva, 4.1.1 Comissões Técnicas que serão implantadas.

14. FORMULÁRIO TERAPÊUTICO

O Formulário será um documento que resumirá as informações científicas sobre os medicamentos selecionados, visando subsidiar os profissionais na prescrição e dispensação dos medicamentos. Será um

SES 3668 FLS RUBRICA PROTOCOLO

instrumento complementar à Relação de Medicamentos, contendo todas as informações farmacológicas sobre cada medicamento da relação.

Sua estrutura e formato deverão favorecer a consulta, de forma prática e objetiva. Deverá conter todos os medicamentos identificados por grupo terapêutico, informações farmacêuticas, propriedades farmacológicas e terapêuticas. Deverá conter, ainda, normas e procedimentos para prescrição, dispensação e uso racional.

As Informações que estarão contidas no Formulário Terapêutico dividir-se-ão em:

- Informações terapêuticas e farmacológicas: manifestações gerais das doenças, descrição do medicamento, características farmacológicas do medicamento, indicação, contra-indicação, precauções, posologia, via de administração, duração do tratamento, interações, e efeitos adversos;
- Informações farmacêuticas: nome genérico, grupo terapêutico, forma farmacêutica, concentração, apresentação; recomendações gerais quanto à prescrição, dispensação e cuidados com os medicamentos.

14.1. CONTEÚDO MÍNIMO DO FORMULÁRIO TERAPÊUTICO

a) Apresentação do documento:

- Título;
- Nomes dos membros da Comissão e/ou equipe responsável pela elaboração;
- Sumário;
- Relação de todos os medicamentos selecionados por ordem alfabética e por grupo terapêutico.

b) Informações farmacêuticas:

- Grupo farmacológico/terapêutico;
- Nome do produto por denominação genérica;
- Forma farmacêutica;
- Concentração;
- Condições de conservação;
- Validade;
- Excipientes.
- Descrição do produto;
- Categoria.

c) Informações farmacológicas:

- Mecanismo de ação;
- Efeitos farmacológicos.

d) Informações clínicas:

- Indicação com critério de diagnóstico;

3669
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

° Contra-indicação;

° Posologia (dose máxima e mínima para adultos e crianças);

° Intervalo de dose;

° Via de administração;

° Duração do tratamento;

° Precaução e advertências em relação a gestantes, idosos, lactentes, entre outras condições.

e) Efeitos adversos/incompatibilidades:

° Efeitos adversos;

° Precauções;

° Interações;

° Incompatibilidades.

15. PROTOCOLOS TERAPÊUTICOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, considerando as diversidades das condutas clínicas e a complexidade das tecnologias e que as indicações, para a maioria dos medicamentos, não seguem padrões de uniformidade, elaborará Protocolos para a harmonização das condutas terapêuticas, em conformidade com a medicina baseada nas melhores evidências.

Os protocolos deverão ser elaborados a partir da Relação de Medicamentos e do Formulário Terapêutico. Oeverão ser acompanhados e avaliados sistematicamente e, para sua elaboração, o Instituto Social Fibra deverá valer-se dos profissionais das equipes, com a finalidade de favorecer, neste movimento elaborativo, o processo de educação continuada e a troca de informações. Os Protocolos deverão ser elaborados de forma participativa, com especialistas de cada clínica, além da contribuição das sociedades médicas que deverá ser sistematicamente buscada.

Os protocolos deverão contemplar os procedimentos e as condutas cientificamente recomendadas, incluindo as não medicamentosas, buscando definir e harmonizar, especialmente, as indicações, posologias e a duração de tratamento. O ideal é que as informações sobre os medicamentos selecionados estejam anexadas à Relação de Medicamentos, em um único documento.

16. PROGRAMAÇÃO

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, se chamada a participar desse pressuposto da Assistência Farmacêutica, afirma e referenda que "programar" consiste em estimar quantidades que serão adquiridas, para atendimento da demanda dos serviços, sob sua responsabilidade, por determinado período de tempo. A programação inadequada refletirá, diretamente, sobre o abastecimento e o acesso aos medicamentos, por parte dos usuários.

16.1 OBJETIVOS

° Identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento das demandas;

° Evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento;

3670
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

° Definir prioridades e quantidades que serão adquiridas, diante da disponibilidade de recursos.

16.2. REQUISITOS NECESSÁRIOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA despenderá esforços para dispor, antecipadamente, de dados de consumo e de demanda de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes e, a partir daí, estruturará um Sistema de informação e de gestão de estoques bastante eficientes. Identificará, por meio de ferramentas específicas, o perfil epidemiológico (morbimortalidade), para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para as intervenções. Valer-se-á, também, de dados populacionais e do conhecimento detalhado da rede de saúde (níveis de atenção à saúde, oferta e demanda dos serviços, cobertura assistencial, infra-estrutura, capacidade instalada e recursos humanos). Pactuará com o Gestor as responsabilidades, em nível de recursos financeiros para a definição das prioridades e para a execução da programação, bem como implementará os mecanismos de controle e acompanhamento.

16.3. PROCEDIMENTOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA deverá:

° Definir critérios e métodos que serão utilizados para a elaboração da programação e para o período de cobertura;

° Elaborar formulários apropriados, para o registro das informações;

° Efetuar levantamentos de dados de consumo, de demanda, de estoques existentes de cada produto, considerando os respectivos prazos de validade;

° Analisar a programação dos anos anteriores e efetuar análises comparativas;

° Estimar as necessidades reais dos medicamentos;

° Elaborar planilha contendo a relação dos medicamentos, com as especificações técnicas, quantidades necessárias e custo estimado para cobertura do período pretendido;

° Identificar fontes de recursos para assegurar a aquisição dos medicamentos;

° Acompanhar e avaliar.

16.4. MÉTODOS DE PROGRAMAÇÃO

Existem diversos métodos para se programar medicamentos. Os métodos mais utilizados são: por perfil epidemiológico, por consumo histórico e por oferta de serviços.

17. AQUISIÇÃO

A "aquisição" consistirá num conjunto de procedimentos, pelos quais efetiva-se o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e para manter a regularidade do sistema de abastecimento.

17.1. REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA UMA BOA AQUISIÇÃO

Em razão da complexidade e diversidade dos segmentos envolvidos, será imperativo estabelecer uma Política de Aquisição, com diretrizes claras, para dar agilidade ao processo e evitar irregularidades no abastecimento. O processo de aquisição, para ser bem executado, deverá considerar diversos fatores e atender a alguns requisitos, tais como:

SES
367
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

a) Existência de uma Política de Aquisição

Será imprescindível a existência de diretrizes claras, prioridades, normas e procedimentos em relação ao processo de aquisição: modalidade, forma de aquisição, fontes de recursos, periodicidade, fluxo do processo, responsabilidades dos setores envolvidos, relação de medicamentos, entre outras questões pertinentes.

b) Programação das compras

A programação das compras estará diretamente relacionada às definições da Política de Aquisição. A programação de aquisição deverá responder às questões: o que comprar? para quem? modo de comprar? quanto? quando? quais os fluxos operacionais? Respostas sob o entendimento do Instituto Social Fibra:

- O que comprar: definição do que precisará ser adquirido da Relação de Medicamentos;
- Para quem comprar: será preciso ter clareza das prioridades no atendimento às demandas.
- Modo de comprar: a modalidade de aquisição pelo Pregão e por Sistema de Registro de Preço não dependerá de limites de valores estabelecidos de aquisição. Poderá efetuar-se compras em qualquer quantidade e valor. São as modalidades de compras mais recomendadas para o serviço público;
- Quando comprar: será necessário estabelecer a periodicidade das compras – se mensal, trimestral, semestral, anual, com entrega programada, para otimizar tempo e recursos;
- Fluxos operacionais, atribuições e competências em relação ao processo de aquisição: será necessária ampla discussão com todos os segmentos das áreas da saúde e os diretamente envolvidos no processo de aquisição: Planejamento, Orçamento, Finanças, Assistência Farmacêutica e outros, geralmente áreas de interesses conflitantes, para harmonização de procedimentos e condutas.

c) Existência da Relação de Medicamentos

A Relação de Medicamentos será o instrumento norteador do processo de gestão da Sssistência Farmacêutica.
d) Normas e procedimentos operacionais com definição explícita das responsabilidades e fluxo operacional do processo de compras.

e) Sistema de Informação e Gestão de material eficiente, que permitirá identificar, em tempo oportuno, o histórico da movimentação dos estoques (entradas e saídas), os níveis de estoques: mínimo, máximo, ponto de reposição, rastreabilidade dos lotes, dados de consumo, entre outras informações.

g) Articulação permanente com os setores envolvidos no processo de aquisição para troca de informações.

h) Cadastro de fornecedores

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA deverá dispor de um cadastro de fornecedores que permita selecionar os que têm melhores condições de atender às necessidades de entrega, preço e qualidade. Para selecionar os fornecedores, alguns critérios devem ser exigidos e constar no cadastro e no Edital de compras de medicamentos.

i) Catálogo de compras ou manual de especificação técnica

O Catálogo de Medicamentos ou Manual de Especificação Técnica será uma ferramenta indispensável e de suporte às aquisições de medicamentos. Consubstanciará um conjunto de informações específicas dos medicamentos que serão adquiridos, para caracterizar bem os produtos, cuja finalidade será agilizar o processo de compra e racionalizar tempo.

SES
3672
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Principais aspectos que deverão constar no conteúdo de um Catálogo de Compras ou Manual de Especificação de Compras:

- Nomes dos medicamentos por ordem alfabética e Denominação Comum Brasileira (DCB) / nome da substância química/princípio ativo;
- Número do código dos medicamentos, compondo o Sistema de codificação. Este Sistema será utilizado para identificar os princípios ativos, dentro de um contexto farmacológico e terapêutico. Alguns serviços já utilizam codificação, principalmente os departamentos de aquisições, para fins estatísticos, para relacionar com consumo/mês, quantidade comprada do produto, dados de preço por produto, provedor, entre outros;
- Forma farmacêutica: é a forma como a substância ativa/princípio ativo se apresenta (comprimido, cápsula, líquido, injetável, entre outras);
- Concentração: é a quantidade da substância/princípio ativo, que contém a unidade de apresentação: exemplo: AAS 100mg;
- Apresentação da embalagem : o tipo da embalagem do medicamento impacta no preço do produto. Quanto maior a capacidade de envase, menor será o preço;
- Especificação técnica: no Catálogo deverá constar as especificações de qualidade requerida para cada produto em termos de farmacopéia, entre outros aspectos que assegurem a qualidade do produto;
- Níveis de utilização: no catálogo deverá constar a indicação da utilização de cada medicamento, por nível de complexidade de atenção à saúde.

18. ARMAZENAMENTO

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos.

18.1. ATIVIDADES ENVOLVIDAS

- Recepção/recebimento de medicamentos;
- Estocagem e guarda de medicamentos;
- Conservação de medicamentos;
- Controle de estoque;

18.1.1. RECEPÇÃO/RECEBIMENTO

Ato de conferência, em que se verificará a compatibilidade dos produtos solicitados e recebidos, ou seja, se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas no processo de compra.

Para tanto, normas e procedimentos técnico-administrativos deverão ser elaborados, bem como instrumentos de controle para o registro das informações.

No ato do recebimento realizam-se dois tipos de conferências, que envolverão especificações técnicas e administrativas:

- Especificações técnicas: estarão relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação), em relação a: (i) especificações dos produtos - nome da substância (Denominação Comum

SES 3673 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Brasileira - DCB), forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade; (ii) registro sanitário do produto - nenhum produto poderá circular sem número do registro que deverá constar na embalagem; (iii) certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade - documento emitido pelo setor de Controle de Qualidade do fabricante do produto, que assegura a qualidade do medicamento; (iv) responsável técnico - deverá ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número de inscrição/registro no Conselho Regional de Farmácia e a unidade da federação no qual está inscrito; (v) embalagem/rotulagem - os medicamentos deverão ser entregues nas embalagens originais, devidamente identificadas e sem sinais de violação, aderência ao produto, umidade ou inadequação em relação ao conteúdo; (vi) lote - é a quantidade de medicamento produzida em determinado ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade; (vii) número do lote - consiste numa combinação distinta de números e/ou letras que identificam o lote produzido e deve constar o número na Nota Fiscal; (viii) validade - é a data-limite da vida útil do medicamento, que deverá estar expressa na embalagem e no produto. Recomenda-se constar em Edital de Licitação o prazo de validade por tempo suficiente para seu pleno consumo, considerando as condições de entrega, da distribuição e de transporte, exceto em casos excepcionais, de medicamentos de validade curta; e (ix) transporte - verificar se as condições de transporte dos medicamentos são satisfatórias. As transportadoras deverão estar devidamente autorizadas pela ANVISA e atenderem à legislação vigente;

°Especificações administrativas: serão as características quantitativas referentes à conformidade do pedido, em relação ao produto recebido e incluirão: (i) análise da documentação fiscal; (ii) verificação do nome do produto por denominação genérica; (iii) prazo de entrega, quantidade, preço unitário e total; e (iv) contagem física da quantidade em unidade e embalagem (solicitada x recebida).

a) Procedimentos imprescindíveis

- Verificar se as especificações técnicas e administrativas estão em conformidade com a Nota Fiscal e o pedido;

- Conferir quantidades , atestar o recebimento, carimbar, assinar e datar a Nota Fiscal;

- Registrar a entrada dos medicamentos com todas as especificações do produto, tanto do fornecedor quanto da Nota Fiscal no Sistema de controle existente (fichas ou informatizado);

- Avaliar a entrega do fornecedor, por meio de formulário específico, registrar, anexar cópia da avaliação à Nota Fiscal;

- Notificar ocorrências no recebimento;

- Arquivar e controlar toda a documentação;

- Encaminhar documento fiscal ao setor de pagamento e divulgar junto aos setores a entrada do produto.

Cuidados no recebimento de produtos:

- Não escrever ou rasurar o documento fiscal que acompanha o produto. Qualquer observação deverá ser feita em documento anexo, de preferência em formulário padronizado, timbrado e assinado;

- Arquivar cópia do documento referente à movimentação de produtos em separado (entradas, saídas, inventários, doações, remanejamentos, incinerações, devoluções, perdas, entre outros);

SES 3679 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Não atestar recebimento (assinar) em notas fiscais ou qualquer documento, quando ocorrer pendência de produtos, quantidades incompletas, ou que tenham sido recebidas por outras pessoas ou setores sem conferência;

- Entregas em desacordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, envase, embalagem, condições de conservação, lote, validade) deverão ser registradas em livro ata e/ou em boletim de ocorrências. O fornecedor deverá ser informado por ofício e a Nota Fiscal deverá ficar bloqueada. Só liberar para pagamento após resolução do problema;

- Suspeita de qualidade de produtos ou falsificação deverão ser informadas à Vigilância Sanitária local, para as devidas providências;

- Após o recebimento ou entrega de produtos, deve-se registrar as ocorrências, datar e assinar;

- Todo o procedimento e providências adotadas em relação às ocorrências no recebimento, distribuição, dispensação, outras, deverão ser registradas e cópias deverão ser arquivadas;

18.1.2. PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DO ARMAZENAMENTO

Esse conjunto de procedimentos incluirá:

° Estrutura física: área física e instalações adequadas (físicas, elétricas, sanitárias), com boa localização e condições ambientais adequadas;

° Estrutura organizacional: layout, organização interna, segurança, equipamentos e acessórios;

° Estrutura funcional: definição e controle das atividades, elaboração de normas e procedimentos operacionais e instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação, sistema de informação eficiente e eficaz;

° Recursos humanos qualificados: o pessoal envolvido no armazenamento de medicamentos deverá ter competência para assegurar que os produtos ou materiais sejam adequadamente armazenados e manuseados. Deverão ser treinados para as tarefas que lhes serão atribuídas;

° Manual de Normas e Procedimentos atualizado.

18.1.3. OUTROS PRESSUPOSTOS AFEITOS À ORGANIZAÇÃO DO ARMAZENAMENTO:

a) Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF):

Área física destinada à estocagem e guarda dos produtos, visando à manutenção das suas características físico-químicas, conforme suas especificidades. A denominação "Central de Abastecimento Farmacêutico" é utilizada, especificamente, para medicamentos, sendo assim chamada para diferenciar-se dos termos inadequados: almoxarifado, depósito, armazém e outros espaços físicos destinados à estocagem de todos os tipos de materiais.

b) Características de uma CAF:

Para assegurar condições ideais de conservação dos produtos e estabilidade dos medicamentos, uma CAF deverá atender a alguns requisitos: (i) localização - deverão ser localizadas em lugares de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos produtos e disporem de espaço suficiente para circulação e movimentação de pessoas, produtos, equipamentos e veículos; (ii) dimensão - o dimensionamento variará em função da quantidade e tipos de produtos que serão estocados, modalidade de aquisição, periodicidade da compra, tempo da entrega de medicamentos pelos fornecedores, sistema de distribuição (se centralizado ou

SES
3685
RJ.
RUBRICA
PROTOCOLO

descentralizado), quantidade de equipamentos, recursos humanos, áreas necessárias à funcionalidade do serviço (área administrativa, recepção/ expedição) e áreas específicas de estocagem. Não existe padrão estabelecido para determinar o tamanho adequado de uma Central de Abastecimento Farmacêutico; (iii) identificação externa - deverá ser caracterizada, por meio de nome e/ou logotipo que a identifique; (iv) sinalização interna - a CAF deverá sinalizar os espaços e áreas, por meio de letras ou placas indicativas nas estantes, locais de extintores de incêndio, entre outros; (v) condições ambientais - condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade; (vi) higienização - manutenção da limpeza e a higiene deverão ser prioridades. As áreas de armazenamento deverão estar sempre limpas, isentas de poeira e outras sujidades. A limpeza, além de demonstrar organização, é uma norma de segurança, que deverá ser rigorosamente seguida; (vii) equipamentos e acessórios suficientes - dispositivos necessários à movimentação e estocagem dos produtos; (viii) segurança - deverão ser estabelecidos mecanismos e equipamentos de segurança para a proteção das pessoas e dos produtos em estoque.

c) Instalações Físicas:

Deverão contemplar as seguintes obrigatoriedades: (i) piso – deverá ser plano para facilitar a limpeza e suficientemente resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos. A espessura do piso deverá estar de acordo com o quantitativo de cargas, para que ele não venha a rachar ou sofrer fissuras; (ii) paredes – deverão ser de cor clara, com pintura lavável, isentas de infiltrações e umidade; (iii) portas – deverão ser pintadas a óleo, preferencialmente esmaltadas ou de alumínio, com dispositivo de segurança automática; (iv) teto - deverá possuir forro adequado, em boas condições. Recomenda-se o uso de telha de fibra de vidro, telhas térmicas com uso de poliuretano e lã de vidro, incluindo a instalação de exaustores, entre outras alternativas que facilitem uma boa circulação de ar. As telhas de amianto deverão ser evitadas, pois absorvem muito calor; e (v) janelas - deverão possuir telas para proteção contra a entrada de animais.

Elétricas:

Sabe-se que a maioria dos incêndios é provocada por curtos-circuitos. A manutenção permanente das instalações elétricas deverá ser prioridade dos responsáveis pelo setor. Os seguintes cuidados deverão ser observados: (i) desligar diariamente todos os equipamentos, exceto os da rede de frio, antes da saída do trabalho; (ii) evitar sobrecarga de energia, com o uso de extensões elétricas; (iii) usar um equipamento por tomada, não fazendo uso de adaptadores; e (iv) solicitar contrato de manutenção elétrica ou realizar vistorias periódicas nas instalações.

Sanitárias: deverão ser apropriadas e sem comunicação direta com as áreas de estocagem.

d) Organização interna:

Será a disposição racional do espaço físico dos diversos elementos e recursos utilizados no serviço (materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários), de maneira adequada, possibilitando melhor fluxo e utilização eficiente do espaço, para a melhoria das condições de trabalho e garantia da qualidade dos produtos estocados.

Para a organização interna deverão ser observados diversos fatores que envolverão: layout, conforto térmico, organização, ordenação dos produtos em áreas apropriadas (de acordo com as características dos produtos, equipamentos e acessórios), medidas de segurança, sinalização interna das áreas, identificação dos produtos, limpeza, entre outros.

18.2. ESTOCAGEM

SES 3676 RUBRICA PROTOCOLO

Estocar consistirá em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características específicas e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar, entre outros). Para a estocagem adequada de diferentes tipos de produtos que serão armazenados, deve-se dispor de área física, instalações apropriadas, equipamentos, acessórios, normas e procedimentos e pessoal treinado.

a) Objetivos

- Reduzir perdas por quebra, expiração de validade, reduzir tempo gasto na movimentação dos produtos, diminuir acidentes no trabalho, aproveitar mais o espaço físico e aumentar a eficiência do processo de estocagem;
- Assegurar a disponibilidade do medicamento, insumos, produtos para saúde, em tempo oportuno e nas quantidades necessárias;
- Aumentar a eficiência do processo de estocagem.

b) Áreas de estocagem

O serviço deverá dispor de áreas suficientes de armazenamento dos produtos que possibilitem o estoque ordenado dos diferentes tipos de medicamentos e materiais, assegurando as condições adequadas para a manutenção da sua integridade. Dependendo dos tipos de produtos que serão armazenados e das condições de conservação exigidas, deverá se dispor de áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como: área para termolábeis, psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume deverão ser armazenados em ambiente separado), material médico-hospitalar, produtos químicos e outros existentes.

As áreas de estocagem deverão estar bem sinalizadas, de forma que permitam sua fácil visualização. A circulação, nessa área, deverá ser restrita aos funcionários do setor. Será o local onde serão desenvolvidas todas as atividades operativas. Deverão estar localizadas, preferencialmente próximas à entrada, para melhor desenvolvimento das ações. Outras áreas importantes da estocagem de materiais e medicamentos:

- Área de recepção: local de recebimento e conferência de produtos. Obrigatoriamente deverá situar- se junto à porta principal e funcionar segundo normas e procedimentos escritos, para recebimento de medicamentos;
- Área de expedição: local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos. Poderá estar ou não no mesmo espaço físico a recepção, porém, distintamente separadas, dependendo da dimensão da área física;
- Área para grandes volumes: local destinado ao armazenamento de soluções de grandes volumes, como soros, solução de Ringer Lactato, solução polieletrolítica, entre outras;
- Área para medicamentos de controle especial: local destinado à guarda e controle de medicamentos que exigem cuidados especiais. Em razão da especificidade e custos financeiros envolvidos, esses medicamentos não deverão ficar na área de estocagem geral. Na falta de espaço disponível, poderão ser guardados em armários. Os psicotrópicos e entorpecentes, por serem produtos sujeitos à legislação específica e causarem dependência física e/ou química, exigirão controle diferenciado, por meio de formulários próprios e prestação de contas aos órgãos fiscalizadores. O local deverá ser submetido ao controle exclusivo do farmacêutico que autorizará apenas o acesso de pessoas autorizadas;
- Área para termolábeis: local reservado aos medicamentos sensíveis à temperatura, sendo indispensável o controle ambiental nos locais de estocagem;

367
RUBRICA
PROTOCOLO

- Área para estocagem geral: local onde ficarão os medicamentos que não exigirão condições especiais, porém, deverá ser dispensado o mesmo conjunto de cuidados para a manutenção da estabilidade.

c) Condições para a estocagem de medicamentos

Para se realizar uma estocagem correta, há que se estabelecer um conjunto de condições técnicas e procedimentos operacionais. Dentre eles destacam-se:

- Áreas de armazenagem deverão ser livres de poeira, lixo, roedores e insetos. Os interiores deverão apresentar superfícies lisas, sem rachaduras, sem desprendimento de pó ou infiltrações nas paredes;

- Os medicamentos deverão ser ordenados de forma lógica, que permita fácil identificação dos produtos, por forma farmacêutica, em ordem alfabética por princípio ativo, da esquerda para a direita, rotulagem de frente para facilitar a visualização e rapidez na entrega;

- Deverá se manter distância entre os produtos e entre produtos e paredes, piso, teto e empPedro Ilmentos, a fim de facilitar a circulação interna de ar. Manter uma distância mínima de 50 cm da parede, solo, teto, e entre os produtos e cada um desses itens, para evitar formação de zonas de calor. Não se deverá encostar medicamentos junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade;

- As caixas de medicamentos não deverão ficar próximas de condicionadores de ar, estufas, sobre geladeiras ou freezers;

- O manuseio inadequado dos medicamentos poderá afetar a sua integridade e estabilidade, por isso, não se deverá arremessar caixas, arrastar ou colocar muito peso sobre elas. Todos os funcionários, incluindo motoristas, deverão ser treinados quanto ao manuseio e transporte adequados dos medicamentos;

- Embalagens: os medicamentos deverão ser conservados nas embalagens originais. Além da proteção, isso facilitará a identificação e a verificação dos lotes e validades. Ao serem retirados da caixa, as embalagens deverão ser identificadas, conforme segue: (i) as caixas que forem abertas deverão ser sinalizadas, indicando a violação e a quantidade retirada e deverão ser lacradas posteriormente; (ii) os medicamentos, cujas embalagens estejam danificadas ou com suspeita de contaminação, deverão ser retirados dos estoques, mantidos em área separada, até que as providências necessárias sejam tomadas. Deve-se seguir as recomendações do fabricante em relação às condições de armazenamento, que figuram no rótulo, para conservação dos produtos: "temperatura ambiente controlada", "refrigerador", "temperatura ambiente". Na ausência de instruções específicas, o produto deverá ser armazenado em temperatura ambiente controlada;

- Validade: armazenar os produtos por ordem de prazo de validade - os que vão vencer primeiro deverão ser armazenados à esquerda e na frente. A observância dos prazos de validade deverá ser monitorada rigorosamente, para se evitar perdas. Os medicamentos deverão ser distribuídos por ordem cronológica de validade, sempre pela validade mais antiga;

- EmpPedro Ilmento: (i) observar o empPedro Ilmento máximo permitido para o produto (ver recomendações do fabricante); (ii) as pPedro Ils deverão obedecer às recomendações dos fabricantes, quanto ao limite de peso e resistência. Não ultrapassar cinco caixas e uma altura máxima de 2,5m, para se evitar desabamentos e deformações por compressões.; (iii) o empPedro Ilmento deverá ser feito em sistema de amarração, mantendo espaços de circulação de ar e para se evitar desabamentos;

- Contato com o solo: o contato direto com o solo criará pontos de acúmulo indesejáveis de umidade que se depositarão nas embalagens e posteriormente poderão afetar o produto;

SES
3679
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Poeira: a poeira funcionará como elemento catalisador de umidade e corrosão. Graças ao seu elevado poder higroscópico, absorve umidade para a superfície do produto. As prateleiras e áreas de estocagem deverão ser mantidas limpas e isentas de poeiras. O chão deverá ser limpo com pano úmido e por lavagem;

- Inspeção sistemática: a inspeção nos estoques deverá ser uma prática de rotina, para identificar possíveis alterações nos produtos, que possam comprometê-los ou oferecer risco às pessoas. Produtos rejeitados pela inspeção, suspeitos e/ou passíveis de análise deverão ser armazenados na área de quarentena;

- Volume e peso do material: os itens mais volumosos e mais pesados deverão ficar próximos à área de saída, para facilitar a movimentação. Deverão ser colocados em estrados ou pallets (tipo especial de estrado);

- Rotatividade nos estoques: entre os itens de materiais mantidos em estoque, existem aqueles que têm maior movimentação, em virtude de sua utilização. Por isso, deve-se realizar periodicamente rodízio nos estoques para evitar seu envelhecimento, para minimizar o número de viagens entre as áreas de estocagem e a expedição, para otimizar o tempo despendido na expedição do material, com menor desgaste físico dos operadores;

- Medicamentos termolábeis: são medicamentos que necessitam de temperatura entre 18 e 22ºC. Quando armazenados em locais quentes e sem ventilação estarão sujeitos a alterações em suas propriedades físico-químicas. Faz-se necessário a utilização de aparelhos condicionadores de ar, que permitirão o controle da temperatura ambiente;

- Medicamentos de controle especial: deve-se dispor de armário especial, para a guarda dos produtos. O tamanho do armário dependerá do consumo e do estoque;

- Produtos diferentes: (i) não deverão ser armazenados no mesmo estrado, para se evitar troca na entrega; e (ii) nas áreas de estocagem de medicamentos não poderão ser armazenados outros insumos, principalmente material de limpeza e de consumo;

- Medicamentos deteriorados ou vencidos: as perdas de medicamentos são inaceitáveis. Isso acarretará sérios problemas, inclusive de ordem penal, tendo em vista que se trata de dinheiro público. Para tanto, as validades deverão ser monitoradas, o pessoal deverá ser orientado a respeito, e no caso de ocorrência de perda por validade, os medicamentos deverão ser retirados das prateleiras, as embalagens deverão ser identificadas e deve-se entrar em contato com a Vigilância Sanitária local, para orientação sobre o recolhimento do produto;

d) Formas de estocagem de medicamentos

A estocagem dos produtos dependerá da dimensão e do volume dos produtos, do espaço disponível e das condições de conservação exigidas, como segue:

- Estocagem em estrados/pallets/porta-pallets: estrados são plataformas horizontais de tamanhos e materiais variados, de fácil manuseio, utilizadas para estocagem de produtos de grandes volumes. Os porta-pallets são estruturas reforçadas, destinadas a suportar cargas que serão estocadas nos vários níveis, com bom aproveitamento do espaço vertical;

- Estocagem em prateleiras: forma de estocagem mais simples e econômica para produtos leves e estoques reduzidos. Preferencialmente, deverão ser de aço, nunca de madeira ou cimento;

- Estocagem por empilhamento: o emprilhamento deverá obedecer às recomendações do fabricante, quanto ao limite de peso. Em regra, as não deverão ultrapassar uma altura de 1,5m, para se evitar desabamentos e alterações nas embalagens por compressões. A estocagem por emprilhamento deverá ser feita em sistema

SES 3679 RUBRICA PROTOCOLO

de amarração das caixas, mantendo-se distanciamento entre elas e entre as paredes, para uma boa circulação de ar.

18.3. CONSERVAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Conservar medicamentos será mantê-los em condições ambientais apropriadas, para assegurar a estabilidade e a integridade durante seu período de vida útil.

Para que os medicamentos sejam bem conservados, alguns procedimentos técnicos e administrativos deverão ser adotados.

a) Temperatura: é uma condição ambiental, diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações dos medicamentos. Elevadas temperaturas são contra-indicadas para medicamentos, pois poderão acelerar a indução de reações químicas e ocasionar decomposição dos produtos, alterando a sua eficácia.

Para o controle da temperatura será necessária a utilização de termômetros nas áreas de estocagem, com registros diários em mapa de controle, registro mensal consolidado, elaboração de relatórios, com gráficos demonstrativos, para intervenção e correção de eventuais anormalidades.

Temperatura de conservação, segundo a Farmacopéia Americana (USP): (i) ambiente: temperatura entre 15º e 30ºC, com controle mediante termostato – recomenda-se temperatura próxima a 20ºC; (ii) quente: temperatura acima de 30ºC; (iii) fria ou refrigerada: temperatura entre 2º e 8ºC; (iv) local fresco: ambiente cuja temperatura situa-se entre 8º e 15ºC; (v) em congelador: temperatura entre 0º e -5ºC.

Para produtos que requerem baixa temperatura, há necessidade de equipamentos de temperatura controlada entre 10º e 20ºC.

b) Umidade: dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a umidade elevada poderá afetá-la, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, desencadeando algumas reações químicas.

Os medicamentos armazenados em áreas úmidas poderão sofrer alterações na consistência, sabor, odor, cor e tempo de desintegração. Por isso, não deverão ser encostados em paredes, teto, em contato direto com o chão, próximos a banheiros, áreas úmidas e com infiltrações.

Produtos sensíveis à umidade deverão ser conservados em frascos hermeticamente fechados ou conter substâncias dessecantes. Alguns produtos, em razão da elevada sensibilidade à umidade, trazem invólucros de sílica gel para a devida proteção. Orientar para que não sejam retirados das embalagens. A umidade relativa deverá se manter ente 40 e 70%. A medição será feita com higrômetro ou psicrômetro.

c) Luminosidade: a incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelerará a velocidade das reações químicas, alterando sua estabilidade (óxido-reduções). O local de estocagem deverá possuir iluminação natural adequada. No caso de iluminação artificial, recomendar-se-á a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).

Os efeitos da luminosidade dependerão da fonte de luz, intensidade e tempo de exposição. Para proteção dos medicamentos fotossensíveis, utilizam-se embalagens de cor âmbar e embalagem em blister de alumínio.

d) Ventilação: uma boa circulação interna de ar deverá ser mantida para conservação dos produtos. Elementos vazados nas janelas facilitarão a ventilação natural.

e) Equipamentos e acessórios: são dispositivos de ação mecânica, necessários à estocagem e movimentação dos produtos.

SES
3680
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Estrados/pallets são plataformas horizontais de tamanhos variados, fácil manuseio, movimentação e transporte, cuja finalidade será estocar produtos de grande volume. Recomenda-se o tamanho de 1m^2, para melhor adequação aos espaços. Quanto menor o estrado, será mais fácil manuseá-lo, limpá-lo e movimentá-lo. Não serão recomendados estrados de grandes dimensões ou fixos, porque dificultarão os deslocamentos e, principalmente, a limpeza. Existem em diversos tipos (madeira, plástico, fibra, alumínio, borracha) de diversas dimensões e formas (retangular e quadrado). Sua utilização dependerá da necessidade do serviço e da área disponível, para se evitar desperdícios de espaços, com quantidades desnecessárias.

Estrados de madeira: a madeira é muito utilizada em razão da sua rigidez, resistência a choques, impactos e deformações, além do seu baixo custo e facilidade no manuseio. Porém, não é recomendável, porque acumula muita poeira e absorve muita umidade, retendo água.

Estrados de plásticos: são os estrados mais utilizados atualmente, pelo fato de serem menos propensos a danos físicos. Possibilitarem fácil limpeza, manuseio, além da grande diversidade de cores, o que dá um layout diferente ao ambiente.

Para os produtos imunobiológicos e outros da rede de frio, recomenda-se utilizar os estrados de borracha. Os estrados não devem ficar rentes ao chão. Deverão manter certa altura do solo, para se evitar acúmulo de poeiras e sujidades, facilitando a limpeza.

Cestas de marfinite serão utilizadas para guardar material médico-hospitalar. São ajustáveis, de diversas cores e tamanhos.

Armários de aço servirão para a guarda de material controlado. Arquivos de aço serão destinados ao armazenamento de medicamentos sujeitos ao controle especial, quando o volume estocado é pequeno. Quando houver grandes quantidades será imprescindível dispor de sala fechada para este fim.

Extintores de incêndio: deverão ser adequados aos tipos de materiais armazenados, fixados nas paredes e sinalizados, conforme as normas vigentes. Deverá se fazer consulta ao corpo de bombeiros, sobre os locais apropriados para sua instalação, bem como sobre a sinalização e especificações necessárias, para ministrar palestras e treinamento aos funcionários. Cada extintor deverá estar acompanhado de uma ficha de controle, com data de inspeção e etiqueta de identificação contendo a data da recarga.

Câmara fria e refrigeradores serão utilizados, principalmente, para a conservação de produtos que exigem temperatura de conservação entre 2 e 8ºC.

Exaustores eólicos/ventiladores deverão ser utilizados em locais quentes ou que ultrapassem os 30º C, pois ajudam na renovação do ar circulante.

Quanto à disposição no espaço físico, as estantes deverão ser arrumadas de costas entre si e mantidas a uma distância mínima da parede de pelo menos 50cm, para uma boa circulação interna de ar, evitando-se zonas de calor.

Procedimento para numeração alfa-numérica: (i) numeram-se as estantes; (ii) numera-se cada prateleira com letras de baixo para cima; (iii) numeram-se os compartimentos, de baixo para cima e da esquerda para direita. Marca-se a estante da esquerda para direita e de baixo para cima; (iv) uma letra indicará a coluna da estante e outra indicará a altura (prateleira); e (v) estabelece-se o código de localização.

Será desaconselhável a utilização de estante de madeira, em razão do tipo da madeira utilizada, que nem sempre é de boa qualidade. Não se recomenda uso de prateleiras de madeira, também por causa da umidade.

Dentre os principais acessórios utilizados numa CAF, estão os fichários, as pastas suspensas, as placas indicativas e o material de escritório. Dutros itens técnicos incluirão os Termômetros (instrumentos utilizados

SES 3681 R.S. RUBRICA PROTOCOLO

para o controle de variação de temperaturas nos locais de estocagem e os Higrômetros (instrumentos utilizados para controle de umidade)

f) Segurança

Deverão ser elaboradas normas e procedimentos de segurança, além de medidas preventivas para se evitar riscos de quedas, deteriorações, desvios e incêndios, dentre outros. A falta de equipamentos de prevenção contra incêndios e a não manutenção das instalações elétricas são fatores que contribuem para o aumento de riscos no setor. Cada extintor deverá possuir uma ficha de controle, etiqueta de identificação (protegida para não ser danificada), com a data de recarga. Os funcionários deverão estar sensibilizados e avisos e cartazes deverão ser elaborados sobre o cumprimento de normas básicas de segurança, tais como: "Proibido fumar, beber, guardar alimentos nas dependências da Central de Abastecimento Farmacêutico", entre outros.

Algumas medidas de controle e segurança:

- Controle de entrada/saída: dispor de uma área para recepção e expedição dos produtos;
- Acesso de pessoas: o acesso deverá ser restrito e limitado, somente às pessoas que trabalham no setor;
- Empilhamento: o cuidado é fundamental para se evitar acidentes de trabalho e desabamentos dos produtos.
- Utilização de inseticidas: pela possibilidade de contaminação dos medicamentos, o uso deverá ser evitado;
- Higiene: a limpeza do ambiente deverá ser diária, para se evitar acúmulo de poeira, papéis ou caixas vazias de papelão, que possam criar condições para propagação de insetos e roedores. O lixo deverá ser depositado em recipientes tampados e descartado todos os dias.

19. GESTÃO DE MATERIAIS

Conjunto de atividades que visarão ao suprimento adequado dos serviços, de acordo com as necessidades requeridas, em qualidade e quantidades adequadas, em tempo correto e menor custo.

O objetivo fundamental da administração de materiais será determinar quando e quanto adquirir, para repor o estoque, o que deixa claro que a estratégia de abastecimento será determinada pelo usuário.

19.1. LOGÍSTICA DE MATERIAIS E INSUMOS

Será o planejamento, controle eficiente e eficaz de estoques de produtos, da origem aos consumidores. Para uma gestão adequada de materiais, diversos aspectos e atividades estarão envolvidos: normalização, padronização, especificação, classificação e codificação dos produtos.

19.1.1. NORMALIZAÇÃO

Referir-se-á aos instrumentos necessários à especificação dos materiais. Apesar da importância, em geral, os serviços não dispõem de um catálogo de materiais, com padronização dos produtos utilizados, devidamente classificados e codificados.

19.1.2. ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA

Será a descrição técnica detalhada de cada medicamento: nome, apresentação, forma farmacêutica, dosagem, características físico-químicas, critérios de qualidade e outros requisitos.

SES
3682
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

A especificação detalhada servirá de instrumento norteador para subsidiar o processo de aquisição, gestão de estoques, controles, e ainda otimizará o tempo, evitará compras erradas e inadequadas e qualificará melhor o processo, facilitando a emissão de relatórios, entre outros instrumentos de gerência.

19.1.3. CLASSIFICAÇÃO

Consistirá no agrupamento de materiais segundo a forma, dimensão, tipo, uso e outros requisitos, segundo critérios pré-definidos, para determinados fins de suprimento.

Há três tipos de codificação usados na classificação de material: o alfabético, o alfanumérico e o numérico, também chamado de decimal, além do código de barras.

- Alfabético: este código tem por constituição somente letras e sua característica principal será a fixação por meio de processo mnemônico, mediante a associação e combinação de letras com as características do material;
- Alfa-numérico: o sistema alfa-numérico é uma combinação de letras e números e normalmente é divido em grupos e classes;
- Numérico ou Decimal: é o mais utilizado, pela sua simplicidade.

19.1.4. CODIFICAÇÃO

A codificação será uma variação da classificação de materiais. O número de dígitos, dos grupos e subgrupos, dependerá do tamanho do Sistema Informatizado.

Definirá um grupo de números para identificar o grupo de materiais, outro para o subgrupo ou classe de materiais, e um terceiro conjunto numérico para o item ou número identificador, além de um dígito verificador ou de controle .

Esse tipo de estrutura de códigos contém até 100 grupos (de 00 a 99). Em cada grupo, será possível incluir até 100 subgrupos e o sistema comportará até 1.000 itens, em cada subgrupo. O código deverá ser capaz de identificar o produto, de modo que a um determinado código, corresponderá apenas um produto e vice-versa.

19.2. CONTROLE OE ESTOQUE

Atividade técnico-administrativa que visará subsidiar a programação e a aquisição de medicamentos, para a manutenção dos níveis de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do Sistema, mantendo-se o equilíbrio. O gerenciamento de estoques refletirá, quantitativamente e qualitativamente, nos resultados obtidos ao longo do exercício financeiro.

19.2.1. OBJETIVOS:

- Equilibrar demanda e suprimento e corrigir distorções, e/ou situações-problema identificadas. Por isso, a gestão dos estoques ocupará destaque na gestão de material;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias às demandas e evitar perdas;
- Identificar o tempo de reposição dos estoques, quantidades e periodicidade;
- Fornecer dados e informações ao setor de compras para execução da aquisição e reposição dos estoques;
- Manter inventários periódicos para avaliação das quantidades e condições dos estoques;

SES
3693
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Identificar problemas, avaliar rotatividade dos estoques, itens obsoletos e danificados entre outros;
- Manter os estoques em níveis economicamente satisfatórios, no atendimento às necessidades requeridas.

19.2.2. IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE ESTOQUE

- Proporcionar subsídios para se determinar as necessidades de aquisição;
- Garantir a regularidade do abastecimento;
- Eliminar perdas e desperdícios.

19.2.3. REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA UM CONTROLE DE ESTOQUE EFICIENTE

Será necessário o registro das informações, a precisão da informação e a objetividade e rapidez. As informações deverão ser claras e precisas, estando disponíveis quando necessário.

19.2.4. RESPONSABILIDADE PELO CONTROLE DE ESTOQUE

Um controle de estoque eficiente será resultante da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço. Para tanto, os funcionários deverão estar conscientes das suas responsabilidades e serem permanentemente treinados para o bom desempenho das suas atividades.

19.2.5. TAMANHO DO ESTOQUE

O grande desafio da administração de materiais será o dimensionamento correto dos estoques, para atendimento das reais necessidades, com regularidade no abastecimento. Será necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento.

Os estoques deverão ser bem dimensionados para não causar prejuízo institucional, excesso de material em relação à demanda real ou desabastecimento. Para dimensionar o tempo de reposição (período decorrido entre a solicitação até a entrega do produto) deverão de ser considerar os prazos necessários para execução das aquisições.

19.2.6. ELEMENTOS DE PREVISÃO DE ESTOQUE

Os elementos da Gestão de Estoques serão os principais parâmetros, necessários à adequação dos medicamentos e materiais aos interesses e às necessidades territoriais. Constituirão a própria gestão dos estoques e, por meio deles (os elementos), serão definidas as quantidades que serão adquiridas, em intervalos de tempo compatíveis.

a) Consumo Médio Mensal (CMM) = total / média estatística dos consumos em um determinado período de tempo (mês/ano). Ou seja, a soma do consumo de produtos utilizados em determinado período de tempo, dividido pelo número de meses de utilização (total). Quanto maior o período de coleta dos dados, maior a segurança nos resultados.

b) Estoque Máximo (EMX): quantidade máxima de produtos que deverá ser mantida em estoque, que corresponderá ao estoque de reserva, mais a quantidade de reposição.

c) Estoque Mínimo (EMI) de Segurança ou de Reserva: menor quantidade em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto (tempo de re-suprimento). O Estoque Mínimo variará de acordo com o CMM e o tempo de reposição de cada produto.

SES
3694
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

d) Tempo de Reposição (TR): será o espaço de tempo decorrido, entre a data da solicitação da aquisição, até a data do recebimento do material.

e) Ponto de Reposição (PR): quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido.

f) Tempo/quantidade de reposição/re-suprimento (TR)/(QR): tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando o tempo gasto na emissão do pedido, a tramitação do processo de compra, o tempo de espera, a entrega do fornecedor, a entrada nos estoques, até a disponibilidade para a utilização do medicamento. Ou seja, a quantidade necessária para atender à demanda requerida em função do Consumo Médio Mensal definido. A reposição de medicamentos dependerá da periodicidade da aquisição.

A unidade de cálculo do TR (tempo de reposição) será o mês.

Exemplo: se determinado medicamento demora para chegar 15 (quinze) dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a ½ (mês). Se demorar uma semana, o TR será ¼. Se um mês, o TR será igual a 1. Se demorar dois meses, o TR será igual a 2 e assim sucessivamente.

g) Ponto de re-suprimento ou de reposição (PR): quantidade existente no estoque, que determina a emissão de um novo pedido de aquisição. Momento que sinalizará a reposição de determinado item do estoque.

h) Quantidade de reposição ou a ser adquirida (QR): quantidade de reposição de medicamentos, que dependerá da periodicidade da aquisição.

QR: Quantidade de Reposição;

CMM: Consumo Médio Mensal;

TR: Tempo de Reposição;

EMI: Estoque Mínimo.

EA: Estoque Atual.

QR = (CMM x TR + EMI) - EA

i) Intervalo de re-suprimento (IR): espaço de tempo entre dois re-suprimentos consecutivos, ou seja, o período de tempo para o qual está determinada a quantidade de re-suprimento, considerando o lote econômico de compra.

19.3. SISTEMA DE CONTROLE

Poderá utilizar-se de várias formas de controle, como o Sistema Informatizado ou manual (fichas de controle de estoques), formulários para registro das informações, inventário, relatórios de acompanhamento, entre outros.

a) Controle por Sistema Informatizado: para a implementação de um Sistema Informatizado, serão necessários a organização do serviço, o registro eficiente das informações, o conhecimento das necessidades de informações a serem trabalhadas, a identificação dos tipos de relatórios utilizados, entre outros.

O sistema informatizado só agilizará o processo. Se não existir um controle eficiente, esse sistema não irá solucionar os problemas, pelo contrário, poderá aumentá-los.

b) Controle manual/Ficha de Controle de Estoque: se o controle é feito manualmente, deverão ser utilizadas fichas de controle de estoque que caracteriza-se por um instrumento de controle simples, eficiente, quando não se tem um Sistema Informatizado. Os principais dados que deverão constar em uma Ficha de Controle de

SES 3685 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Estoque são: (i) identificação do produto: especificação (nome, forma farmacêutica, concentração e apresentação) e o código do medicamento; (ii) dados da movimentação do produto: quantidade (recebida e distribuída), dados do fornecedor e requisitante (procedência/destinatário e número do documento), lote, validade, preço unitário e total; (iii) dados do produto: consumo mensal, estoque máximo e mínimo, e ponto de reposição. No que se refere à organização das Fichas de Controle ressalta-se que deverão ser organizadas em ordem alfabética (pelo nome genérico), numeradas e datadas e, ao término de cada mês, somar-se-ão as entradas e saídas, confrontando os estoques físicos com as fichas, corrigindo as distorções e atualizando-as.

19.4. INVENTÁRIO

Inventário será a contagem física dos estoques, para verificar se a quantidade de medicamentos estocada está em conformidade com a quantidade registrada nas Fichas de Controle ou no Sistema Informatizado.

19.4.1. OBJETIVOS

- Permitir identificar divergências entre os registros e o estoque físico;

- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício.

19.4.2. PERIODICIDADE

- Diariamente, de forma aleatória, como forma de monitoramento dos produtos, especialmente em determinados grupos de medicamentos: de controle especial, dispensação excepcional, alto custo e os de maior rotatividade;
- Semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10 a 20% dos estoques;
- Trimestral ou semestral.
- Anual, obrigatoriamente, ao fim do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas;
- Por ocasião do início de uma nova atividade, função, término de gestão, encerramento do ano em exercício, após período de afastamento, férias, entre outras condições.

19.4.3. TIPOS DE INVENTÁRIO

- Geral: realizado anualmente, com fins contábeis e legais, para incorporação dos seus valores ao balanço ativo da instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício;

- Periódico: realizado em intervalos de tempo (mensal, bimensal, trimestral, semestral, etc.);

- Permanente ou contínuo: realiza-se sem intervalo de tempo, sempre após a entrada e saída de produtos, o que permitirá eliminar, prontamente, as falhas e causas.

19.4.4. PROCEDIMENTOS

- Elaborar instrumento padrão (formulário), com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e porcentual de erros;
- Designar responsáveis para a contagem;
- Proceder à arrumação física dos produtos, para agilizar a contagem;

SES
3686
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados e dar baixa nos estoques;
- Comunicar, por escrito, à OS Parceira e às Unidades de Saúde a data de início e finalização do inventário;
- Atender a todos os pedidos pendentes, antes do início do inventário;
- Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);
- Realizar a contagem. Cada item do estoque deverá ser contado duas vezes. A segunda contagem deverá ser feita por uma equipe revisora. No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;
- Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;
- Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;
- Elaborar o relatório e encaminhar cópias às áreas competentes.

Cuidados necessários quando dos inventários: (i) suspender o atendimento, durante o período de inventário, exceto nos casos excepcionais; (ii) as entradas e saídas de medicamentos deverão ser lançadas somente após a finalização do inventário, para se evitar risco de dupla contagem do mesmo produto; (iii) no caso de divergências nos estoques, registrar a ocorrência, rastrear as notas fiscais de entrada, documentos de saída, registros de ocorrências de devolução, remanejamentos, perdas e validade vencida, para identificar as possíveis falhas; (iv) revisar as somas das entradas e saídas das fichas de controle, para avaliar se houve erro na soma ou registros; e (v) em caso de desvio de medicamentos, comunicar por escrito à área competente para as providências cabíveis.

19.4.5. DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVO

O controle da documentação e arquivo será imprescindível ao serviço, para acompanhamento do registro das informações e avaliação do processo.

a) Arquivo: arquivar consistirá em classificar, guardar e conservar, ordenadamente e de forma segura, toda a documentação utilizada. Quanto maior a diversidade do serviço e atividades desenvolvidas, maior a necessidade de registros das informações.

b) Como arquivar: existem diversas formas e métodos – ordem numérica crescente da documentação (mês a mês), ordem alfabética, ordem cronológica ou por requisitante, entre outros.

c) Procedimentos:

- Designar responsável para organizar e controlar o arquivo;
- Não permitir que as pessoas utilizem ou retirem documentos do arquivo sem autorização (apenas o responsável pelo arquivo poderá retirar documentos);
- Em caso de necessidade, o solicitante deverá assinar um documento de requisição, datar, assinar e entregar ao responsável;
- Arquivar a cópia da solicitação junto ao documento consultado e/ou retirado;
- Entregar sempre as cópias, nunca os originais;
- Fazer, periodicamente, revisão do arquivo da documentação do setor, principalmente documentos fiscais, verificando a ordenação, numeração dos documentos, rasuras, assinaturas, entre outros

SES
368
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

cuidados. Essa rotina poderá contribuir para que não ocorram problemas, quando da realização de auditorias.

d) Eliminação de documentos: para eliminar documentos será preciso constituir uma equipe para avaliar sua importância como instrumento administrativo, valor e finalidade, definindo o que se deve preservar ou destruir. Após a eliminação, elaborar relatório, fundamentando as decisões, listar os documentos eliminados, datar e assinar. Toda essa rotina deverá estar fundamentada na legislação que regulamenta as atividades de arquivo.

20. DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Consistirá, sob responsabilidade do Instituto Social Fibra, no suprimento de medicamentos, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deverá garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação.

21. DISPENSAÇÃO

Dispensação será o ato, sob responsabilidade do profissional Farmacêutico ou técnico por ele delegado, que consistirá em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o Farmacêutico, ou o técnico por ele delegado, informará e orientará o usuário sobre o uso adequado do medicamento.

21.1. OBJETIVOS

O ato de dispensar compreenderá:

- Proporcionar Atenção Farmacêutica de qualidade.
- Analisar técnicamente a prescrição;
- Orientar o usuário;
- Garantir o cumprimento da prescrição e o uso correto do medicamento;
- Garantir que o usuário adira ao tratamento e cumpra a prescrição médica;
- Minimizar os erros de prescrição;
- Garantir o cumprimento da prescrição médica, assente no fornecimento do medicamento correto e na quantidade adequada.

21.2. REQUISITOS NECESSÁRIOS A UMA DISPENSAÇÃO ADEQUADA

- Prescrição racional;
- Informação correta/simples, objetiva e de forma compreensível ao usuário;
- Utilização de instrumentos que facilitem a orientação;

21.3. PROCEDIMENTOS

- Abordagem do usuário, para a busca da confiança;
- Recepção da prescrição, quando se verificam diversos parâmetros e aspectos legais, na busca de se evitar riscos ao usuário;

SES
3689
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- A receita deverá, obrigatoriamente conter: nome do usuário, nome do prescritor, nome do medicamento, forma farmacêutica, posologia, via de administração e duração do tratamento;
- Interpretação e análise da prescrição, com base nos aspectos terapêuticos e farmacológicos (adequação, indicação, interação, entre outros aspectos);
- Orientação ao usuário, para possibilitar o cumprimento da prescrição;
- Registro adequado da prescrição.

21.4. PRESCRIÇÃO

A prescrição será o instrumento no qual se apoiará a dispensação. Deverá cumprir todos os aspectos legais contidos na Lei no 5.991/1973.

O Artigo 35 da Lei no 5.991/1973 estabelece que a prescrição deverá ser aviada com as seguintes características:

- Escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e sistema de pesos e medidas;
- Constar nome e endereço residencial do usuário;
- Modo de usar o medicamento;
- Data e assinatura do profissional, endereço da Unidade de Saúde e número de inscrição do respectivo Conselho profissional (BRASIL, 1973, art. 35).

21.5. PROCEDIMENTOS DA DISPENSAÇÃO

Os Farmacêuticos ou técnicos delegados, sob responsabilidade do Instituto Social Fibra deverão:

- Anotar no Prontuário os tratamentos prescritos, os medicamentos dispensados, bem como o registro de ocorrências no uso dos medicamentos;
- Analisar a prescrição, verificando o nome correto do fármaco, dosagem, posologia, interação com medicamentos e alimentos. Em caso de dúvidas ou incompatibilidades, registrar a ocorrência e conversar com o médico;
- Separar o medicamento, confrontando-o com a receita, no ato da entrega;
- Marcar na receita os itens atendidos e não atendidos e datar a entrega nas duas vias da prescrição, assinar e carimbar;
- Orientar o usuário, avaliando o grau de entendimento das informações prestadas. Será importante que se peça para repetir pontos fundamentais da orientação, assegurando-se de que ele entendeu o uso correto de cada medicamento;
- Esclarecer os pontos mais importantes e dúvidas existentes;
- Registrar no cadastro do paciente as informações pertinentes à dispensação;
- Acompanhar e avaliar o uso.

21.6. RECOMENDAÇÕES GERAIS

SES
3689
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA (i) normalizará os procedimentos para a prescrição e a dispensação, com a finalidade de racionalizar o uso de medicamentos e possibilitar melhor qualidade deste processo; (ii) promoverá ampla divulgação das normas aos profissionais de saúde, equipes de trabalho e população; (iii) elaborará manual de normas e procedimentos e assegurará seu fácil acesso à equipe de trabalho; (iv) elaborará fichas com informações técnicas para serem utilizadas no ato da dispensação (roteiro de orientação para cada medicamento); (v) desenvolverá mecanismos de controle e avaliação do processo; (vi) elaborará material educativo sobre o uso racional dos medicamentos para profissionais de saúde e usuários; e (vii) promoverá ações educativas para os prescritores, dispensadores e usuários de medicamentos.

21.7. PROCESSO INFORMATIVO REFERENTE AO TRATAMENTO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA OA PRESCRIÇÃO

O motivo da existência de um Serviço Farmacêutico será sempre o usuário do Sistema de Saúde. Para a execução do serviço será preciso conhecimentos, habilidades, técnicas de comunicação, metodologia para elaboração de programas..

A falta de informação ao usuário, sobre o uso correto dos medicamentos (indicação, contra-indicações, interações, tempo do tratamento, posologia, dosagem, cuidados no uso, entre outros fatores) é uma das principais causas da não adesão ao tratamento.

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA exorta que a orientação baseia-se num processo de informação e educação, fundamental para o êxito da terapêutica indicada. Informar é dotar o indivíduo de conhecimentos a respeito do medicamento a ser utilizado. Educar é motivar e induzir mudanças para a prática de estilos de vida saudáveis, conscientizando o usuário da responsabilidade pela sua saúde.

A informação deverá ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito.

22. MONITORAMENTO

Monitoramento será o processo sistemático de registro e armazenamento das informações, que consistirá no acompanhamento, para verificação da evolução físico-financeira.

Um sistema de monitoramento deverá ser capaz de identificar informações relevantes, precisas, sintéticas, que alimentarão o processo de avaliação, por meio de condições favoráveis, instrumentos técnicos e informacionais, para se estabelecer a obrigatoriedade de se registrar o processamento de informações relevantes.

O monitoramento será um mecanismo gerencial de acompanhamento e controle de ações planejadas, com base em indicadores. Permitirá a socialização de informações sobre resultados alcançados, além de medir quantitativa e qualitativamente os ganhos e o alcance social das ações. O Monitoramento acompanhará as decisões, os procedimentos, a participação dos funcionários e a adesão da população aos programas.

Avaliação será um processo sistemático de análise de resultados de uma política, programa ou projeto, a partir da utilização de critérios definidos, que visam determinar relevância, qualidade, utilidade ou efetividade, gerando recomendações.para sua correção ou melhoria. Não há avaliação sem monitoramento. Envolverá todas as atividades relacionadas às fases de um programa: concepção, monitoramento da sua implementação e verificação de sua efetividade e eficiência. A avaliação identificará processos e resultados, quantificará e qualificará dados de desempenho, comparará, analisará, informará e, por fim, proporá. Comparará níveis atuais de desempenho com parâmetros ou indicadores de qualidade estabelecidos e apresentará recomendações e ações corretivas que serão executadas em determinado período de tempo, para a melhoria de desempenho.

SES 3690 RUBRICA PROTOCOLO

a) Tipologias da avaliação:

Da Estrutura: refere-se à adequação das instalações físicas, equipamentos, recursos humanos e insumos.

Do Processo: avaliação das atividades e serviços, técnicas utilizadas, tempo, nível de informações, serviços prestados, entre outros.

Dos Resultados (eficácia): visa avaliar até que ponto estão sendo alcançados os resultados previstos.

Do Impacto: avaliação quando se leva em conta o conjunto da população (usuários do sistema) e as mudanças ocorridas, ou não, na melhoria de serviços de saúde.

b) Indicadores:

O conjunto de indicadores, na Assistência Farmacêutica, é o parâmetro que mede a diferença entre a situação desejada e a situação atual. Permitirá quantificar um processo/atividade. Os indicadores fornecerão referência para a coleta de dados e evidências para os propósitos da avaliação. Serão utilizados para acompanhar e avaliar o cumprimento de metas.

O indicador estará associado ao objetivo, possibilitando mensuração dos resultados alcançados e é geralmente representado como uma relação ou taxa entre variáveis associadas, sobre as quais se pretende atuar. No gerenciamento dos indicadores será importante a formação de uma base de dados (série histórica), que permita efetuar análises através do tempo, bem como se as ações empreendidas estão surtindo o resultado esperado.

d) Índices:

Representarão o padrão de medida ou unidade de medida dos indicadores, permitindo uniformidade e o estabelecimento de metas e acompanhamento.

e) Procedimentos:

- Elaborar critérios, indicadores de qualidade e instrumentos para avaliar a eficiência dos serviços;
- Implementar ações corretivas e de melhoria da qualidade nos serviços, cujos resultados e/ou recomendações da avaliação apontem para esta necessidade;
- Divulgar as intervenções implementadas, para a melhoria da qualidade nos serviços, via boletins, site, informações e instrumentos de avaliação.

f) Avaliação do desempenho:

A avaliação do desempenho deverá considerar os seguintes aspectos: (i) sistemas de coleta e informação de resultados eficientes; (ii) conjunto de índices adequados; (iii) análise estatística dos resultados; e (iv) ações corretivas.

O desafio realmente importante será transformar dados em informações que possibilitem a tomada de decisões, por meio de escolha adequada de indicadores e da análise sistemática dos resultados. Para isso, deverão ser seguidos alguns pré-requisitos básicos: (i) escolher um conjunto de dados representativos, interpretáveis, oportunos e confiáveis da realidade que se pretende representar; (ii) ter definidos e seguir procedimentos padronizados para o levantamento dos dados; (iii) dispor de um sistema robusto de apropriação e tratamento dos dados; (iv) possuir uma base de dados segura e de fácil acesso; (v) dispor de ferramentas que facilitem a análise dos dados; e (vi) dispor de pessoal capacitado e com experiência no processo sob análise.

SES 3491 RUBRICA PROTOCOLO

g) Requisitos básicos para a escolha dos indicadores:

Clareza: facilidade para entender e calcular;

Utilidade: refletir a importante dimensão de desempenho;

Mensurabilidade: definido em termos quantitativos ou qualitativos;

Confiabilidade: permitir avaliação através do tempo e entre diferentes observadores;

Validade: realizar uma medida verdadeira do que se quer medir.

h) Sugestão de alguns indicadores:

SELEÇÃO

- Percentual de redução no número de especialidades farmacêuticas, após implantação da Relação de Medicamentos;
- Percentual de redução dos custos por tratamento;
- Percentual dos profissionais que prescrevem pela Relação de Medicamentos;
- Percentual de itens de medicamentos programados x medicamentos adquiridos (em quantidade e recursos financeiros);
- Percentual de itens programados x atendidos;
- Percentual de medicamentos programados e não utilizados por superestimação.

AQUISIÇÃO

- Desempenho de fornecedores (acompanhamento de dados: pontualidade da entrega, qualidade do produto, preço, segurança, embalagem, entre outros);
- Recursos gastos com aquisição de medicamentos e por modalidade de compra;
- Demonstrativo físico-financeiro de aquisição por determinado período de tempo;
- Tempo médio gasto no processo de compra por modalidade de licitação, desde a emissão do pedido até o recebimento do medicamento;
- Quantidades solicitadas x quantidades adquiridas;
- Número de itens solicitados x adquiridos;
- Recursos públicos gastos per capita e por grupos de medicamentos;
- Valores gastos por modalidade de compra;
- Análise comparativa entre os preços de mercado estimados para a compra x preços ofertados na compra;
- Análises comparativas de preços das aquisições por produto e/ou grupos farmacêuticos ou especialidades/ clínicas médicas;

SES
3692
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Análises comparativas de preços de medicamentos por laboratório, para mensurar os aumentos ao longo do tempo, praticados pelos laboratórios.

i) Avaliação de fornecedores:

- Número de ocorrências/não conformidades apresentadas pelo fornecedor em relação as entregues (registrar em instrumento específico todas as ocorrências, bem como no respectivo cadastro do fornecedor);
- Número de reclamações recebidas do produto;
- Quantidades contratadas x quantidades entregues;
- Cumprimento dos prazos de entrega contratados;
- Percentual e/ou número de unidades atendidas mês/ano;
- Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos;
- Porcentual de Unidades de Saúde atendidas, de acordo com o cronograma de distribuição;
- Percentual de demanda atendida e não atendida;
- Percentual de itens solicitados x itens atendidos;
- Percentual do gasto mensal com medicamentos para atender à atenção básica de saúde e por unidade de serviço.

j) Armazenamento

- Percentual de medicamentos vencidos.
- Percentual de perdas de medicamentos decorrentes de armazenamento inadequado;
- Número de inventários realizados/ano;
- Percentual de erros na entrega de medicamentos;
- Percentual de medicamentos sem rotatividade/ano.

k) Avaliação dos estoques

- Custo total dos estoques: avaliar periodicamente quanto a instituição está investindo em relação ao que foi programado e adquirido;
- Rotatividade dos estoques: relação entre consumo e estoque médio, em determinado período de tempo.
- Percentual de dias com falta de medicamentos: número de dias de medicamentos em falta x 100, dividido pelo número de Unidades ou medicamentos demandados;
- Percentual de consumo: valor de cada medicamento x 100, dividido pelo valor total do consumo de todos os medicamentos, em determinado período de tempo.

l) Dispensação

- Número de prescrições dia/mês;

SES
3693
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Percentual de prescrições atendidas e não atendidas;
- Número de prescrições por: especialidade médica, sexo, faixa etária;
- Medicamentos mais prescritos;
- Percentual de prescrições em desacordo com as normas estabelecidas;
- Número de itens de medicamentos atendidos por prescrição;
- Número de usuários atendidos ou percentuais de cobertura;
- Número de notificações de reações adversas.
- Normas e procedimentos para o processo de dispensação;
- Número de receitas dispensadas/dia;
- Percentual de medicamentos não dispensados por falta de medicamentos;
- Medicamentos prescritos fora da padronização;
- Avaliação de ações/programas educativos por resultados (aumento do cumprimento de tratamento, melhoria dos resultados clínicos).

n) Prescrições

- Número de prescrições atendidas e não atendidas;
- Índice de prescrição em relação ao volume de atendimento;
- Índice de prescrições injustificáveis;
- Variação do custo médio por tratamento;
- Variação do custo médio por prescrição;
- Variação do custo médio dos grupos farmacológicos de maior impacto/peso nos custos hospitalares com medicamentos;
- Índice de cobertura de medicamentos.

o) Qualidade do serviço

- Reclamações: reclamações resolvidas, divididas pelo total de reclamações no período x 100;

23. PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, propõe a estruturação de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, com os seguintes objetivos: (I) estabelecer claramente os critérios para o diagnóstico de cada doença; (ii) estabelecer o tratamento preconizado, com os medicamentos disponíveis e nas respectivas doses corretas; (iii) estabelecer os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação dos resultados; e (iv) racionalizar a prescrição e o fornecimento dos medicamentos.

24.1. ESTRUTURA E MONTAGEM DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS E DAS DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

SES
3694
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, para a estruturação e montagem dos protocolos e das diretrizes, basear-se-á nas recomendações do Ministério da Saúde. Dentre elas, destacam-se:

1. Introdução: corresponderá à conceituação da situação clínica a ser tratada, com uma revisão de sua definição, epidemiologia, diagnóstico, potenciais complicações e morbi-mortalidade associada à doença, além dos benefícios esperados com o tratamento.

2. Classificação CID 10: classificação, segundo a CID 10, da situação clínica.

3. Diagnóstico: apresentará os critérios para os diagnósticos da situação clínica, subdivididos em diagnóstico clínico e laboratorial, quando necessário.

4. Critérios de inclusão: corresponderão aos critérios que serão preenchidos pelos usuários, para serem incluídos nos protocolos de tratamentos. Poderão ser apenas clínicos e/ou incluírem exames laboratoriais.

5. Critérios de exclusão: corresponderão aos critérios que contra-indicam a participação dos usuários nos protocolos de tratamentos. Em geral são contra-indicações relacionadas aos medicamentos ou às situações clínicas peculiares.

6. Casos especiais: corresponderão a situações a respeito do tratamento ou da doença em que a relação risco-benefício deverá ser cuidadosamente avaliada pelo médico prescritor e nas quais um comitê de especialistas poderá ou não ser consultado para a decisão final.

7. Comitê Técnico / de Referência: estará presente em alguns protocolos, nos quais se julga necessária a avaliação dos usuários em um de Referência, por motivos de subjetividade de diagnóstico ou de complexidade do tratamento.

8. Tratamento: será a indicação das opções de tratamento e discussão das evidências que as embasam. Apresentar-se-á dividido em subitens: (i) fármacos; (ii) esquema de administração; (iii) tempo de tratamento e critérios de interrupção; e (iv) benefícios esperados.

ORGANIZAÇÃO HORÁRIA DA FARMÁCIA

A Assistência Farmacêutica funcionará 24 horas, realizando atendimento através do Sistema Dose Únitária para as clínicas abertas. Na UTI, UC, Centro Cirúrgico e Pronto Socorro funcionarão Farmácias satélites.

SISTEMA DE DOSE UNITÁRIA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS (SDMDU)

Oefinição: É uma quantidade ordenada de medicamentos com forma e dosagens prontas para serem ministradas ao paciente de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo.

Objetivos:
Dispensar o medicamento certo, ao paciente certo, na hora certa, levando-se em consideração que podem ser avaliados diversos aspectos, tais como:

- Erros de medicação, ou seja, verifica-se com a "dose unitária" se estes erros são freqüentes;
- Fidelidade das doses (comparar as doses prontas com as prescrições médicas e verificar possíveis diferenças);
- Interações medicamentosas, reações adversas e outras causas podem ser estudadas;
- Acondicionamento dos fármacos pode ser estudado considerando-se o tipo de acondicionamento ao qual estão submetidos na "dose unitária";

SES 3695 FL PROTOCOLO

° Proporcionar a administração hospitalar um sistema de distribuição de medicamentos que seja financeiramente viável;

° Oferecer recursos ao Farmacêutico para melhor integrar-se a equipe de saúde.

Rotina Operacional:

A rotina operacional é cíclica, e portanto deve ser vista como um processo dinâmico. Cada passo tem sua importância não devendo haver atropelos, sob pena de interromper o processo em qualquer fase que se encontre.

- Médico: Prescreve na folha de prescrição médica (duas vias).
- Atendente ou Auxiliar de Enfermagem: retira do prontuário as cópias (segundas vias) das prescrições médicas.
- Funcionário da Farmácia: Vai ao posto de enfermagem, enfermarias ou apartamentos e recolhe: cópias (das segundas vias) das prescrições; receitas utilizadas para a retirada de medicamentos dos armários de urgências; doses unitárias não ministradas.
- Funcionário da Farmácia prepara: doses unitárias; etiqueta as doses unitárias e revisa as receitas rubricando-as (para identificar quem preparou e/ou aviou as doses e receitas, respectivamente).
- Farmacêutico: verifica se as doses unitárias preparadas estão de acordo com as segundas vias das prescrições médicas; faz ou supervisiona o controle de estoque e registra as receitas de psicotrópicos ou entorpecentes, de acordo com a legislação vigente; analisa o perfil farmacoterapêutico do paciente; efetua ou supervisiona a reposição dos medicamentos utilizados nas urgências.
- Atendente ou Auxiliar de Enfermagem: recebe e confere as doses unitárias e faz a reposição dos medicamentos utilizados na urgência; reintroduz as segundas vias das prescrições nos prontuários (se for o caso).
- Enfermeiro: Ministra as doses unitárias.

MÉTODOS DE CONTROLE SOBRE FÁRMACOS CONTROLADOS E/OU DE ALTO CUSTO,

Todos os medicamentos citados na Resolução da Portaria 344/98 que visa Normas para prescrição e dispensação de medicamentos sujeitos a regime especial de controle e são acondicionados de acordo com a tal resolução.

O Setor de Controlados de uma Farmácia Hospitalar é de total responsabilidade do profissional farmacêutico, funcionando da seguinte maneira:

1. os medicamentos controlados são guardados em salas/armários com trancas;
2. as prescrições são retidas na farmácia, para posterior controle, sendo registradas no livro de controlados que passa pela Vigilância Sanitária (VS) mensalmente seguindo as normas da Resolução da Portaria 344/98.

O farmacêutico é responsável pelo mapa dos medicamentos controlados e alto custo que é fiscalizado pela Vigilância Sanitária. O mapa é entregue mensalmente, contendo o nome do paciente, o balanço de entrada, saída e estoque.

A Legislação de controle do uso de psicotrópicos em ambiente hospitalar, de acordo com a Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998, publicada no Diário Oficial pelo Ministério da Saúde, determina que o sistema de distribuição de medicamentos dos psicotrópicos requer uma investigação em profundidade das atividades

SES 3694 Fls. Rubrica PROTOCOLO

para que possa garantir eficiência, eficácia e segurança. De acordo com esta portaria, desde o momento da entrada do medicamento no ambiente hospitalar, este deverá sempre ser acompanhado por um farmacêutico responsável (Art.93).

Este profissional deve, deve, de acordo com as normas estabelecidas a entrada, a saída e as perdas dos medicamentos dos psicotrópicos em livros e registro específicos que devem conter necessariamente a unidade hospitalar, a numeração do receituário específico, o número e a nota fiscal o equivalente registro de entrada. (Art.65, 98).

Além disso, o estoque destes medicamentos também é responsabilidade do farmacêutico. Desta forma, segundo a portaria, estas substâncias "deverão ser obrigatoriamente guardadas sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim".

UTILIZAÇÃO DE PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA

O Instituto Social Fibra implantará o Sistema de Prescrição Eletônica através do Modulo de Assistência Farmacêutica do Sistema de Informação que será implantado.

Membros que compõem o serviço de farmácia:

Farmacêutico plantonista diurno		P 12x60h	4	12	Serviço de Farmácia
Farmacêutico plantonista noturno		P 12x60h	4	12	Serviço de Farmácia
Farmacêutico responsável técnico		D 40h	1	1	Serviço de Farmácia
Oficial de farmácia diurno		P 12x60h	7	21	Serviço de Farmácia
Oficial de farmácia noturno		P 12x60h	7	21	Serviço de Farmácia

4.1.3 ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS ou SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA- SAME

1. INTRDDUÇÃD

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA , baseado numa série de publicações sobre o tema, entende que o prontuário tem ampla aceitação e utilização no meio médico, entretanto, é freqüentemente usado de modo impróprio. Algumas irregularidades, em seu preenchimento, poderão gerar efeitos danosos para o usuário do Sistema de Saúde, para o médico e para a medicina. O não entendimento da letra dos profissionais nas prescrições, por exemplo, poderá ensejar troca de medicamentos, o que poderá ser fatal para o usuário. Outra situação grave é a falta de detalhamentos objetivos nos prontuários, podendo gerar, em ocasiões específicas de reclamações e litígios, prolongadas atribulações judiciais contra o terapeuta. Além disso, tais atribulações poderão vir acompanhadas de grande desgaste moral e de sofrimento psicológico para o profissional. Pesquisas e avaliações também poderão ser prejudicadas, por anotações ilegíveis ou de leitura penosa, assim como pela falta de organização das papeletas ou, ainda, omissão de fatos relevantes.

No cenário acadêmico é comum, em pesquisas sobre determinada doença, o lamentável descarte de muitos prontuários, por motivo de dados incompletos ou não confiáveis. Descrições de cirurgias mais freqüentes, como hérnias inguinais, cesarianas, apendicectomias, colecistectomias e análogas, tendem a ser semelhantes, com jeito de carimbos burocráticos. Repetidas vezes, não há descrições de detalhes, de situações interessantes e de achados anormais, que fariam do relato cirúrgico um instrumento mais informativo e de maior aproveitamento científico. Essas ocorrências evidenciam que o verdadeiro valor do prontuário permanece desconhecido para grande parte dos usuários. Sua função primordial, como fonte de dados, vem sendo persistentemente prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros.

SES
369
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Ao longo da história, a prática médica ensina que o profissional precisa ter, além de conhecimentos para diagnosticar e tratar doenças, noções fundamentais sobre atividades de apoio ao exercício da medicina, como administração hospitalar, ética médica, psicologia das relações médico-paciente, vigilância sanitária, infecção hospitalar, metodologia científica, linguagem médica e uso correto do prontuário. Tais noções poderiam ser adquiridas em cursos especiais para estudantes e graduandos, estes ministrados por instituições de ensino na área da assistência biomédica. Conhecimentos sobre ética e prontuário não trazem, necessariamente, fontes de ganhos financeiros, mas poderão evitar sérias perdas.

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA adverte que será fundamental que todos os envolvidos com a assistência ao usuário– profissionais e residentes – tenham seus primeiros contatos com os prontuários e suas normas, por intermédio de orientadores especializados, especialmente os que atuam em controle de prontuários.

O descaso institucional com o prontuário, qualquer que seja sua causa, configurará inobservância ao princípio bioético da beneficência. O desconhecimento das normas sobre o prontuário e de suas implicações ético-profissionais, poderá ser apontado como a causa de uma prática deficiente e de outras infrações. O médico poderá ser prejudicado pela divulgação de condenações judiciais, bem como no âmbito dos Conselhos de Classe.

O conjunto das normas de uso dos registros clínicos é regido por um complexo de leis, códigos, resoluções, regulamentos, estatutos, regimentos, que freqüentemente sofrem mudanças e revogações totais ou parciais, considerando o advento de novos dispositivos legais.

Lógica e informações específicas comporão, em grande parte, os procedimentos fundamentais no uso do prontuário. As diversas recomendações de inclusão de muitos itens nas anotações do prontuário poderão acarretar acréscimo laboral, mas, seu objetivo maior será a proteção do médico e do usuário.

2. PRONTUÁRIOS: CONSIDERAÇÕES GERAIS

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (CFM), na Resolução Nº. 1.638/2002, prontuário é definido como "documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registrados, gerados a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo". Para simplificar é o conjunto de documentos relativos à assistência prestada a um paciente.

3. OBJETIVOS E BENEFÍCIOS DO USO ADEQUADO DO PRONTUÁRIO

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, apontando para a qualidade da atenção ao usuário, exorta que o prontuário deverá ser organizado para prestar serviços ao usuário, aos profissionais, à Direção e à CRP. Servirá, sobretudo, como instrumento de consulta, avaliação, ensino, pesquisa, auditoria, estatística, sindicância, prova de que o usuário foi ou está sob tratamento adequado, investigação epidemiológica, processo ético e legal, comunicação entre os profissionais das equipes, defesa e acusação. O prontuário completo possibilitará avaliar o desempenho do serviço.

A avaliação da qualidade e da quantidade dos serviços prestados dependerá, primariamente, da exatidão das informações incluídas no prontuário. Será fundamental, portanto, que estejam contidas neste documento todos os dados sobre o usuário dos serviços e os cuidados assistenciais a ele dedicados.

De antemão, o Instituto Social Fibra adverte que o prontuário bem preenchido trará todas as indicações do que foi e será preciso ser feito, o que demonstra seu valor como documento autêntico para dirimir dúvidas, quanto aos procedimentos médicos e de enfermagem, prioritariamente, e quanto às respostas do organismo do usuário dos serviços de saúde.

SES
3698
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

A importância dos registros completos será fundamental, por exemplo, em casos de intercorrências que exigirão intervenções de médicos plantonistas, visto que estes só ficarão cientes da evolução dos problemas de saúde dos usuários, a partir do exame do prontuário.

Para o médico e outros profissionais das equipes será defesa legal, como prova documental em processos com tramitação nos Conselhos de Classe ou Tribunais de Justiça. Facilitará o trabalho na elaboração da diagnose e instituição do tratamento e permitirá, em qualquer tempo, a realização de repetidas avaliações sobre o diagnóstico, o tratamento e os resultados obtidos. Possibilitará ao médico-legista a emissão de pareceres periciais com mais segurança.

Fornecerá, também, dados estatísticos para o médico e outros profissionais das equipes e para a administração. Possibilitará investigações epidemiológicas de interesse para a comunidade e para a administração do serviço. Os dados contidos no prontuário têm sido copiosamente utilizados em epidemiologia, por trazerem conhecimentos úteis aplicáveis à população. Tais dados seriam de difícil obtenção por outros meios de pesquisa, como a busca na Vigilância Sanitária, nos certificados de óbitos, na Farmacovigilância ou nos diversos programas que se ocupam com os mais diversos agravos de saúde.

Para a academia – ensino e pesquisa –, possibilitará a análise de grande quantidade de casos, mesmo aqueles atendidos em ocasiões distintas e em tempos diferentes. Facilitará, sobremaneira, o estudo dos diagnósticos e a avaliação das terapêuticas adotadas, bem como facultará a análises de casos em reuniões científicas. Oferecerá, por fim, dados que permitirão consubstanciar indicadores sobre mortalidade, morbidade, prevalência e incidência de agravos de saúde, bem como a elaboração de fichários estatísticos sobre usuários, doenças e tratamentos: itens essenciais para as investigações epidemiológicas.

Prontuários mal preenchidos obstaculizarão as pesquisas, causando restrições ao avanço das tecnologias que permitirão atenção adequada aos usuários. Em relação ao diagnóstico e à terapêutica escolhida, possibilitará comparação de diversas condutas.

4. DECLARAÇÕES E ATESTADOS

O SAME deve ter uma área especializada em responder a demandas dos próprios pacientes e das autoridades judiciais sobre a emissão de laudos e atestados. Quando um documento como esse é solicitado, a primeira análise deve ser a legal, em existindo previsão de entrega do documento, o profissional responsável pelo atendimento deve ser solicitado a produzir o documento ou o próprio setor poderá retirar a informação dos registros existentes.

5. PESQUISAS EM PRONTUÁRIOS

O arquivo deve dispor de dependência reservada para pesquisas em prontuários em período de 24 horas. Será local silencioso, bem iluminado e ventilado, provido de computadores, mobiliário adequado e com funcionários para o controle de fornecimento, guarda e registro de movimentação dos prontuários utilizados.

É infração grave retirar prontuários do arquivo e não devolvê-los por perda ou estragos. O médico como responsável pela perda será responsabilizado eticamente como negligente no desempenho de suas funções (Parecer CFM n.º 34/1999). O desaparecimento de documentos médicos pode implicar repetição de exames, por vezes invasivos e arriscados, dispendiosos. Podem-se criar processos de perdas e danos e sindicâncias pertinentes (Parecer-Consulta CFM n.º 05/96; Parecer-Consulta CFM n.º 02/94).

Serão aplicadas normas estatutárias de punição em casos de perdas ou de danos por negligência. Um memorando administrativo sobre essas normas será enviado às chefias dos setores que usam o prontuário.

Tomar para si um prontuário sem nenhuma comunicação ou autorização pode ser ato caracterizado como furto, contravenção legal gravíssima.

SES
3699
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

6. GUARDA DE PRONTUÁRIOS

A responsabilidade pelo prontuário cabe ao médico e aos outros profissionais assistentes que o utilizam; a hierarquia médica constituída pelas chefias de equipe, chefias de clínica, diretor da divisão médica, diretor técnico (Resolução CFM n.º 1.638/02).

A guarda do prontuário é da responsabilidade do hospital ou da clínica que lhe presta atendimento.

De acordo com a Resolução do CFM n.º 1.639/02, é norma legal os documentos médicos em suporte de papel serem arquivados por tempo não inferior a vinte anos, a partir da data do último registro de atendimento do paciente.

Ds prontuários de parto serão arquivados por dezoito anos, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente (artigo 10). Findo o prazo, o original poderá ser substituído por outros métodos de registro que possam restaurar as informações nele contidas (Lei n.º 5.433/68; Resolução do CFM n.º 1.639/02; Parecer do CFM n.º 23/89), isto é, arquivados eletronicamente em meio óptico, magnético ou microfilmado para manutenção permanente.

Não é concedido aos médicos de estabelecimento com arquivo coletivo manter prontuários em sua guarda.

Em casos de perda ou extravio de prontuário, a direção da instituição aplicará medidas existentes para essas situações e do ponto de vista legal há que se recorrer aos dispositivos referentes aos direitos do cidadão , e a direção da instituição deve elaborar um documento à parte interessada com a informação de que o prontuário não foi localizado apesar dos esforços empenhados com esse objetivo.

7. DESTRUIÇÃO DO PRONTUÁRIO

É infração à ética médica. A eliminação do suporte de papel só será autorizada após consulta e análise obrigatória da comissão permanente de avaliação de documentos da unidade médico-hospitalar à qual pertence o arquivo de revisão de prontuário e garantida a preservação permanente em meio eletrônico, isto é, informatização, microfilmagem ou outros meios (Resolução CFM n.º 1.639/02). A microfilmagem dificulta pesquisas, mas dura cerca de cem anos e pode ser refilmada (Carvalho, 1977).

8. ARQUIVO PARALELO OU "MORTO"

Tendo em vista o valor dos prontuários para o ensino e a pesquisa, sua extinção configura perda patrimonial irrecuperável. Para solucionar essa questão, a microfilmagem e a informatização têm sido utilizadas para conservação permanente dos documentos e economia de espaço para arquivamento.

"Arquivo morto" é denominação criticável, tem configuração de gíria. Em rigor, morto é o estado em decorrência de óbito do ser que viveu. Nesse arquivo, em geral, guardam-se prontuários de casos inativos ou que completaram cinco ou mais anos desde a última consulta. Há muitos prontuários de pacientes falecidos. Diz-se tecnicamente arquivo passivo ou paralelo.

A preocupação do responsável técnico da instituição e da comissão de prontuário de promover ações adequadas para o desenvolvimento desse importante setor pode evitar perdas documentais irremediáveis.

9. POSSIBILIDADE DE GERENCIAMENTO ELETRÔNICO DE DOCUMENTOS

Serviços integrados, ágeis, seguros e eficientes poderão ser viabilizados para para guarda, digitalização e organização de documentos, modernizando os processos.

A Digitalização e Indexação de Documentos permitem armazenamento nos servidores, acessíveis sete dias por semana, 24 horas por dia.

SES
3006 3700
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Vantagens: consulta via web com segurança, agilidade e facilidade; possibilidade de acesso por mais de um usuário; possibilidade de envio dos documentos via email; redução do desgaste físico do documento; redução no tempo de recuperação da informação; redução de cópias impressas; cópias de segurança; redução de áreas de arquivamento; alta disponibilidade e segurança garantida para os seu dados.

MICRO-FILMAGEM

A lei não prescreve o tempo de guarda dos prontuários (Bittar, 1980). Há instituições que os destroem depois a microfilmagem. A fotocópia do microfilme pode ser usada em juízo, procedimento recomendável, pela possibilidade de retenção judicial do próprio microfilme.

10. ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA adverte e tem consciência que o prontuário poderá ser instrumento de defesa e de acusação. É muito comum, no meio médico a seguinte frase: "o que não está escrito no prontuário não aconteceu"! Por conseguinte, será pertinente anotar, com detalhes, todas as dificuldades no atendimento do usuário, de qualquer natureza. A falta de certas condições materiais (equipamentos e medicamentos) para o atendimento adequado dos usuários, a ausência de infra-estrutura e o conseqüente uso de substitutos inadequados e outras anormalidades, deverão ser anotadas. Tal iniciativa não desobrigará o profissional de comunicar essas irregularidades à Chefia imediata. Para se evitar aborrecimentos e questionamentos no ambiente judicial, os profissionais deverão descrever com detalhe, clareza e precisão de localização anatômica, as lesões subseqüentes à violência, em usuários dos serviços atendidos nessa condição.

O prontuário será o principal documento constituinte das provas judiciais. Nos processos contra médicos, dentistas e enfermeiros, o acusador – geralmente o usuário –, deverá comprovar que o profissional agiu com imprudência, negligência ou imperícia, isto é, ele (o usuário) ou seu representante legal deverá apresentar provas de que houve erro de conduta, pelo qual foi prejudicado. Nesse ponto, vale insistir: o que terá valor decisivo será o prontuário, no qual se poderão colher as provas que negarão, ou não, a responsabilidade do profissional sobre o fato.

Graças ao prontuário, poderá se provar, ou não, que os cuidados profissionais aplicados ao reclamante usuário foram adequados. Assim, em casos de registros omitidos ou irregulares, o profissional poderá perder a possibilidade de comprovação de seus atos. Nesse caso, as alegações do usuário passarão a ter mais validade judicial que a memória do profissional. A falta ou a insuficiência dos registros poderão ser substituídas por prova testemunhal ou pericial.

A "medicina de defesa" reforça a importância do prontuário e de seu preenchimento completo. Conhecimentos e informações que proliferam aceleradamente, exigência de superespecializações, ânsia do profissional pela impossibilidade de permanente atualização, recursos médicos de alta tecnologia, revolução farmacológica, procedimentos mais invasivos, solicitações de exames destinados a prever danos às vezes improváveis, atendimentos onerosos e outras circunstâncias, exigirão da atividade médica, extremos cuidados para se evitar iatropatogenias e ações judiciais. A medicina defensiva reforçada com a contínua incorporação de tecnologias modernas, não substitui o preciso preenchimento do prontuário.

O documento, para ser admitido em juízo como elemento de prova, necessitará ter sua autenticidade reconhecida, estar datado e assinado. A ausência destes elementos demonstrará má qualidade da assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde. Rasuras comprometerão o valor legal do prontuário. Em casos de retificações, aconselhar-se-á escrever entre parênteses indicações como sem efeito, digo, ou expressões análogas e, a seguir, escrever a correção.

Segundo o Código Penal, a anotação incorreta, incompleta, falseada ou inexistente no prontuário, quanto aos fatos relacionados ao usuário, poderá caracterizar falsidade ideológica: "Omitir, em documento público ou

SES
3703
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

particular declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa, ou diversa da que devia ser escrita, com o objetivo de prejudicar o Direito ou criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, acarretará pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) ano a 3 (três) anos e multa, se o documento é particular". Se o agente for funcionário público e cometer o crime, prevalecendo-se do cargo, aumenta-se a pena da sexta parte. Falsidade ideológica refere-se à formação de documento, cuja materialidade é perfeita, mas, o conteúdo é falso.

De acordo com o Código Civil, Lei Nº. 10.406/2002, artigo 22: ninguém pode ser obrigado a depor sobre fato a cujo respeito por estado ou profissão, deva guardar segredo.

11. SIGILO PROFISSIONAL

O INSTITUTO SOCIAL FIBRA adverte que o médico ou outro profissional não poderá, sem o consentimento do usuário, dar a conhecer a terceiros o conteúdo do prontuário ou da ficha médica. Em casos de requisições, por parte da autoridade judiciária, o médico disponibilizará os documentos ao perito nomeado pelo juiz (Resolução CFM Nº. 1.605/00). No prontuário do usuário estará toda a situação médica deste, cuja revelação poderia fazer com que ele (o usuário) sonegasse informações, o que poderia prejudicar o seu tratamento.

Ressalta-se que o sigilo não será exclusivo para o médico. Será, também, de responsabilidade dos outros profissionais que compõem as equipes, ou mesmo dos estudantes e estagiários, que, por alguma razão, tenham conhecimento de fatos sigilosos do usuário. Qualquer informação (depoimento, cópia de documento, comunicação de crime e outros casos) só poderá ser prestada sempre em benefício do usuário, com a anuência deste e nunca em seu prejuízo. Entretanto, a obrigatoriedade do sigilo profissional do médico não terá caráter absoluto. A matéria, pela sua delicadeza, reclama diversidade de tratamento diante das particularidades de cada caso. A revelação do segredo médico, em caso de investigação de possível abortamento criminoso, por exemplo, far-se-á necessária em termos, com ressalvas do interesse da usuária. A Ficha Clínica ficará à disposição do perito médico, que não estará preso ao segredo profissional, devendo, entretanto, guardar sigilo pericial (Código de Ética Médica). A obrigação do sigilo profissional poderá ser dispensada em relação a médicos militares, médicos sanitaristas, peritos, em cumprimento de dever legal ou no exercício regular do direito (Código Penal, inciso III, artigo 18). O médico, injustamente acusado, poderá valer-se do prontuário como instrumento de defesa.

O sigilo deverá ser tratado com a maior delicadeza e só poderá ser rompido em casos muito especiais. Por exemplo, não se afigura viável que, apenas com o apoio da Legislação Civil, os herdeiros poderão obter cópia do prontuário do parente falecido. A quebra do sigilo profissional, depois da morte de um usuário dos serviços de saúde, afigura não um crime de revelação de segredo, mas, delito de violação de respeito aos mortos.

Serão poucas as situações em que a revelação do segredo médico será permitida: crimes que não impliquem processo criminal contra o usuário; notificação compulsória de doenças transmissíveis; comunicação de morte materna; atuação do médico como perito judicial; declaração de nascimento e de óbito; comunicação de maus-tratos em menores; notificação de violência contra a mulher.

12. SEGREDO E SIGILO (MÉDICO)

Nos dicionários, as palavras segredo e sigilo são sinônimos. O Aurélio, o Houaiss e outros dicionários de valor, registram sigilo profissional e segredo profissional, como expressões equivalentes. Contudo, entre os médicos, conceitua-se segredo como o "fato conhecido por alguém ou por um número limitado de pessoas interessadas em sua inviolabilidade, cuja divulgação poderia causar certos desserviços". Sigilo médico é o silêncio que o profissional da medicina está obrigado a manter, sobre fatos de que tomou conhecimento em face de sua profissão, com ressalvas feitas em casos especiais

SES
3702
FLS
PUBLICA
PROTOCOLO

PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE PRONTUÁRIOS

O conjunto das especificidades relativas aos prontuários, até aqui expostas, consubstanciam a necessidade de se estabelecer um "Serviço de Prontuário" com qualidade, considerando a importância dos cuidados especializados que serão dirigidos ao prontuário, desde a sua elaboração até seu destino final no arquivo paralelo ou arquivo morto.

Este serviço deverá corroborar para o mais adequado processo de trabalho, para o assessoramento da Comissão de Revisão de Prontuários e para a guarda absoluta do sigilo necessário. Deve estar estruturado em três setores:

(1) Setor de registro ou matrícula, É a área identificada como a que recepciona o paciente, registra seus dados de identificação, abre a ficha de atendimento (pronto-socorro, ambulatório, exames subsidiários, internação), abre a ficha-índice (utilizada no arquivo geral para registrar a entrada do paciente e identificá-lo com um número único), abre o prontuário. O paciente, ao chegar pela primeira vez ao hospital, poderá estar fazendo um contato eventual - exames subsidiários ou consulta no pronto-socorro. Nestes casos, ele será identificado por meio de uma ficha de atendimento, onde será registrado o que for realizado. Esse documento ficará no hospital para documentação do atendimento realizado. Esta ficha deverá estar acompanhada, quando for o caso, de documento de consentimento assinado pelo paciente, onde ele se declara informado do que será realizado e autoriza o hospital a realizá-lo. O arquivamento da ficha de atendimento e de seus anexos é realizado pela área de arquivo do SAME, apenas pelo número e data da realização do atendimento, devendo, no entanto, quando o paciente tem algum registro no hospital, ser enviado ao seu prontuário.

Outra possibilidade é que o paciente venha a ter um contato que se desdobrará em outras atividades com o hospital, como uma internação ou o início de um tratamento contínuo (ambulatorial, reabilitação). Nesse caso, sua identificação deve gerar inicialmente uma ficha de registro - ficha-índice - cuja utilidade é ser a informação que sempre permite a rápida localização das informações do paciente, a cada passagem do paciente pelo serviço, por meio de seu número de registro. Este é um procedimento fundamental, pois os pacientes ao terem um único número de informação, têm também um único processo de registro dos atos médicos realizados no hospital (prontuário médico), o que permite que seu tratamento seja sempre concatenado com toda a sua história clínica, e não visto episódio a episódio.

Deve ser valorizada a ideia da continuidade do tratamento e, portanto, do registro único e, consequentemente, do prontuário único. Também tem contribuído para uma revalorização desta função e do próprio SAME o movimento de certificação hospitalar, que exige um prontuário único e registros confiáveis.

A área de Registro depende de rotinas integradoras e de capacitação.

• *Fluxa de saída (alta e ábito) da paciente:* a saída do paciente se dá por alta, óbito, transferência ou fuga. Trata-se de um momento crítico do processo de atenção. A saída por alta médica (existe a saída por alta a pedido do paciente ou de seus familiares) inicia-se com o comunicado do médico ao paciente, continua com a prescrição da alta, com a orientação do paciente em relação aos cuidados a serem executados fora do hospital (que devem ser comunicados por todos os profissionais envolvidos no cuidado) e com a liberação do leito pelo Same. Esta unidade se responsabiliza pela conferência do prontuário, se ele está completo, com documentos como resumo de alta. Quando a saída se dá por óbito, ainda lhe cabe verificar se o atestado de óbito está correto.

(2) Setor de documentação, cujos pressupostos incluirão a elaboração de estatísticas, a verificação e análise dos componentes do prontuário, garantindo sua completude e para assegurar que esteja de acordo com os padrões estabelecidos pela Comissão de Prontuário. Em casos relevantes, será preciso providenciar as retificações de preenchimentos inadequados, sob responsabilidade do profissional que os realizou;. O setor serrá aborado com mair profundidade no Ítem 4.1.4 Descrição de funcionamento da Unidade de Estatística

SES
3403
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3) Setor de arquivamento e preservação dos prontuários: o setor é responsável pela guarda e conservação dos prontuários que constitui, essencialmente, a memória escrita da instituição assistencial. Realiza o controle de entradas e saídas, conferência e ordenamento dos formulários e fichas e colagem de laudos, provenientes das consultas especializadas.

O hospital é responsável através do respectivo serviço de arquivo por sua custódia que, permanentemente, proverá a disponibilidade das informações quando forem objeto de necessidade de ordem médica, social, administrativa, jurídica e do próprio paciente.

Quanto ao modelos de arquivamento pode ser numérico sequencial; ou utilização de dígito terminal, com ou sem cores. O segundo modelo, embora mais complexo, oferece segurança contra os erros de arquivamento, além de permitir um melhor planejamento físico do sistema. Com a implantação do prontuário totalmente eletrônico, diminuirá, em muito, a complexidade atual com a sua circulação e controle.

Cabe ao serviço de arquivo médico:

- Guarda dos prontuários do hospital;
- Manutenção da integridade dos mesmos;
- Fornecimento dos prontuários aos setores de internação, de ambulatório e para consulta pelos profissionais ou pelo paciente, quando requisitado;
- Planejamento e execução das atividades relacionadas à preservação da memória assistencial, científica e institucional;
- Conhecimento da informação contida e organização desse patrimônio documental visando disponibilizá-lo para estudos e pesquisas.

MEMBROS QUE O COMPÕEM O SERVIÇO OE PRONTUÁRIOS MÉDICOS

Auxiliar Administrativo Plantonista diurno		P 12x36h	8	24	SAME
Auxiliar Administrativo Plantonista Noturno [redacted]	[redacted]	P.12x36h	[redacted]	[redacted]	SAME [redacted]
Médico Responsável SAME-Documentação Médica	Presencial	D 40h	1	1	SAME

Obs: equipe interna.

Hora de funcionamento:
Arquivo e documentação- 7:00 H as 19:00 H, 7 dias/semana
Registro- 24h

A proposta de implantação da Comissão de Revisão de Prontuários foi apresentada no item: 4.1.1.3 Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

4.1.4 DESCRIÇÃD DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICA: Membros que a compõem, turnos de funcionamento, sistemática e metodologia de trabalho.

Ëa a área responsável pelo preparo das estatisticas sobre a movimentação dos pacientes no hospital - a estatística nosológica e a administrativa A estatística nosológica é aquela referente aos diagnósticos e procedimentos realizados no hospital e pelos seus profissionais. No passado, requeria um complexo e trabalhoso sistema de registro em fichas com vários cruzamentos possíveis (por diagnóstico, por topografia, por médico) e somente existia nos hospitais de ensino. Também nos hospitais com atividade de ensino, esta

área é a que promove levantamentos para oferecer os dados para alimentar pesquisas que devem ter sua prévia autorização pelas respectivas comissões de ética.

A estatística administrativa é a responsável pelo controle da movimentação dos leitos, pela contagem dos atendimentos realizados nas várias áreas do hospital, como ambulatório, pronto-socorro, cirúrgico, obstétrico, áreas do apoio diagnóstico e terapêutico, além de controlar as admissões, transferências, altas, óbitos, cirurgias, etc.

Aqui devem ser produzidos os indicadores clássicos de média de permanência, taxa de ocupação, taxa de mortalidade, índice de giro, intervalo de substituição, taxa de cesárea, taxa de reoperações etc. Esta também compila indicadores de outras áreas, como infecção hospitalar, limpeza, lavanderia. Tem também a finalidade de organizar dados para a pesquisa clínica, avaliar a instituição e observar a eficiência dos serviços prestados dentro do menor tempo. Sob esse aspecto é responsável pela coleta, apuração, análise e interpretação dos dados obtidos a partir dos prontuários e outras fontes de informação. Fornece informações epidemiológicas (nosologia, incidência de doenças, etc.), realiza estimativas e ajuste de modelos de tempo de vida, entre outros. Os dados e os resultados obtidos servem de base ao corpo clínico para atividades de pesquisa e extensão, bem como ao corpo administrativo para o controle de gastos e custos.

Atividades:

- Compaginar e fazer revisão de identificação dos prontuários médicos dos pacientes egressos;
- Manter o controle do uso das informações dos diferentes índices;
- Codificar diagnósticos existentes no prontuário;
- Manter índices de doenças (arquivo nosológico), segundo normas estabelecidas;
- Processar informações coletadas e revisadas (censo diário de internação, agenda de consultas ambulatoriais) para o relatório mensal. Além do ambulatório, emergência e central de internações, também são obtidas informações de outros setores: radiologia, laboratório, enfermagem e serviço social;
- Preparar relatório estatístico mensal e anual.

A seção de Coleta e Classificação de Dados emite os Boletins de Atendimento e realiza o censo diário.

A seção de Faturamento codifica os procedimentos de acordo com a Tabela Unificada do SUS para se processar o faturamento. Posteriormente os prontuários médicos são enviados para a Seção de Arquivo Médico para a guarda dos mesmos.

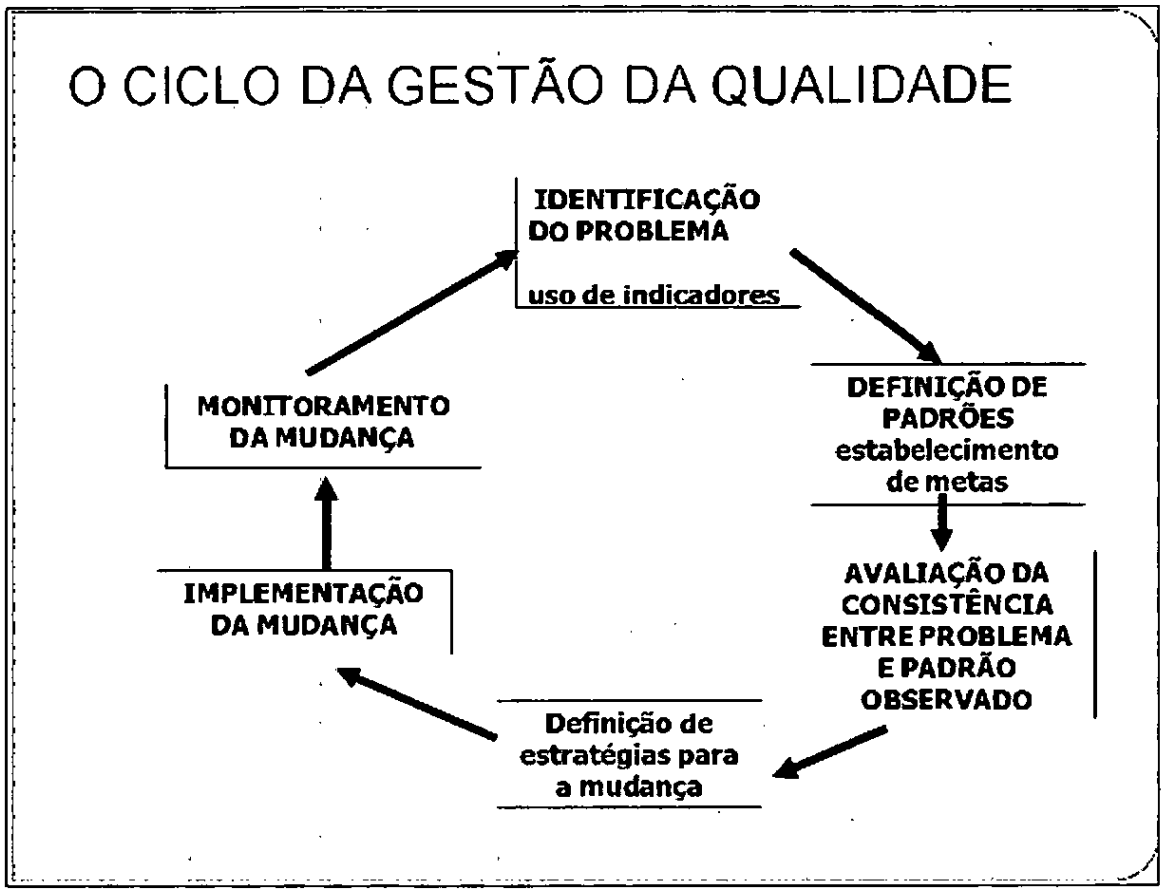
O SAME, em particular dos hospitais públicos, funciona com maior ou menor concentração das funções anteriormente descritas, mas a tendência é de descentralizar uma parte dessas funções e, com a informatização, outra parte será absorvida dentro do próprio processamento eletrônico, como a realização das estatísticas, geralmente processadas e interpretadas pela área de gestão da qualidade. O que tem ocorrido é que um conjunto de atividades - recepção, agendamento, registro, controle de informações, que tinham como o contato com o paciente e o controle de suas informações, com a revolução da informática e da comunicação, vem dando a oportunidade de montar diferentes opções de departamentalização, com ganho expressivo de qualidade para o contato do hospital com o paciente.

4.1.5 MONITORAMENTO DE INDICADORES DE DESEMPENHO, QUALIDADE, DE PRODUTIVIDADE E ECONÔMICO-FINANCEIROS: Indicadores selecionados, sistemáticas de aplicação de ações corretivas.

A adoção de uma cultura administrativa focalizada na melhoria da cobertura, da qualidade, da eficiência e na satisfação dos usuários exige planejamento estratégico, controle de atividades e ações de monitoramento dos resultados alcançados. Os processos de monitoramento e avaliação permitem o efetivo acompanhamento da estrutura, dos processos e dos resultados diretos e finais

SES
3709
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Esse acompanhamento pode ser realizado através de mecanismos de Regulação e Auditoria interna, possibilitando a alimentação do ciclo da gestão da qualidade conforme sintetizado na figura abaixo.



Atributos da Auditoria Interna Hospitalar

- Avaliação, controle e fiscalização das atividades dos serviços de saúde, visando à melhoria da atividade da área assistencial com adequada utilização de recursos.
- A atividade é básica em qualquer estrutura nos estabelecimentos de saúde
- Propõe correções necessárias
- Desenvolve ações pró-ativas nos processos gerenciais.
- Equipe interna à gestão
- Processo de trabalho multiprofissional
- Ação matricial
- Defende interesses da gestão
- Focos: Qualidade, Custo, Acesso
- Centrado nos clientes
- Governança corporativa, Responsabilidade Social e Ética
- Ouvidoria, Serviço de Atendimento ao cliente
- Combate ao desperdício e gestão de custos
- Foco em gerenciamento integrado de riscos e melhores práticas de controles

A Regulação e Auditoria interna e pressupõem:

1. Gestão da informação: estruturação de sistemas de informação e de indicadores para monitoramento da gestão e da qualidade do cuidado quanto à estrutura, processos e resultados.

SES 3706 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

2. Gestão da qualidade: auditoria de qualidade com monitoramento de segurança, desperdícios, inconformidades e eventos sentinelas

3. Gestão da escuta qualificada do cidadão: satisfação do usuário, ouvidorias, reclamações e denúncias como eventos sentinelas

4. Gestão dos registros hospitalares: integração dos setores de arquivo, das comissões internas de prontuário, óbitos, infecção hospitalar e vigilância epidemiológica, com foco no acesso, qualidade e custo da atenção.

5. Gestão dos registros da produção de serviços nos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar: auditoria de prontuários com vistas a melhoria da qualidade das informações e faturamento e redução de glosas.

6. Gestão da clínica: auditoria clínica com gerenciamento da implantação de protocolos clínicos e de regulação

7. Gestão do cuidado: Regulação interna das linhas de cuidado com gerenciamento de doenças, de casos e da permanência

8. Gestão das linhas de cuidado: Acolhimento e humanização, Clínica ampliada e Sistema de triagem de risco para as urgências.

9. Gestão do acesso qualificado: Central de regulação para o atendimento referenciado baseado no plano operativo

A seleção de indicadores e mecanismos de avaliação e monitoramento foram exaustivamente descritos no Itens: 2.4 Os indicadores de impacto propostos pela Organização e 2.5 A descrição das ferramentas e instrumentos de modernização gerencial adotados pela Organização.

4.1.6 IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ACOLHIMENTO

O "Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco" é uma política que busca agilidade no atendimento e priorização dos casos mais agudos, partindo do pressuposto de que a principal atividade em um serviço de saúde de urgência e emergência é salvar vidas. Tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. Mais que uma previsão legal, a classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo dos usuários que procuram as portas de entrada da urgência/emergência.

O acolhimento é um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. Nesta perspectiva deverá ser apropriado por todos os trabalhadores da saúde, em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas, a uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Assim, "acolher" não significa a resolução completa dos problemas referidos pelos usuários, mas, a atenção dispensada na relação envolvendo a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades, sejam elas no âmbito individual ou coletivo e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

O acolhimento no campo da saúde pode ser aplicado com documento padronizado (protocolo) e não deve ser entendido só como instrumento de trabalho, mas sim, como diretriz/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços.

SES 3207 FLS RUBRICA PROTOCOLO

A sistemática do acolhimento pressupõe agilidade no atendimento, a partir de um conjunto de análises fundamentado em protocolos acordados, consubstanciando a "necessidade do usuário", em função de seu risco e de sua vulnerabilidade, objetivando proporcionar priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Desta maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão.

O Instituto Social Fibra apresentará a proposta de Acolhimento com classificação de risco (baseada na experiência exitosa de Belo Horizonte – MG), como instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência com os seguintes objetivos:

- humanizar o atendimento, mediante escuta qualificada do cidadão que busca o serviço;
- classificar, por meio de protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de U/E, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- utilizar o encontro com o cidadão como oportunidade de educação, no que tange ao atendimento de U/E;
- construir fluxos de atendimento na U/E, considerando a rede dos serviços de prestação e assistência à saúde.

ATIVIDADES PROPOSTAS

- acolher os usuários e os seus familiares sempre que buscarem atendimento;
- realizar classificação de risco e garantir atendimento ordenado, de acordo com o grau de sofrimento do usuário ou a gravidade do caso;
- realizar consulta médica em regime de pronto atendimento para os casos de menor gravidade;
- realizar a estabilização dos usuários graves;
- realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
- prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma, entre outros) e terapêutico nas 24 horas do funcionamento do serviço;
- manter em observação os usuários que necessitem deste tempo para a elucidação diagnóstica e/ou a estabilização clínica;
- encaminhar para internação os usuários que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionadas;
- garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento do serviço de urgência.

PRESSUPOSTO DO ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência.

PROCESSO DE TRABALHO

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de urgência/emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é uma destas estratégias.

Tradicionalmente, o acolhimento no campo da saúde é identificado ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos . Entretanto, estas medidas quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde restringem-se a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e promoção de vínculo.

QUEM FAZ

Equipe multiprofissional composta por: enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, psicólogo e profissionais da portaria/recepção.

A QUEM SE DESTINA

Usuários que procuram a porta do serviço de urgência/emergência no momento definido por eles como de necessidade aguda ou de urgência.

COMO SE APLICA

É um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

SES 3209 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Este processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo, aliado à capacidade de julgamento crítico e experiência e qualificação do profissional..

Ao chegar, demandando necessidade aguda ou de urgência, o usuário é acolhido pelos funcionários da portaria/recepção e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.

Após a sua identificação, o usuário é encaminhado ao espaço destinado à Classificação de Risco onde é acolhido pelo Técnico de Enfermagem ou Enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais e com base no protocolo classificam o usuário em:

- **VERMELHO**, ou seja, **emergência** (será atendido imediatamente na sala de emergência);
- **AMARELO**, ou seja, **urgência** (será atendido com prioridade sobre os usuários classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação);
- **VERDE**, ou seja, **sem risco de morte imediata** (somente será atendido após todos os usuários classificados como VERMELHO e AMARELO); e
- **AZUL**, ou seja, **quadro crônico sem sofrimento agudo ou caso social** (deverá ser preferencialmente encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendido pelo Serviço Social). Se desejar poderá ser atendido após todos os usuários classificados como VERMELHO, AMARELO e VERDE.

Observação importante: Nenhum usuário poderá ser dispensado sem ser atendido, ou seja, sem ser acolhido, classificado e encaminhado de forma responsável a uma Unidade de Saúde de referência.

CONDUTAS QUE SERÃO TOMADAS

Os usuários classificados como VERMELHO deverão ser rapidamente encaminhados para a sala de emergência, onde deverão receber cuidados médicos e de enfermagem imediatos. Existe um subgrupo de usuários classificados como VERMELHO, considerados PRIORIDADE I. Toda a equipe deverá estar alerta para identificá-los e encaminhá-los à sala de emergência com acionamento de sinal sonoro.

Os usuários classificados como AMARELO deverão aguardar atendimento médico, assentados em sala de espera priorizada. Deverão estar sob supervisão contínua de toda a equipe da UPA. Deverão ser reavaliados idealmente a cada trinta minutos – ou imediatamente –, em caso de alteração do quadro clínico durante a espera para o atendimento médico.

Os usuários classificados como VERDE também deverão aguardar atendimento médico em sala de espera, tendo sido orientados que serão atendidos após os usuários classificados como VERMELHO ou AMARELO. Oeverão ser reavaliados, em caso de alteração do quadro clínico.

Usuários classificados como AZUL poderão ser encaminhados, por meio de documento escrito, para o acolhimento na Unidade Básica de Saúde de referência ou terão seus casos resolvidos pela Equipe de Saúde.

Observação importante: Todos os usuários classificados como VERDE e AZUL, se desejarem, serão atendidos pela Equipe de Urg6encia/emergência do PA.

INDICADORES

O Instituto Social Fibra propõe que sejam avaliados, entre outros, os seguintes indicadores:

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade (VERMELHO, AMARELO, VEROE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do usuário até a classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Número de altas, transferências, internações e óbitos, de acordo com a classificação de gravidade;
- Número de consultas simples, consultas com terapia e consultas com observação, de acordo com a classificação de gravidade.

OBSERVAÇÕES GERAIS

Alguns grupos de usuários foram descritos no protocolo como situações especiais. São eles: idosos, deficientes físicos, deficientes mentais, acamados, pacientes com dificuldade de locomoção, gestantes, algemados, escoltados ou envolvidos em ocorrência policial, vítimas de abuso sexual e usuários que retornam em menos de 24 (vinte e quatro) horas sem melhora. Estes pacientes devem merecer atenção especial da equipe da

SES 3769 FLS RUBRICA PROTOCOLO

Classificação de Risco e, dentro do possível, a sua avaliação deve ser priorizada, respeitando a situação clínica dos outros usuários que aguardam atendimento.

PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇAO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ıoque e avisar o médico

na recepção da urgência

r expectativa do tempo de

ectativa do tempo de

SINAIS DE ALERTA

Avaliação rápida: ABCD **A=Vias aéreas B=Respiração**
C=Circulação D=Aval. neurológica

COMPENSADO:
- **A: CONVERSA**
- **B: TAQUIPNÉIA LEVE, FR: 20 – 30 IRPM**
- **C: TAQUICARDIA LEVE, FC: 100 – 120 BPM, PULSO RADIAL NORMAL**
- **D: NORMAL, CONFUSO, RESPONDE AO COMANDO VERBAL**

DESCOMPENSADO:
- **A: ANSIOSO, CONVERSA POUCO**
- **B: TAQUIPNÉIA LEVE, FR: 30 – 35 IRPM, ESFORÇO RESPIRATÓRIO, CIANOSE**
- **C: TAQUICARDIA LEVE, FC: 120 – 140 BPM, PULSO RADIAL FINO, PULSO CAROTÍDEO NORMAL**
- **D: NORMAL, CONFUSO, AGITADO, RESPONDE A DOR**

PARADA CARDIORESPIRATÓRIO IMINENTE:
- **A: RESPIRAÇÃO COM RUÍDOS**
- **B: TAQUIPNÉIA OU BRADIPNÉIA, FR > 35 IRPM OU < 10 IRPM, GRANDE ESFORÇO RESPIRATÓRIO, CIANOSE**
- **C: TAQUICARDIA BRADICARDIA, FC > 140 BPM OU < 60 BPM, PULSO RADIAL NÃO PALPÁVEL, PULSO CAROTÍDEO FINO**
- **D: LETÁRGICO, EM COMA, NÃO RESPONDE A ESTÍMULO**

PARADA CARDIORESPIRATÓRIO:
- **INICIAR PROTOCOLO ESPECÍFICO**

SES
3710
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
ABERTURA OCULAR	ESPONTÂNEA	4
	À VOZ	3
	À DOR	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	PALAVRAS INAPROPRIADAS	3
	PALAVRAS INCOMPREENSIVAS	2
	NENHUMA	1
RESPOSTA MOTORA	OBEDECE COMANDOS	6
	LOCALIZA DOR	5
	MOVIMENTO DE RETIRADA	4
	FLEXÃO ANORMAL	3
	EXTENSÃO ANORMAL	2
	NENHUMA	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ESCALA DE DOR

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.

Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10

SES
371
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Parada – PRIORIDADE ZERO

- Parada cardiorrespiratória
- Parada respiratória
- Respiração agônica

Paciente Típico da Prioridade ZERO

- Não-responsivo
- Dados vitais ausentes / instáveis
- Desidratação extrema
- Insuficiência respiratória

SINAIS DE ALERTA em caso de TRAUMA

(pode haver piora repentina)

- **Acidentes com veículos motorizados acima de 35 km / h**
- **Forças de desaceleração tais como quedas ou explosões**
- **Perdas de consciência, mesmo que momentâneas após acidentes**
- **Acidentes com ejeção do veículo**
- **Negação violenta das óbvias lnjúrias graves, pensamentos de fuga e alteração do discurso, respostas inapropriadas**
- **Fraturas de 1a. e 2a. Costelas**
- **Fraturas da 9a., 10a. e 11a. Costelas ou mais de 3 costelas**
- **Possível aspiração**
- **Possível contusão pulmonar**
- **Acidentes com óbito no local**
- **Atropelamento de pedestre ou ciclista**
- **Acidente com motociclista**

SES 3712 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

TRAUMA (1)

Prioridade ZERO
Vermelha

- Lesão grave de único ou múltiplos sistemas
- Trauma craniano com Glasgow de 3 a 8
- Grande queimado: > 25% da SCQ ou acometimento de vias aéreas
- Trauma torácico, abdominal ou craniano com: perfuração, alteração mental, hipotensão, taquicardia, dor intensa, sintomas respiratórios.
- Comprometimento da coluna vertebral
- Dados vitais normais, estado mental normal.
- Sintomas graves em um sistema - sinais e sintomas menos graves em múltiplos sistemas
- Ferimento extenso com sangramento ativo
- Amputação
- Fratura com deformidade, fratura exposta, fratura com sangramento, fratura de bacia
- Relato de perda de consciência

CUIDADO !
Mecanismo de trauma de alto risco – Perda da consciência – Fraturas de costelas – Aspiração – Contusão pulmonar – Obitos no local.

TRAUMA (2)

Prioridade 1
Amarela

- Dados vitais normais
- Fraturas alinhadas, luxações, distensões,
- Dor moderada (4 -7 / 10)
- Ferimento menor, com sangramento compressível
- Mordedura extensa
- Trauma torácico com dor leve sem dispnéia

Prioridade 2
Verde

Suspeita de fratura, entorse, luxação
Lacerações que requerem investigação
Mordedura não extensa
Dor leve – moderada

Prioridade 3
Azul

Dor leve
Contusões, Distensões, Mialgias
Escoriações
Ferimentos que não requerem fechamento

3753
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

TRAUMA CRANIANO

CUIDADO!

ejeção do veículo
passageiro sem cinto de segurança e choque no pára-brisa
atropelamento
queda mais de 5 degraus
agressão com objeto rombo.

- **Avaliar:**
  - **Nível de consciência**
  - **História de perda de consciência**
  - **Existência de dor cervical**
  - **Existência de cefaléia**
  - **Existência de náuseas ou vômitos**
  - **Mecanismo do trauma**
  - **Tempo do impacto, evolução**

TRAUMA CRANIANO

Prioridade ZERO Vermelha	■ Coma (Glasgow entre 9 e 13) ■ Perfuração ■ Cefaléia intensa ■ Perda consciência, confusão mental ■ Convulsão ■ Dor cervical ■ Náusea - vômito
Prioridade 1 Amarela Cuidado ! Avaliar deterioração	■ Sem perda da consciência ■ Alerta (Glasgow = 14 ou 15) ■ Cefaléia moderada (4 - 7 / 10) ■ Sem dor cervical
Prioridade 2 Verde Cuidado ! Avaliar deterioração	■ Lesão craniana menor ■ Sem perda da consciência ■ Trauma de baixo impacto ■ Nivel de consciência: Alerta (Glasgow=15) ■ Sem vômito ■ Sem sintomas cervicais ■ Dados vitais normais ■ Acidente > 6 h

FLS. 3714
RUBRICA
PROTOCOLO

ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

Prioridade ZERO

Vermelha

- Déficit cognitivo - agitação - letargia - confusão - convulsão - paralisia - sonolência - coma (Glasgow 9 a 13)
- PA > 180/110
- Febre
- Historia de uso de drogas

Exemplos: doenças infecciosas, isquêmicas, inflamatórias, trauma, intoxicação exógena, drogas, distúrbios metabólicos, desidratação

CUIDADO! fazer glicemia capilar

COMA CONVULSÃO

Prioridade ZERO

Vermelha

- Glasgow 3 a 8: irresponsivo, ou só resposta à dor
- Intoxicação exógena
- Eventos Sistema Nervoso Central
- Convulsão em atividade, póscrise
- Distúrbios metabólicos (hipoglicemia)
- Doença psiquiátrica com rigidez de membros

Prioridade 1

Amarela

- Dados vitais normais
- Epilepsia prévia, crise nas últimas 24h
- Primeiro episódio, mas curto (< 5 min)
- Pós comicial, mas alerta
- Respiração normal

3715
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

DADOS VITAIS ALTERADOS	▪ PA máxima < 80 mmHg ou PA mínima > 130 ▪ Taquicardia (FC > 140 bpm) ou Bradicardia (FC < 45 bpm) ▪ Alteração do sensório ▪ Palidez acentuada, pele fria, sudorese, livedo, pulso fino, síncope postural ▪ Ventilação ou oxigenação ineficaz ▪ Febre (T > 40° C) , toxemia. hipotermia (T < 35° C) ▪ Hipotensão postural (tontura, desmaio ao se levantar) ▪ Freq respiratória < 10 (respiração agônica) ou > 32 (dispneia) ▪ Febre em imunosuprimido (transplantado, SIDA)
Prioridade ZERO Vermelha	
Prioridade 1 Amarela	▪ Freq cardíaca < 50 ou > 140 bpm ▪ PA sist (máxima) < 90 ou > 220 mmHg ▪ Febre > 38,5°C
Prioridade 2 Verde	Assintomático e: PA sist entre 200 - 220 mmHg PA diast entre 110 – 130 Febre < 38,5°C

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA DISPNEIA ASMA	▪ Incapacidade de falar (frases de uma só palavra, fala entrecortada) ▪ Cianose ▪ Letargia - confusão mental ▪ Taquicardia (FC >130) ou bradicardia (FC < 50) ▪ PA > 180/110 ou PA máxima < 80 mmHg ▪ Freq Resp < 10 ipm ▪ Dispnéia extrema ou fadiga muscular ▪ Saturação O2 < 90% ▪ Obstrução de via aérea ▪ Angústia respiratória intensa, esforço muscular ▪ Passado de asma grave
Prioridade ZERO Vermelha	
Prioridade 1 Amarela	▪ Asma com dispnéia ao exercício ▪ Tosse freqüente ▪ Incapacidade de dormir ▪ Consegue falar frases mais longas ▪ Asma e Sat O2 92-94%, *Peak Flow* 40-60% CUIDADO ! História de internações freqüentes, Intubação, UTI Reavaliar !

SES 3716 RUBRICA PROTOCOLO

AVALIAÇÃO DA DOR TORÁCICA

- **Intensidade, duração, característica, localização, irradiação**
- **Atividade física no início da dor**
- **Existência de trauma torácico**
- **Alteração dados vitais**
- **Tipo de dor**
- **Fatores que melhoram ou pioram a dor**

Perguntar:

Já teve Infarto miocárdico ?
Já teve angina de peito ?
Já teve embolia pulmonar ?
É diabético ?
Tem mais de 60 anos ?

DOR TORÁCICA	
Prioridade ZERO **Vermelha**	▪ Contínua, de 30 seg a 30 min (angina) ou mais de 30 min (infarto) ▪ Em peso, opressão, queimação,aperto,facada, ou como desconforto ▪ Com sintomas associados: sudorese, náusea, dispnéia ▪ Associada a falta de ar ou cianose ▪ Irradiações: pescoço, ombros, mandíbula, braços,dorso ▪ Pessoa que já teve infarto, angina, embolia pulmonar ▪ Diabético ▪ Mais de 60 anos ▪ Dor torácica súbita, em fincada (embolia pulmonar, dissecção de aorta, pneumotórax, penumonia)
Prioridade 1 **Amarela**	▪ **Dados vitais normais** ▪ **Localizada, em fincada** ▪ **Piora com respiração profunda, tosse, dispnéia, palpação** ▪ **Sem dispnéia** ▪ **Sem sintomas associados**

SE 37 FLS. RUBRICA PROTOCOL

INTOXICAÇÃO EXÓGENA ou TENTATIVA DE SUICÍDIO

Prioridade ZERO
Vermelha

- Tipo e quantidade de droga imprevisíveis
- Necessários exames toxicológicos, monitoramento, prevenção de absorção, aumento de eliminação e administração de antídotos

ANAFILAXIA, REAÇÃO ALÉRGICA

Prioridade ZERO
Vermelha

- Sintomas respiratórios
- Edema de glote
- Outros dados: alteração mental até convulsão e coma, taquicardia, choque, sibilância, cianose, tosse, vômito, dor abdominal
- Passado de evento semelhante

IMUNOSUPRESSÃO

Prioridade ZERO
Vermelha

Febre > 38,5°C e outros sintomas em pessoas:

- Fazendo quimioterapia
- Portadores de Aids, Leucemias
- Fazendo uso de corticóide
- Transplantadas

Cuidado!

Alto risco de complicações graves e rápida deterioração.

DIÁLISE – TRANSPLANTE

Prioridade 1
Amarela

Independentemente dos sintomas :

- → Possibilidade de distúrbios hidroeletrolíticos
- → Risco de arritmias e deterioração

SES 3718 Fls. RUBRICA PROTOCOLO

HEMIPARESIA AGUDA (PARALISIA)

Prioridade ZERO
Vermelha

- Grande déficit neurológico
- Sintomas < 4h

→ Objetivo: proteção via aérea;
TC encéfalo para neurocirurgia

SINAIS DE INFECÇÃO GRAVE / SEPSE

Prioridade ZERO
Vermelha

- Alteração mental
- Dados vitais instáveis
- Toxemia
- Avaliar Sat O2
- Febre > 38,5°C, calafrios
- Eritema purpúrico (meningite), petéquias

CEFALEIA

Prioridade 1
Amarela

- **Intensa, súbita ou rapidamente progressiva**
- **Rigidez nuca**
- **Náusea - vômito**
- **Alteração estado mental**
- **Sinais neurológicos focais (paresia, afasia)**

CUIDADO! Catástrofes: hemorragia subaracnóidea, hematoma epidural / subdural, meningite, encefalite

Prioridade 2
Verde

Não súbita
Não intensa (< 7 / 10)
Enxaqueca - diagnóstico prévio
Rinorréia purulenta
Sem fator de risco
Dados vitais normais

SES 3719 RG RUBRICA PROTOCOLO

QUEIMADURAS

Prioridade ZERO Vermelha	▪ 2° e 3° em SCQ entre 10 e 25% OU áreas críticas (face, períneo) ▪ Circunferenciais ▪ Queimaduras elétricas
Prioridade 1 Amarela	▪ Queimaduras de 2° e 3° graus, áreas não críticas, SCQ < 10% ▪ 1° grau > 10% SCQ, áreas não críticas ▪ 1° grau, face e períneo ▪ Mãos e pés
Prioridade 2 Verde	▪ Queimaduras de 1° grau ▪ < 10% ▪ área não crítica

AVALIAÇÃO DA DOR ABDOMINAL

- Dados vitais
- Intensidade
- Associação com sudorese, ou vômitos,ou sangramento.
- Possível gravidez
- Existência de febre
- Idade
- Aguda ou crônica

DOR ABDOMINAL (1)

Prioridade ZERO

Vermelha

- Dados vitais alterados: hipotensão, hipertensão, taquicardia, febre
- Associações: náusea ou vômitos ou sudorese
- Irradiações, tipo
- Com sangramento vaginal e possível gravidez
- Dor intensa (8 - 10 / 10)

CUIDADO!
Catástrofes: dissecção aorta, gravidez ectópica

Prioridade 1

Amarela

- Dados vitais normais
- Aguda, moderada (4 – 7 / 10)
- Distensão abdominal ou Retenção Urinária
- Prostração
- Febre (T > 38,5)
- Mais de 65 anos

DOR ABDOMINAL (2)

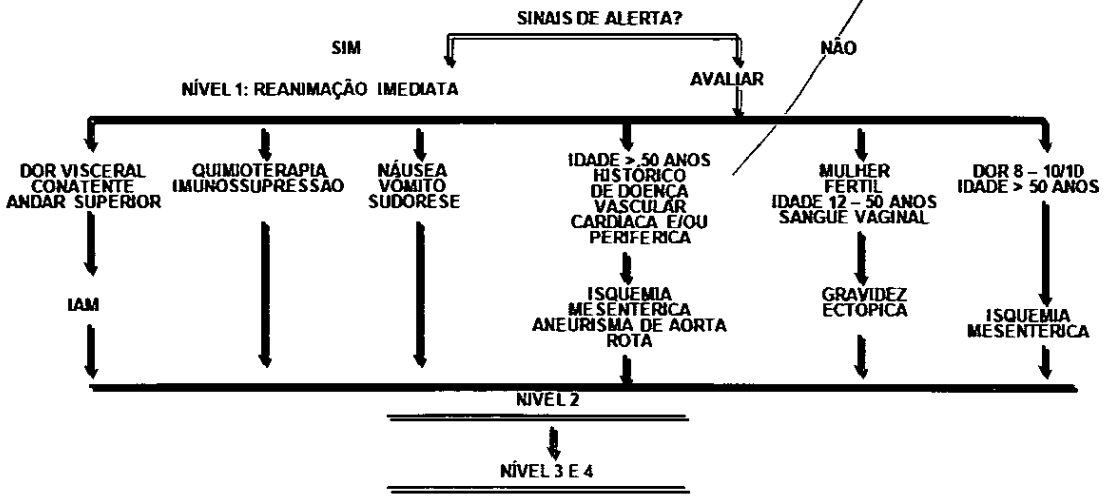
Prioridade 2

Verde

- Dados vitais normais
- Aguda, leve (< 4 / 10)
- Ausência de: prostração, toxemia, gravidade clínica
- Ausência de febre
- Sem outros sinais associados

SES 3721 RS FOLHA PROTOCOLO

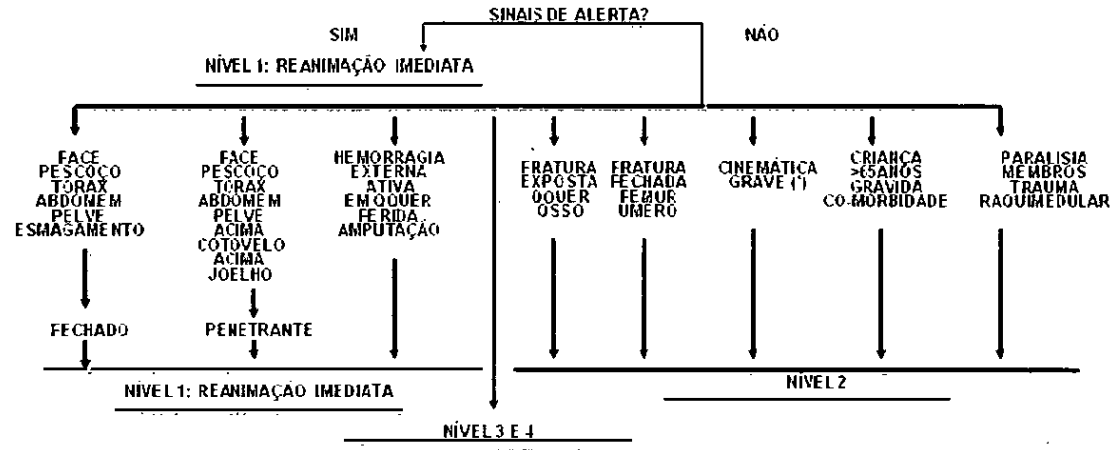
Algoritmo: Dor Abdominal – Abdome Agudo



OBS:
- DOR LOMBAR COM IRRADIAÇÃO PARA REGIÃO INGUINAL E TESTICULAR, TIPO CÓLICA E PACIENTE INQUIETO ⇒ CONSIDERAR CÓLICA RENAL ⇒ ANALGESIA IMEDIATA
- DOR LOMBAR: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM ANEURISMA DE AORTA ROTA (VER SINAIS DESCRITO ACIMA)
- COLISÃO DE MOTO > 30KM/H OU SEPARAÇÃO DO MOTOCICLISTA DA MOTO

⊕ ANALGESIA APROPRIADA LOGO APÓS AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Algoritmo de Trauma



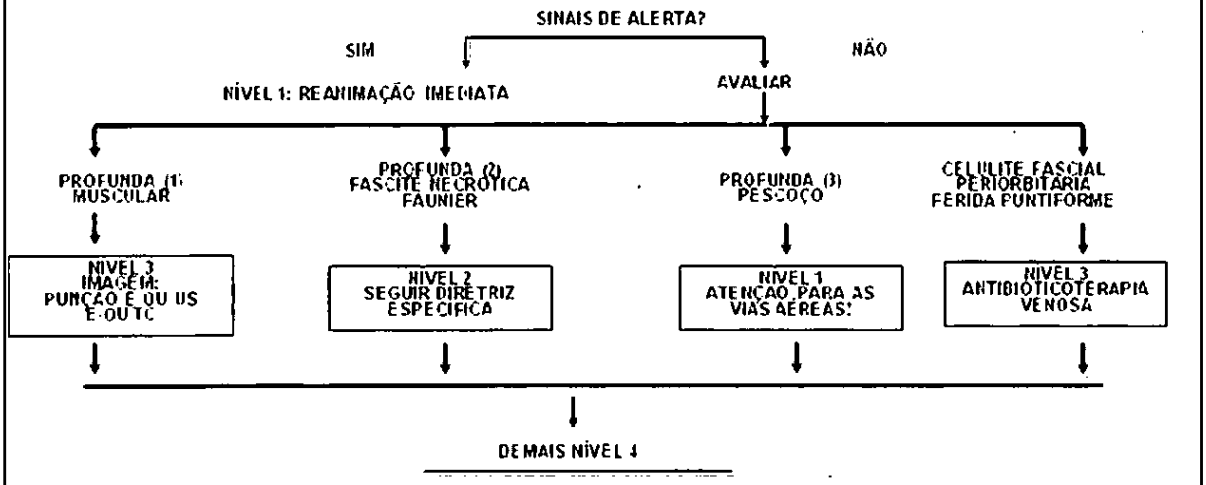
(*) CINEMÁTICA GRAVE:
- EJEÇÃO DO VEÍCULO
- MORTE DE UM OCUPANTE NO MESMO COMPARTIMENTO
- ATROPELAMENTO: VIA DE TRÂNSITO RÁPIDO, NOTURNO, PEDESTRE LANÇADO À DISTÂNCIA, ESMAGAMENTO, ETC
- COLISÃO DE ALTA VELOCIDADE: >60 KM/H, DEFORMIDADE DE VEÍCULO, >50 CM, INTRUSÃO DACABINE >30 CM
- PRESO EM FERRAGENS > 20 MIN.
- QUEDA > 6 M.
- TATUAGEM TRAUMATUCA
- CAPOTAMENTO
- COLISÃO DE MOTO > 30KM H OU SEPARAÇÃO DO MOTOCICLISTA DA MOTO

⊕ QUALQUER FRATURA: ANALGESIA PARA DOR 8 – 10/10 LOGO APÓS A AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

♠ AVALIAR VACINAÇÃO ANTITETÂNICA E OU IMUNOGLOBULINA PARA OS TRAUMAS PENETRANTES PRINCIPALMENTE NOS IDOSOS

SES
3722
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Algoritmo: Infecção de Partes Moles



*ANALGESIA APROPRIADA LOGO APÓS AVALIAÇÃO PRIMÁRIA
▲AVALIAR VACINAÇÃO ANTITETÂNICA E OU IMUNOGLOBULINA: SE HISTÓRIA DE TRAUMA

HEMORRAGIAS
Hemorragia Digestiva, Hemoptise, Epistaxe

Prioridade ZERO
Vermelha

- Hematêmese volumosa
- Melena com instabilidade hemodinâmica (PA sist < 100 mmHg ou FC > 120 bpm)
- Hemoptise franca
- Epistaxe com PA > 180/110

Prioridade 1
Amarela

- **Dados vitais normais**
- **Sangramento não atual**

Reavaliar!

3723
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (1)

Prioridade ZERO Vermelha	▪ Grave alteração de comportamento com risco imediato de violência perigosa ou agressão ▪ Risco imediato para si ou para outrem ▪ Agitação extrema ▪ Necessidade de contenção ▪ Paciente desmaiado ▪ Possível distúrbio metabólico, doença orgânica, intoxicação ▪ Avaliar passado de doença psiquiátrica (para uso rápido de anti-psicóticos)
Prioridade 1 Amarela	▪ Dados vitais normais ▪ Agitação menos intensa, mas consciente ▪ Risco para si ou para outrem ▪ Estados de pânico ▪ Potencialmente agressivo ▪ Alucinação, desorientação

DOENÇA PSIQUIÁTRICA OU COMPORTAMENTAL (2)

Prioridade 2 Verde	▪ Dados vitais normais ▪ Pensamentos suicidas ▪ Gesticulando, mas não agitado ▪ Sem risco imediato para si ou para outrem ▪ Com acompanhante Obs: seja solidário, deixe o paciente em lugar seguro e tranqüilo
Prioridade 3 Azul	▪ Depressão crônica ou recorrente ▪ Problemas com a polícia ▪ Crise social ▪ Impulsividade ▪ Insônia ▪ Estado mental normal ▪ Dados vitais normais

3724
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

HISTORIA DE DIABETES — **Sempre fazer glicemia capilar**

Prioridade ZERO
Vermelha

- ❑ Sudorese (hipoglicemia)
- ❑ Alteração mental (hipo - hiperglicemia)
- ❑ Febre
- ❑ Vômito
- ❑ Visão borrada
- ❑ Pulso anormal
- ❑ Dispnéia

CUIDADO! Avaliar a glicemia

Prioridade 1
Amarela

- Desidratação acentuada
- Glicemia > 320 ou < 50 mg/dL

Abstinência Grave de Álcool e Drogas

Prioridade ZERO
Vermelha

- ❑ Convulsão
- ❑ Coma
- ❑ Alucinações
- ❑ Confusão mental
- ❑ Agitação
- ❑ Taquicardia, hipertensão, febre
- ❑ Dor abdominal / torácica
- ❑ Vômito, diarréia

SES 3725 FLS RUBRICA PROTOCOLO

DOR (1)

Prioridade ZERO Vermelha	▪ Aguda, central (cabeça, tórax, abdome) ▪ Aguda, periférica (em extremidades), com isquemia ▪ Luxação (ortopedia) ▪ Dados vitais alterados
Prioridade 1 Amarela	▪ Dados vitais normais ▪ Intensa (8 - 10 / 10) ▪ Moderada (4 - 7), central e aguda ▪ Enxaqueca ▪ Cólica renal ▪ Dor abdominal com vômitos, febre, algúria ou gravidez ▪ Lombalgia que impede deambulação ou irradia p/ MMII ▪ Intensa, aguda, em MMII, sem trauma ou isquemia

DOR (2)

Prioridade 2 Verde	• Cefaléia aguda ou sub-aguda, não súbita • Lombalgia mais intensa • Artralgia com limitações sem sinais flogísticos
Prioridade 3 Azul	▪ Moderada, crônica, periférica ▪ Lombalgia crônica, não traumática ▪ Em MMII ou articulações, crônica, sem sinais inflamatórios ▪ Algúria, disúria

3796
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

DIARREIA E VÔMITOS

Prioridade 1 **Amarela**	**Com desidratação:** ▪ **Persistentes** ▪ **Letargia** ▪ **Mucosas ressecadas** ▪ **Turgor pastoso**
Prioridade 3 **Azul**	▪ **Dados vitais normais** ▪ **Mucosas úmidas** ▪ **Diurese normal** ▪ **Turgor de pele normal** ▪ **<5-10 evacuações/dia** ▪ **<5-10 vômitos/dia**

ARTICULAÇÕES – PARTES MOLES

Prioridade 1 **Amarelo**	▪ **Processo inflamatório (dor, calor, edema, eritema) em membros ou articulações** ▪ **Ferida corto-contusa** ▪ **Urticária ou prurido intenso**

SES
3797
Fls.
PREFEITURA
PROTOCOLO

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Prioridade 1 **Amarelo**	▪ Vítimas de abusos sexuais ▪ Pacientes escoltados ▪ Acamados ▪ Acidente perfurocortante com material biológico
Prioridade 2 **Verde**	▪ Idade > 60 anos ▪ Deficientes físicos ▪ Retorno em período < 24 h por ausência de melhora ▪ Troca de SNE ou SVD ▪ Doadores de sangue ▪ Impossibilidade de deambulação

FERIDAS

Prioridade 2 **Verde**	▪ Feridas com febre ▪ Miíase com infestação intensa
Prioridade 3 **Azul**	▪ Limpa, sem sinais sistêmicos de infecção ▪ Infecção local ▪ Com necrose ▪ Controle de úlceras crônicas ▪ Retirada de pontos ▪ Escaras sem repercussão sistêmica

SES
3728
Rubrica
PROTOCOLO

SINTOMAS GRIPAIS

Prioridade 2
Verde

- Dor de garganta intensa
- Dor de ouvido
- Tosse produtiva
- Rinorréia purulenta
- Febre < 38,5°C
- Mialgia

Obs: para excluir placas amigdalianas, mononucleose, abscesso periamigdaliano, pneumonia.

CUIDADO com os idosos!

Prioridade 3
Azul

- Coriza
- Dor de garganta
- Queixas leves
- Sem sintomas respiratórios
- Dados vitais normais

OUTRAS SITUAÇÕES

Prioridade 3
Azul

Curativos
Trocas ou requisições de receitas
Avaliações de exames
Imunizações
Solicitações de marcação de consulta ou de exame, com guia de encaminhamento não urgente

4.1.7 APRESENAÇÃO DE MANUAL DE PROTDCOLOS ASSISTENCIAIS

Considerando o perfil do Hospital de Urgências de Goiânia, o Instituto Social Fibra recomenda os "Protocolos da Unidade de Emergência" e Protocolo da Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio na Rede de Atenção às UrgênciaS, publicados pelo Ministério da Saúde, e as Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE).

Os Protocolos do Ministério da Saúde e as Diretrizes da AHA estão apresentados no **ANEXO I.**

4.1.8 PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL, ENFERMAGEM E CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO I

DA CONSTITUIÇÃO

ART. 1º - O HOSPITAL ESTÁ INSCRITO NO CNPJ SOB O Nº. XXXXXXXXXXXXXXX, SITUADO EM XXX – XX, ENTIDADE PÚBLICA E SEM FINS LUCRATIVOS.

ART. 2º - O HOSPITAL REGER-SE-Á PELO PRESENTE REGULAMENTO, PELOS SEUS REGIMENTOS E NORMAS INTERNAS E PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E DO ESTADO DE GOIÁS.

CAPÍTULO II

DAS FINALIDAOES

ART. 3º - O HOSPITAL XXXXXXXXXXXXXX, TEM POR FINALIDADES:

I - PRESTAR ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR ÀS PESSOAS PORTADORAS DE MOLÉSTIAS, ACIDENTADAS OU NECESSITANDO DE ATENDIMENTO IMEDIATO;

II - SERVIR DE CAMPO DE APRENDIZAGEM NAS ATIVIDADES RELACIONADAS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR;

III - COLABORAR PARA O APERFEIÇOAMENTO DE PROFISSIONAIS LIGADOS A ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR;

IV - REALIZAR E PROPORCIONAR MEIOS PARA A PESQUISA E INVESTIGAÇÕES CIENTÍFICAS;

V - CONTRIBUIR E PROPORCIONAR MEIOS PARA A EDUCAÇÃO SANITÁRIA DA COMUNIDADE; E

VI - PROPORCIONAR MEIOS PARA A REABILITAÇÃO FÍSICA E SOCIAL DOS INCAPACITADOS.

CAPÍTULO III

OA MANUTENÇÃO

ART. 4º - O HOSPITAL ESTÁ ENQUADRADO NOS MOLDES DA GESTÃO PLENA SENDO OS RECURSOS ORIUNDOS DO ESTADO DE GOIÁS.

CAPÍTULO IV

DA ORGANIZAÇÃO

ART. Sº - O HOSPITAL TEM A SEGUINTE ESTRUTURA ADMINISTRATIVA:

I. - DIRETORIA GERAL

II - DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA

III - DIRETORIA CLÍNICA

IV – COMISSÕES PERMANENTES

VI – NÍVEL INTERMEDIÁRIO

SEÇÃO I

ART. 6º - À DIRETORIA GERAL COMPETE: PLANEJAR, CONTROLAR E FISCALIZAR AS AÇÕES ESTABELECIDAS JUNTO ÀS DIRETORIAS DO HDSPITAL E À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, ORIENTANDO A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES, VISANDO CUMPRIR AS METAS PRECONIZADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ENFOCANDO AINDA A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS.

SEÇÃO II

ART. 7º - À DIRETORIA ADMINISTRATIVA COMPETE: PLANEJAR, CONTROLAR, ORGANIZAR, FISCALIZAR E AVALIAR EM CONJUNTO COM AS DEMAIS DIRETORIAS, ÓRGÃOS COMPETENTES E SETORES RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO HOSPITAL, ENFOCANDO A EXCELÊNCIA E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO.

SEÇÃO III

ART. 8º - À DIRETORIA CLÍNICA COMPETE: PLANEJAR, ORGANIZAR, COORDENAR, CONTROLAR E FISCALIZAR O CORPO CLÍNICO PARA ASSEGURAR UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE, HUMANIZADA E ÉTICA, NAS DIVERSAS ESPECIALIDADES PRECONIZADAS PELO MODELO DETERMINADO PELO SUS.

SEÇÃO IV

ART. 9º - À GERENCIA DE ENFERMAGEM COMPETE: PLANEJAR, ORGANIZAR, COORDENAR, CONTROLAR E FISCALIZAR AS AÇÕES RELATIVAS À ENFERMAGEM, VISANDO ASSEGURAR UM SERVIÇO ÉTICO, DE QUALIDADE, MELHORANDO E DESENVOLVENDO A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL.

SEÇÃO V

ART. 10º - À COMISSÃO DE ÉTICA COMPETE: FISCALIZAR O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO DOS MÉDICOS, ZELAR PELO LIVRE EXERCÍCIO LEGAL DOS DIREITOS DOS MÉDICOS, PROMOVER O PERFEITO DESEMPENHO TÉCNICO E MORAL DA MEDICINA, CONCLAMAR A PARTICIPAÇÃO OA CLASSE MEDICA NA DEFESA DO EXERCÍCIO ÉTICO E PROFISSIONAL DA MEDICINA, ORGANIZA E COMPLEMENTAR A FISCALIZAÇÃO DA PRÁTICA DA MEDICINA.

SEÇÃO VI

ART. 11º - À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COMPETE: PLANEJAR, COORDENAR, CONTROLAR E AVALIAR AS AÇÕES E ATIVIDADES VISANDO REDUZIR OS RISCOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR, PARA TODOS OS PACIENTES SUBMETIDOS A QUALQUER TIPO DE PROCEDIMENTO, DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO, DIVULGANDO OS RESULTADOS OBTIDOS. PROMOVER O CONHECIMENTO DAS FORMAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO, ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO CONTINUADA.

SEÇÃO VII

ART. 12º - AO NÍVEL INTERMEDIÁRIO COMPETE: TODO COORDENADOR E CHEFE DE SETOR E ESTÁ LIGADO A SUA DIRETORIA, ENCONTRANDO-SE EM ÓRGÃO DE SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO E CONTROLE DIRETO E EFETIVO DAS ATIVIOADES COTIDIANAS DO HOSPITAL. SÃO EXTENSÕES DAS SUAS DIRETORIAS E FUNCIONAM COMO SUPERIORES HIERÁRQUICOS DIRETO DOS GRUPOS E SETORES, ORGANIZAM E NORMATIZAM O FUNCIONAMENTO DOS MESMOS SEGUNDO AS ORIENTAÇÕES DA SUA DIRETORIA.

CAPÍTULO V

DA DIVISÃO MÉDICA

3731
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ART. 13º - O CORPO CLÍNICO É O CONJUNTO DE MÉDICOS QUE TRABALHAM NA INSTITUIÇÃO HABITUALMENTE, COM A INCUMBÊNCIA DE PRESTAR ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES QUE A PROCURAM, BEM COMO AOS PACIENTES QUE PARA AQUI ENCAMINHADO, GOZANDO DE AUTONOMIA PROFISSIONAL, TÉCNICA, CIENTÍFICA, POLÍTICA E CULTURAL.

ART. 14º - O CORPO CLÍNICO TERÁ COMO OBJETIVO:

I - ZELAR E CONTRIBUIR PARA O BOM DESEMPENHO PROFISSIONAL DE CADA UM DOS SEUS MEMBROS;

II - ASSEGURAR O MELHOR PADRÃO DE ASSISTÊNCIA À CLIENTELA DO HOSPITAL;

III - COLABORAR PARA O APERFEIÇOAMENTO DE CADA UM DE SEUS MEMBROS E DO PESSOAL TÉCNICO QUE ATUE NA INSTITUIÇÃO;

IV - ESTIMULAR A PESQUISA MÉDICA DENTRO DE RÍGIDOS PADRÕES ÉTICOS;

V - COLABORAR CONTINUAMENTE COM A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL VISANDO A CONTÍNUA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA;

VI - PARTICIPAR DA CRIAÇÃO DE ROTINAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS.

ART. 15º - O ALVO DE TODA ATENÇÃO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL É A SAÚDE DO SER HUMAND, EM BENEFÍCID DA QUAL DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL.

ART. 16º - AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL SERÃO REGIDAS PELAS NORMAS INTERNAS DE CADA CLÍNICA E POR ESTE REGIMENTO INTERNO, CONSUBSTANCIADAS NO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E NAS RESOLUÇÕES EMANADAS DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA.

DA COMPOSIÇÃO

ART. 17º - O CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL É COMPOSTO POR TODOS OS MÉDICOS QUE NELE TRABALHAM, SEGUNDO AS NORMAS ESTABELECIDAS NESTE REGIMENTO INTERNO E AQUELAS EMANADAS PELOS ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS PELO CONTROLE DA PROFISSÃO EM ÂMBITO NACIONAL E REGIONAL.

ART. 18º - OS MÉDICOS DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL DIVIDEM-SE NAS SEGUINTES CATEGORIAS:

I - MÉDICOS CONCURSADOS;

II - MEMBROS CONTRATADOS

§1º - É RESPEITADO O OIREITO DE TODO MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO, INTERNAR E ASSISTIR SEUS PACIENTES NO HOSPITAL, RESPEITADAS AS NORMAS DA INSTITUIÇÃO, CONFORME DETERMINADO NO ART.25 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

III - MEMBROS CONSULTORES: SÃO MÉDICOS QUE, PELO SEU DESTAQUE PROFISSIONAL, SÃO INDICADOS PELO CORPO CLÍNICO PARA EXERCEREM ORIENTAÇÃO EM SUA ÁREA DE EXCELÊNCIA.

ART. 19º - O CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL CONTARÁ COM:

I - DIRETOR TÉCNICO, ESCOLHIDO PELO DIRETOR GERAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA INSTITUIÇÃO, DE ACORDO COM RESOLUÇÃO ESPECÍFICA DO CFM, COM ATRIBUIÇÕES POSTERIORMENTE DISCRIMINADAS, NÃO HAVENDO PREVISÃO DE DURAÇÃO DE SEU MANDATO;

II - DIRETOR CLÍNICO E VICE-DIRETOR CLÍNICO ELEITOS EM CHAPA PELOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO EM ELEIÇÃO DIRETA, POR MAIORIA SIMPLES DE VOTOS DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO QUE COMPARECEREM AO PLEITO ESPECIALMENTE CONVOCADO PARA ESTE FIM, COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 15 DIAS, COM MANDATO DE 30 MESES, SENDO PERMITIDA SUA REELEIÇÃO.

DA ORGANIZAÇÃO

3732 FLS RUBRICA PROTOCOLO

ART. 20º - OS MÉDICOS QUE COMPÕEM O CORPO CLÍNICO SE ORGANIZARÃO EM CLÍNICAS, A SABER:

I - CLINICA MÉDICA E SUAS SUBDIVISÕES EM ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO;

II - CLÍNICA CIRÚRGICA E SUAS SUBDIVISÕES EM ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO;

III - CLÍNICA ANESTESIOLÓGICA E SUAS ÁREAS DE ATUAÇÃO;

IV - CLÍNICA ORTOPÉDICA

V - CLÍNICA NEUROLÓGICA

VI - CLÍNICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

VII - COMISSÕES PERMANENTES E TRANSITÓRIAS: SÃO AQUELAS CONSTITUÍDAS PARA ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO PERTINENTE, QUE PODEM TER SUA DURAÇÃO PREVIAMENTE DETERMINADA OU AQUELAS DE DURAÇÃO INDETERMINADA CUJOS MEMBROS SERÃO RENOVADOS PERIODICAMENTE.

§1º- CADA UMA DAS CLÍNICAS DESTA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL CONTARÁ COM UM CHEFE DE CLÍNICA ESCOLHIDO PELO DIRETOR CLÍNICO, PERMITINDO-SE SUA RECONDUÇÃO AO CARGO.

§2º- SÃO COMISSÕES PERMANENTES DO CORPO CLÍNICO:

I - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA (RESDLUÇÃO CFM 1657-02)

II - COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS (RESOLUÇÃD CFM 1638-02)

III - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (PORTARIA MS 2616-98)

DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS

ART. 21º - AO DIRETOR CLÍNICO COMPETE:

I - REPRESENTAR O CORPO CLÍNICO, PELO QUAL FOI ELEITO,, EM TODOS OS ASSUNTOS QUE SEJAM JULGADOS DE INTERESSE DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO, COMPARECENDO ÀS REUNIÕES DA DIRETORIA GERAL SEMPRE QUE FOR CONVOCADO

II - DIRIGIR E COORDENAR O CORPD CLÍNICO DA INSTITUIÇÃO ESTIMULANDO EM CADA UM DE SEUS MEMBRDS O ESPÍRITO DE TRABALHO EM EQUIPE, O RESPEITO AO PACIENTE, OS PRINCÍPIOS QUE NORTEIAM A MORAL E A ÉTICA MÉOICA E O ESPÍRITO CIENTÍFICO, OBSERVANDO AS ORIENTAÇÕES EMANADAS DOS ÓRGÃOS FISCALIZADORES DA PRÁTICA MÉDICA E EM HARMONIA COM AS DETERMINAÇÕES DA DIRETORIA EXECUTIVA.

III - COMUNICAR AD CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA AO ASSUMIR E DEIXAR O CARGO EM CARÁTER DEFINITIVO.

IV - ENVIAR AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, APÓS SUA ELEIÇÃO E POSSE, CÓPIA DA ATA DE ELEIÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.

V - CONVOCAR E PRESIDIR AS ASSEMBLÉIAS GERAIS DO CORPO CLÍNICO COM A DEVIDA ANTECEDÊNCIA, DEFININDO A PAUTA SOBRE A QUAL SE DELIBERARÁ.

VI - CONVOCAR AS ELEIÇÕES PARA DIRETORIA CLÍNICA E COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA AO FINAL DE SEU MANDATO, OBEDECENOO AOS PRAZOS LEGAIS.

VII - ZELAR PELO FIEL CUMPRIMENTO DESTE REGIMENTO, BEM COMO POR FAZÊ-LO CONHECER A TODOS OS MÉDICOS DO CORPO CLÍNICO, PRESERVANDO O BOM CONCEITO DA INSTITUIÇÃO.

VIII - SUPERVISIONAR A EXECUÇÃO DAS ATIVIOADES MÉDICAS, ACDMPANHANDO OS TRABALHOS DE CAOA CLÍNICA E SEUS CHEFES DE CLÍNICA, COM VISTAS À PRESTAÇÃO DA MELHOR ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES.

IX - ASSESSORAR O DIRETOR GERAL EM ASSUNTOS RELACIONADOS AO CORPO CLÍNICO

SES
3733
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

X - ZELAR PELO CORPO CLÍNICO, GARANTINDD SUA AUTONOMIA PROFISSIDNAL, PROMOVENDO O SENTIMENTO DE RESPONSABILIOADE E SOLIDARIEDADE ENTRE SEUS MEMBROS.

XI - ASSESSORAR O DIRETOR GERAL NO PLANEJAMENTO, ORGANIZAÇÃO E DIREÇÃO DE CLÍNICAS E UNIDADES AMBULATORIAIS DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO EXISTENTES OU QUE PORVENTURA SEJAM CRIADAS.

XII - DESENVOLVER, ESTIMULAR E PRESERVAR, OENTRO DOS PRECEITOS ÉTICOS E DE RESPEITO PESSOAL E PROFISSIONAL O RELACIONAMENTO ENTRE OS MÉDICOS, ENTRE MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS E DESTES COM A DIRETORIA DA INSTITUIÇÃO.

XIII - ESTIMULAR A PARTICIPAÇÃO OE TODOS OS MEMBROS NOS EVENTOS CIENTÍFICOS E DE CUNHO ADMINISTRATIVO ORGANIZADOS PELO HOSPITAL, COM VISTAS AO APERFEIÇOAMENTO TÉCNICO E ADMINISTRATIVO.

XIV - EXERCER A FUNÇÃO DE MEDIADOR EM EVENTUAIS CONFLITOS DE POSIÇÃO ENTRE MEMBROS DO CORPO CLÍNICO OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA ASSISTENCIAL, BUSCANDO PRESERVAR A HARMONIA ENTRE OS PROFISSIONAIS QUE PRESTAM ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES E ENTRE ESTES E A ESTRUTURA TÉCNICO-ADMINISTRATIVA, PRESERVANDO POSTULADOS ÉTICOS, MÉDICOS E MORAIS.

XV - DESENVOLVER ENTRE OS MÉDICOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO O ESPÍRITO DE CRÍTICA, ESTIMULANDO ESTUDO, PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DIDÁTICAS E DE PESQUISA, DEVIDAMENTE CONDUZIOAS DENTRO DOS PRECEITOS MORAIS, ÉTICOS E LEGAIS, APOIANDO E COLABORANDO COM AS INICIATIVAS DO DE ESTUDOS.

XVI - APRESENTAR AO CORPO CLÍNICO EM ASSEMBLÉIA GERAL OU VOTAÇÃO PLEBISCITÁRIA, OPÇÕES DEFINIDAS PARA ASSUNTOS POLÊMICDS E DE INTERESSE GERAL.

XVII - TOMAR AS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS PARA QUE TODO PACIENTE HOSPITALIZADO NA INSTITUIÇÃO TENHA SEU MÉDICO ASSISTENTE E POR ELE SEJA EFETIVAMENTE ACOMPANHADO EM TODO PERÍODO DE INTERNAÇÃO

XVIII - PROVIDENCIAR QUE NAS CIRURGIAS ELETIVAS A EQUIPE CIRÚRGICA SE ASSEGURE PREVIAMENTE DAS CONDIÇÕES INDISPENSÁVEIS À EXECUÇÃO DO ATO, INCLUSIVE QUANTO À NECESSIDADE DE TER COMO AUXILIAR OUTRO CIRURGIÃO CAPAZ DE SUBSTITUÍ-LO EM UM PDSSÍVEL IMPEDIMENTO, CONCLUINDO O PROCEDIMENTO SEM PREJUÍZO AO PACIENTE

XIX - ENCAMINHAR À ASSEMBLÉIA GERAL DO CORPO CLÍNICO, APÓS O DEVIDO CADASTRO E VERIFICAÇÃO DESTES DADOS, O NOME DOS MÉDICOS QUE SE CANDIOATAM AO INGRESSO NO CORPO CLÍNICO.

ART. 22º - AO VICE-DIRETOR CLÍNICO COMPETE

I - SUBSTITUIR O DIRETOR CLÍNICO EM SEUS IMPEDIMENTOS EVENTUAIS OU PERMANENTES

ART. 23º - AO DIRETOR TÉCNICO COMPETE:

I - COMUNICAR AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, POR ESCRITO, AO ASSUMIR OU DEIXAR, DEFINITIVAMENTE O CARGO.

II - ZELAR PELO CUMPRIMENTO OAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR

III - REMETER AO CRM, NO 1º TRIMESTRE DE CADA ANO, A RELAÇÃO DOS MÉDICOS QUE DEIXARAM O ESTABELECIMENTO E OS QUE NELE FORAM ADMITIOOS, BEM COMO OUTRAS ALTERAÇÕES HAVIDAS NO HOSPITAL NO OECORRER DO ANO ANTERIOR.

IV - ASSEGURAR AO DIRETOR CLÍNICO TODAS AS CONDIÇÕES PARA O PLENO EXERCÍCIO DE SUAS ATRIBUIÇÕES

V - ASSEGURAR CONDIÇÕES PARA O PLENO E AUTÔNOMO FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES EXISTENTES OU CRIAOAS NO HOSPITAL

VI - COORDENAR AS AÇÕES LIGAOAS AO PESSOAL TÉCNICO E PARAMÉDICO E ÀS INSTALAÇÕES EQUIPAMENTOS MÉDICOS

3734 FLS
PREFEITURA PROTOCOLO

VII - ZELAR CONJUNTAMENTE COM O DIRETOR CLÍNICO PELO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS ADEQUADAS PARA QUE O ATENDIMENTO AOS PACIENTES SEJA EFICIENTE, SUPRINDO OS REQUISITOS INDISPENSÁVEIS AOS TRATAMENTOS PROPOSTOS PELOS MÉDICOS, BEM COMO AO ATENDIMENTO DE EVENTUAIS COMPLICAÇÕES DELES ADVINDAS.

VIII - SUPERVISIONAR AS UNIDADES HOSPITALARES JUNTAMENTE COM O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO PARA QUE AS INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTAL ESTEJAM SEMPRE EM BOM ESTADO DE FUNCIONAMENTO, ASSEGURANDO CONDIÇÕES DIGNAS DE TRABALHO, VISANDO AO MELHOR DESEMPENHO DO CORPO CLÍNICO, EM BENEFÍCIO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO USUÁRIA DE SEUS SERVIÇOS.

IX - SUPERVISIONAR O PESSOAL TÉCNICO E PARAMÉDICO (ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM, FISIOTERAPEUTAS, PSICÓLOGOS E TÉCNICOS DE DIFERENTES ÁREAS LIGADAS AO ATENDIMENTO AOS PACIENTES) JUNTAMENTE COM O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL, PARA O CUMPRIMENTO DAS NORMAS ADEQUADAS AO FUNCIONAMENTO HARMÔNICO DO HOSPITAL.

X - REPRESENTAR O HOSPITAL E ATENDER COM O MÁXIMO DE PRESTEZA ÀS DETERMINAÇÕES PROVENIENTES DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS RESPONSÁVEIS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

XI - REPRESENTAR O HOSPITAL E ATENDER COM O MÁXIMO DE PRESTEZA À SOLICITAÇÕES E DETERMINAÇÕES DAS AUTORIDADES POLICIAIS E JUDICIÁRIAS ENDEREÇADAS À INSTITUIÇÃO.

XII - FIRMAR ACORDOS COM OUTRAS INSTITUIÇÕES PARA FACILITAR ESTES PROCESSOS SELETIVOS, DENTRO DO INTERESSE DO HOSPITAL.

XIII - DETECTAR POSSÍVEIS IRREGULARIDADES EM INSTALAÇÕES, EQUIPAMENTOS OU INSTRUMENTAL, CONDIÇÕES DE HIGIENE, BEM COMO AS QUE SE RELACIONAM À BOA ORDEM, ASSEIO E DISCIPLINA DOS MÉDICOS E FUNCIONÁRIOS, BUSCANDO E IMPLEMENTANDO AS NECESSÁRIAS CORREÇÕES.

XIV - ZELAR PELA BOA QUALIDADE DO ATENDIMENTO MÉDICO AOS PACIENTES, DETECTANDO EVENTUAIS FALHAS E CARÊNCIAS, OU QUAISQUER OUTROS FATORES QUE POSSAM AFETAR NEGATIVAMENTE ESTES RESULTADOS.

XV - COORDENAR AS AÇÕES NECESSÁRIAS AO APRIMORAMENTO DOS RESULTADOS TÉCNICOS DA INSTITUIÇÃO.

XVI - PARTICIPAR, JUNTO AOS SETORES ADMINISTRATIVOS, DA EVOLUÇÃO CONTÍNUA DOS PROCESSOS, GARANTINDO QUE SEU OBJETIVO PRINCIPAL SEJA O DE TORNAR A PRÁTICA MÉDICA NO HOSPITAL MAIS SEGURA, DENTRO DOS MAIS ELEVADOS PRECEITOS ÉTICOS EMANADOS PELOS CONSELHOS FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA.

XVII - AVALIAR OS RESULTADOS DOS DIVERSOS SETORES E DEPARTAMENTOS DO HOSPITAL, IMPLEMENTANDO AS MUDANÇAS CABÍVEIS EM CADA SITUAÇÃO, BUSCANDO O CONSTANTE APRIMORAMENTO DESTES RESULTADOS.

XVIII - OUTRAS ATRIBUIÇÕES PORVENTURA DEFINIDAS PELO ESTATUTO DO HOSPITAL.

ART. 24º - AOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO COMPETE:

I - PARTICIPAR DAS ASSEMBLÉIAS DO CORPO CLÍNICO E REUNIÕES CIENTÍFICAS DAS EQUIPES

§ ÚNICO - AS AUSÊNCIAS ÀS REUNIÕES DEVERÃO SER JUSTIFICADAS POR ESCRITO AO DIRETOR CLÍNICO NO PRAZO MÁXIMO DE 20 DIAS APÓS A SUA OCORRÊNCIA, SOB PENA DE SUJEIÇÃO DO INFRATOR ÀS PENAS ESTABELECIDAS NESTE REGIMENTO.

II - FREQÜENTAR A INSTITUIÇÃO, ASSISTINDO SEUS PACIENTES, VALENDO-SE DOS RECURSOS TÉCNICOS DISPONÍVEIS COM O MÁXIMO RESPEITO E CONSIDERAÇÃO A ELES E SUAS FAMÍLIAS.

III - ELABORAR ADEQUADAMENTE OS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES SOB SUA RESPONSABILIDADE, FAZENDO EVOLUÇÕES E PRESCRIÇÕES DE FORMA LEGÍVEL, ASSINANDO-AS, DATANDO-AS E IDENTIFICANDO-SE CLARAMENTE COMO RESPONSÁVEL.

3735 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

IV - ASSUMIR A RESPONSABILIDADE CIVIL, CRIMINAL E ÉTICA SOBRE OS ATOS QUE TENHA PRATICADO NO EXERCÍCIO DA MEDICINA.

V - COMUNICAR AOS ÓRGÃDS OIRETIVOS E, EM ÚLTIMA INSTÂNCIA, AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA, FALHAS NA ORGANIZAÇÃO, NOS MEIOS E NA EXECUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA INSTITUIÇÃO.

VI - MANTER COM OS COLEGAS E FUNCIONÁRIOS DA INSTITUIÇÃO RELACIONAMENTO CORDIAL E RESPEITOSO.

VII - CONHECER E SEGUIR O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, BEM COMO OS TERMOS DESTE REGIMENTO.

VIII - VOTAR NAS ELEIÇÕES INTERNAS DO HOSPITAL E, CONFORME SUA CATEGORIA, SER VOTADO.

IX - DECIOIR EM ASSEMBLÉIA SOBRE A ADMISSÃO E EXPULSÃO DE MEMBROS DO CORPO CLÍNICO

§ ÚNICO - GARANTIR AOS MEMBROS AMEAÇADOS DE EXPULSÃO AMPLO DIREITO DE DEFESA DIANTE DA ASSEMBLÉIA.

XI - COLABORAR COM SEUS COLEGAS NA ASSISTÊNCIA AO SEUS PACIENTES, QUANDO SOLICITADO

XII - COLABORAR COM O TRABALHO DAS COMISSÕES DO HOSPITAL, INCLUSIVE NAS ÁREAS ADMINISTRATIVAS, DENTRO DE SUAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

XIII - RESTRINGIR SUA PRÁTICA À ÁREA PARA A QUAL FOI ADMITIDO NO CORPO CLÍNICO, EXCETO EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.

§ ÚNICO - NO CASO DE DESEJAR EXERCER OUTRA ESPECIALIDADE OU ÁREA DE ATUAÇÃO, O MÉDICO DEVE PROTOCOLAR JUNTO À DIRETORIA CLÍNICA ESTA INTENÇÃO, BEM COMO APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA DE QUALIFICAÇÃO PARA EXERCÊ-LA.

ART. 25º - AO CHEFE DE CLÍNICA COMPETE:

I - SUPERVISIONAR A COORDENAR AS ATIVIDADES DE SUA CLÍNICA

II - ORGANIZAR ESCALAS DE PLANTÃO, CIENTIFICANDO PERMANENTEMENTE AS DIRETORIAS MÉDICAS, POR ESCRITO, DESTAS ESCALAS, PARA CUMPRIMENTO DE NORMAS LEGAIS.

III- ORGANIZAR ESCALAS DE SUBSTITUIÇÃO EM SUA CLÍNICA, MANTENDO IGUALMENTE INFORMADOS OS DIRETORES MÉDICOS.

IV - SUPERVISIONAR O CUMPRIMENTO DESTAS ESCALAS DE PLANTÃO, DISPONIBILIZANDO-SE, INCLUSIVE, A SUBSTITUIR UM FALTOSO, EM CASOS ESPECIAIS, PARA QUE O ATENDIMENTO AOS PACIENTES NÃO SEJA PREJUDICADO.

V - COORDENAR A ELABORAÇÃO OE ROTINAS E PROTOCOLOS RELATIVOS À ÁREA DE ATUAÇÃO DE SUA ESPECIALIDADE

VI - PROMOVER REUNIÕES CIENTÍFICAS, ASSISTENCIAIS E ADMINISTRATIVAS DE SUA CLÍNICA, DE FORMA REGULAR E PERIÓDICA COM O OBJETIVO OE MELHOR ORGANIZAR OS TRABALHOS, ESTIMULAR O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E PROMOVER A PARTICIPAÇÃO DE CADA MEMBRO DA CLÍNICA NOS PROCESSOS TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS E CIENTÍFICOS DO HOSPITAL.

VII - PARTICIPAR DE REUNIÕES COM OS DIRETORES CLÍNICO E/OU TÉCNICO SEMPRE QUE FOR CONVOCADO.

VIII - MANTER ATUALIZADOS OS LIVROS DE ATA DAS REUNIÕES DE SUA CLÍNICA, DISPONIBILIZANDO-OS CONFORME SOLICITAÇÃO DA DIRETORIA CLÍNICA DO HOSPITAL.

DOS D I R E I T O S

ART. 26º - SÃO DIREITOS DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO:

SES
3736
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

I - FREQÜENTAR AS INSTALAÇÕES DO HOSPITAL, UTILIZANDO OS RECURSOS TÉCNICOS E MEIOS DE DIAGNÓSTICOS DISPONÍVEIS PARA PROMOVER O MELHOR ATENDIMENTO AOS SEUS PACIENTES.

§ ÚNICO - O USO DE EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DA INSTITUIÇÃO E A UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS OU MATERIAIS PODERÁ SER RESTRINGIDO POR NORMAS RELATIVAS À QUALIFICAÇÃO E TREINAMENTO DOS MEMBROS E LIMITADOS PELA OBSERVÂNCIA DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE CADA SERVIÇO

II - SER CONVOCADO, PARTICIPAR E VOTAR NAS ELEIÇÕES DELIBERATIVAS DAS ASSEMBLÉIAS GERAIS DO CORPO CLÍNICO.

III - CANDIDATAR-SE AOS CARGOS DE DIRETOR CLÍNICO, VICE-DIRETOR CLÍNICO, MEMBRO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA.

IV - PARTICIPAR DAS COMISSÕES PERMANENTES E TEMPORÁRIAS OO HOSPITAL, DEPENDENTE DE SUA CATEGORIA.

V - RECEBER A REMUNERAÇÃO PELOS SERVIÇOS QUE TENHA PRATICADO

§ ÚNICO - CADASTRAR-SE, OBRIGATORIAMENTE, JUNTO À DIRETORIA CLÍNICA, ANTES DE PRESTAR QUALQUER ATENDIMENTO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL, PARA QUE SE CUMPRAM AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS NECESSÁRIAS À COBRANÇA DE SEUS HONORÁRIOS.

VI - AUTONOMIA PROFISSIONAL, RESPEITANDO-SE OS LIMITES DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, O PRESENTE REGIMENTO E AS NORMAS ADMINISTRATIVAS DA INSTITUIÇÃO.

VII - COMUNICAR FALHAS OBSERVADAS NA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA INSTITUIÇÃO, BEM COMO REIVINDICAR MELHORIAS QUE RESULTEM EM APRIMORAMENTO DA ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES.

ART. 27º - O CORPO CLÍNICO DELIBERARÁ ATRAVÉS DE ASSEMBLÉIAS GERAIS ORDINÁRIAS CONVOCADAS PELO DIRETOR CLÍNICO COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 10 DIAS, POR QUORUM MÍNIMO DE 2/3 DE SEUS MEMBROS EM 1ª CONVOCAÇÃO, OU EM 2ª CONVOCAÇÃO, 30 MINUTOS APÓS, COM QUALQUER NÚMERO DE PRESENTES, DECIDINDO POR MAIORIA SIMPLES DE VOTOS DOS MEMBROS PRESENTES, EXCETO PARA A EXPULSÃO DE QUALQUER UM DE SEUS MEMBROS, QUANDO SERÃO EXIGIDOS 2/3 DOS VOTOS DOS PRESENTES.

§ 1º - MEDIANTE REQUERIMENTO ASSINADO POR 1/3 DOS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO OU DIANTE DE SITUAÇÃO EMERGENCIAL O DIRETOR CLÍNICO CONVOCARÁ ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINÁRIA COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 24 HORAS

§ 2º - A ADMINISTRAÇÃO PODERÁ CONVOCAR ASSEMBLÉIAS EXTRAORDINÁRIAS ATRAVÉS DO DIRETOR CLÍNICO

ART. 28º - A ASSEMBLÉIA DELIBERARÁ APENAS SOBRE OS ASSUNTOS CONSTANTES DA PAUTA DE CONVOCAÇÃO

INGRESSO E SAÍDA

PENALIDADES

ART. 29º - QUALQUER MEMBRO DO CORPO CLÍNICO SERÁ CONSIDERADO INFRATOR E SUJEITO ÀS PENALIDADES DESTE REGIMENTO QUANDO:

I - REVELAR-SE INÁBIL PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO OU FUNÇÃO, INDEPENDENTE DE CARACTERIZAÇÃO DE TRANSGRESSÃO DE NATUREZA ÉTICA.

II - DESRESPEITAR O CÓDIGD DE ÉTICA MÉDICA E AS DETERMINAÇÕES DOS CONSELHOS FEDERAL E/OU REGIONAL DE MEOICINA

III - DESRESPEITAR OS TERMOS DO PRESENTE REGIMENTO E DE ESTATUTOS DO HOSPITAL.

§1º- NOS CASOS DE SUSPEITA DE INFRAÇÃO REGIMENTAL E/OU ADMINISTRATIVA, A COMISSÃO DE ÉTICA INSTAURARÁ SINDICÂNCIA, APURARÁ, E, NO PRAZO DE ATÉ 3D DIAS ENCAMINHARÁ A CONCLUSÃO AO DIRETOR CLÍNICO PARA A APLICAÇÃO DA PUNIÇÃO.

SES
3737
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

§2º- NOS CASOS DE SUSPEITA DE INFRAÇÃO DE CARÁTER ÉTICO, O RESULTADO SERÁ ENCAMINHADO AO GRUPO QUE JULGARÁ E, SE FOR O CASO, APLICARÁ A PUNIÇÃO

§3º- SERÁ GARANTIDO AO ACUSADO O AMPLO DIREITO À DEFESA

IV - COMPROMETER ATRAVÉS DE SUAS ATITUDES O BOM NOME E REPUTAÇÃO PROFISSIONAL DO CORPO CLÍNICO DA INSTITUIÇÃO.

V - ADOTAR TRATAMENTO DESRESPEITOSO AOS COLEGAS DE TRABALHO, SEJAM ELES MÉDICOS OU OUTROS PROFISSIONAIS QUE TRABALHEM NA INSTITUIÇÃO, EMPREGADOS OU NÃO DA MESMA.

VI - FALTAR, SEM JUSTIFICATIVAS, A 1/3 DAS ASSEMBLÉIAS DO CORPO CLÍNICO REALIZADAS EM UM PERÍODO DE 2 ANOS.

ART. 30º - OS MEMBROS DO CORPO CLÍNICO CONSIDERADOS TRANSGRESSORES ESTARÃO SUJEITOS ÀS SEGUINTES PENALIDADES:

I - ADVERTÊNCIA VERBAL

II - ADVERTÊNCIA ESCRITA

III - SUSPENSÃO DE SUAS ATIVIDADES NO HOSPITAL POR PERÍODO A SER DEFINIDO PELO DIRETOR CLÍNICO

§ ÚNICO: O PERÍODO DE SUSPENSÃO SERÁ DEFINIDO PELO DIRETOR CLÍNICO EM RAZÃO DA GRAVIDADE DA FALTA COMETIDA E DA RECORRÊNCIA DESTA FALTA OU OUTRAS SEMELHANTES

IV - EXCLUSÃO DO CORPO CLÍNICO

§1º- A PENALIDADE DE EXCLUSÃO DO CORPO CLÍNICO DEVERÁ SER APROVADA PELA ASSEMBLÉIA GERAL DO CORPO CLÍNICO, ESPECIFICAMENTE CONVOCADA PARA ESTE FIM, ATRAVÉS DE VOTAÇÃO SECRETA E POR VOTAÇÃO FAVORÁVEL MÍNIMA DE 2/3 DE VOTOS DOS PRESENTES

§2º-AS PENALIDADES APLICADAS POR TRANSGRESSÃO A NORMAS ADMINISTRATIVAS OU REGIMENTAIS OBEDECERÃO À GRADAÇÃO ACIMA, EXCETO NOS CASOS DE INCONTESTÁVEL GRAVIDADE, A JUÍZO DA COMISSÃO DE ÉTICA E DIRETORIA CLÍNICA.

§3º- A APLICAÇÃO DAS PENALIDADES POR TRANSGRESSÃO ADMINISTRATIVA OU REGIMENTAL SERÁ FEITA PELO DIRETOR CLÍNICO, APÓS RECEBER DA COMISSÃO DE ÉTICA O PARECER SOBRE AS INVESTIGAÇÕES.

COMISSÕES PERMANENTESE TEMPORÁRIAS

ART. 31º - O HOSPITAL CONTARÁ COM AS SEGUINTES COMISSÕES PERMANENTES:

I - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA E DE ENFERMAGEM

II - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES

III - COMISSÃO DE PRONTUÁRIO MÉDICO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

IV - COMISSÃO MULTIDISCIPLINAR DE BIOÉTICA

V - COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE USO E REUSO DE MATERIAIS DE USO ÚNICO

VI - COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE HEMOTERAPIA

VII - COMISSÃO DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

VIII - COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS

IX - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

SES
3139
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

X - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

XI - CDMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS

XII - COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS

XIII - COMISSÃO DE ACESSO E QUALIOADE HOSPITALAR

XIV - COMISSÃO PARA CAPTAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS HUMANOS

XV - COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO

XVI - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES

ART. 33º - SERÃO COMISSÕES TEMPORÁRIAS DO HOSPITAL AQUELAS QUE FOREM CRIADAS SEGUNDO A NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO DE TRABALHOS NO HOSPITAL, SEJAM NO ÂMBITO ADMINISTRATIVO OU TÉCNICO.

§1º- OS MEMBROS DA COMISSÕES TEMPORÁRIAS SERÃO DESIGNAOOS PELO DIRETOR CLÍNICO.

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

ART. 33º - O HOSPITAL CONTARÁ COM UMA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA, COMPOSTA POR MEMBROS EFETIVOS EM NÚMERO PRDPORCIONAL AO NÚMERO DE MÉDICOS PARTICIPANTES DO CORPO CLÍNICO E IGUAL NÚMERO DE MEMBROS SUPLENTES, DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO 1657/2002 DO CFM.

ART. 34º - COMPETE À COMISSÃO DE ÉTICA:

I - ZELAR PELOS PRINCÍPIOS DA ÉTICA MÉDICA DENTRO DA INSTITUIÇÃO

II - SUPERVISIONAR E ORIENTAR, EM SUA ÁREA DE ATUAÇÃO, O EXERCÍCIO DE SUA ATIVIDADE MÉDICA

III - COMUNICAR AO CRM O EXERCÍCIO ILEGAL DA MEDICINA DENTRO DA INSTITUIÇÃO

IV - MANTER ATUALIZADO O CADASTRO DE MÉDICOS DA INSTITUIÇÃO

V - COLABORAR COM O CRM NA TAREFA DE EDUCAR, DIVULGAR O ORIENTAR SOBRE TEMAS RELATIVOS À ÉTICA MÉDICA.

VI - INSTAURAR SINDICÂNCIAS, APURAR E EMITIR RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DE TODAS AS INFRAÇÕES QUE CHEGUEM AO SEU CONHECIMENTO.

VII - FISCALIZAR AS CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA INSTITUIÇÃD E SUA COMPATIBILIDADE COM O PERFEITO DESEMPENHO TÉCNICO E MORAL DA MEDICINA

VIII - EMITIR PARECER POR ESCRITO SOBRE QUALQUER QUESTÃD TÉCNICA OU ÉTICA, POR SOLICITAÇÃO DE QUALQUER MEMBRO DO CORPO CLÍNICO, SENDO-LHE FACULTADO, PARA TANTO, CONSULTAR OUTROS COLEGAS ESPECIALISTAS OU O PRÓPRIO CRM.

IX - MANTER CONTATO PERMANENTE COM A COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DO CRM, À QUAL FICA SUBORDINADA, BUSCANDO ORIENTAÇÃO PARA MELHOR DESEMPENHO DE SUAS ATRIBUIÇÕES.

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

ART. 36º - À COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS COMPETE:

I - ANALISAR, SISTEMATICAMENTE, TODOS OS PRONTUÁRIOS MÉDICOS PRODUZIDOS NO HOSPITAL, APRECIANDO A QUALIDADE DAS ANOTAÇÕES FEITAS.

II - AVALIAR O CORRETO E COMPLETO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS REFERENTES À IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, HISTÓRIA CLÍNICA, EXAME FÍSICO, EXAMES SOLICITADOS E SEU RESPECTIVO RESULTADO, EVOLUÇÃO DIÁRIA

3739
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DAQUELES EM REGIME DE INTERNAÇÃO, COM DATA E HORA REGISTRADOS, BEM COMO TODOS OS PROCEDIMENTOS REALIZADOS E O NOME DOS RESPONSÁVEIS POR SUA EXECUÇÃO, BEM COMO O DESTINO DO PACIENTE.

III - ASSEGURAR A LEGIBILIDADE DAS INFORMAÇÕES MANUSCRITAS

IV - ASSEGURAR A IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES, BEM COMO O NÚMERO DE SEU REGISTRO PROFISSIONAL.

V - ASSEGURAR A RESPONSABILIDADE DO PREENCHIMENTO, GUARDA E MANUSEIO DOS DOCUMENTOS.

VI - REVER PERIODICAMENTE, DE MANEIRA CRÍTICA, OS IMPRESSOS QUE COMPÕEM O PRONTUÁRIO MÉDICO, AVALIANDO SUA ADEQUAÇÃO ÀS NECESSIOADES DA INSTITUIÇÃO, OBEDIÊNCIA ÀS NORMAS LEGAIS, A INCORPORAÇÃO DE NOVOS RECURSOS TECNOLÓGICOS QUE PERMITAM MAIOR AUTOMAÇÃO DO PROCESSO DE GANHO DE DADOS.

VII - PROPOR A EXTINÇÃO DE VELHOS MODELOS DE IMPRESSOS QUE DEIXEM DE ATENDER ÀS NECESSIDADES DA INSTITUIÇÃO, ÀS EXIGÊNCIAS LEGAIS, PLANEJANDO E ELABORANDO OS MODELOS QUE OS SUBSTITUIRÃO.

VIII - DETERMINAR OS ÍNDICES INDICATIVOS DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA MÉDICA, DETERMINANDO AO SISTEMA DE INFORMÁTICA QUE PROVEJA OS NECESSÁRIOS DADOS E CÁLCULOS PARA OBTÊ-LOS.

IX - APRECIAR OS ÍNDICES FORNECIDOS NO ÍTEM ANTERIOR, ACOMPANHANDO-OS REGULARMENTE POR CLÍNICAS, DEPARTAMENTOS E EM GERAL

X - CONVOCAR, EM PRIMEIRA INSTÂNCIA, PARA ESCLARECIMENTOS E ORIENTAÇÃO OS MÉDICOS CUJOS PRONTUÁRIOS NÃO ESTEJAM EM PERFEITO ACORDO COM AS DISPOSIÇÕES LEGAIS SOBRE ELABORAÇÃO DE PRONTUÁRIO DO CFM E CRM.

XI - MANTER ESTREITO CONTATO COM A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DA INSTITUIÇÃO, COMUNICANDO-LHE OS CASOS APURADOS DE PREENCHIMENTO INADEQUADO DE OOCUMENTOS MÉDICOS, BEM COMO AQUELES ÓBITOS EM QUE HAJA SUSPEITA DE PROBLEMAS ÉTICOS, PARA PROSSEGUIMENTO OA INVESTIGAÇÃO.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÕES HDSPITALARES

ART. 37º - O PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR SERÁ CONSTITUÍDO POR MA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR – CCIH, ÓRGÃO DE ASSESSORIA À DIREÇÃO. A CCIH DO HOSPITAL, É DE NATUREZA TÉCNICO - CIENTIFICA PERMANENTE, DE ACORDO COM A LEI Nº. 9.431 DE 06 DE JANEIRO DE 1997 E COM A PORTARIA 2.616 DE 12 DE MAIO DE 1998. A CCIH TERÁ COMPOSIÇÃO MULTIDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL E SEU MEMBROS DEVEM SER PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE NÍVEL SUPERIOR, FORMALMENTE DESIGNADOS:

ART. 37º - À CCIH COMPETE:

I - ELABORAR, IMPLANTAR, MANTER E AVALIAR UM PROGRAMA DE CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES ADEQUADO ÀS CARACTERÍSTICAS E NECESSIOADES DA INSTITUIÇÃO;

II - IMPLANTAR E MANTER SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES;

III - REALIZAR INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS E SURTOS, SEMPRE QUE INDICADO, E IMPLANTAR MEDIDAS IMEDIATAS DE CONTROLE;

IV - PROPOR E COOPERAR NA ELABORAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E SUPERVISÃO DA APLICAÇÃO OE NORMAS E ROTINAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS VISANDO À PREVENÇÃO E CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES;

V - PROPOR, ELABORAR, IMPLEMENTAR E SUPERVISIONAR A APLICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS TÉCNICOADMINISTRATIVAS, VISANDO LIMITAR A DISSEMINAÇÃO DE AGENTES NAS INFECÇÕES EM CURSO NO HOSPITAL, ATRAVÉS DE MEDIDAS DE ISOLAMENTO E PRECAUÇÕES;

VI - ORIENTAR E SUPERVISIONAR A APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE ESTERILIZAÇÃO, DESINFECÇÃO, LIMPEZA A ANTI-SEPSIA;

VII - NOTIFICAR E ACOMPANHAR OS CASOS DE ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO;

SES
3740
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

VIII - COOPERAR COM O NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E DEMAIS SETORES DA UNIDADE PARA A CAPACITAÇÃO ADEQUADA DO QUADRO DE FUNCIONÁRIOS E PROFISSIONAIS NO QUE DIZ RESPEITO AO CONTROLE DE INFECÇÕES HOSPITALARES E PREVENÇÃO DE ACIDENTES;

IX - ELABORAR E DIVULGAR, REGULARMENTE, RELATÓRIOS;

X. DEFINIR, EM COOPERAÇÃO COM A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA, POLÍTICA DE UTILIZAÇÃD DE ANTIMICROBIANOS, GERMICIDAS E MATERIAIS MÉDICO HOSPITALARES;

XI - ELABORAR O REGIMENTO INTERNO DA CCIH;

XII - COOPERAR COM A AÇÃO DE FISCALIZAÇÃO DD SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ÓRGÃO ESTADUAL DU MUNICIPAL DE GESTÃO DO SUS, BEM COMO FORNECER PRONTAMENTE AS INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS SOLICITADAS PELAS AUTORIDADES SANITÁRIAS COMPETENTES;

XIII - NOTIFICAR, NA AUSÊNCIA DD NÚCLEO OE EPIDEMIOLOGIA, AO ORGANISMO DE GESTÃO MUNICIPAL DO SUS OS CASOS DIAGNOSTICADOS OU SUSPEITOS DE DOENÇAS SOB VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, ATENDIDOS EM QUALQUER DOS SERVIÇDS OU UNIDADES DO HOSPITAL, E ATUAR COOPERATIVAMENTE COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE COLETIVA;

XIV - NOTIFICAR AO SERVIÇO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ORGANISMO DE GESTÃO MUNICIPAL DO SUS, OS CASOS E SURTOS DIAGNOSTICADDS DU SUSPEITOS DE INFECÇÕES ASSOCIADAS À UTILIZAÇÃO DE INSUMOS E PRODUTOS INDUSTRIALIZADOS;

XV - REALIZAR REUNIÕES PERIÓOICAS;

XVI - MONITORAR O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA UTILIZADA NA INSTITUIÇÃO;

XVII - ALIMENTAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO HOSPITAL COM OS DADOS PERTINENTES À CCIH.

ART. 38º - AO PRESIDENTE OU COORDENADOR DA CCIH:

I. - CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS DETERMINAÇÕES DA CCIH APROVADAS PELA DIREÇÃO;

II - REPRESENTAR A CCIH NOS ÓRGÃO COLEGIADO, DELIBERATIVO E FORMADOR DE POLÍTICA DA INSTITUIÇÃO, COMO POR EXEMPLO, OS CONSELHOS TÉCNICOS, INDEPENDENTEMENTE DA NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE;

III - CONVOCAR PERIODICAMENTE AS LIDERANÇAS DA INSTITUIÇÃO PARA TOMADAS DE DECISÕES DE SITUAÇÕES IDENTIFICADAS PELA CCIH;

IV - PROMOVER A CONVOCAÇÃO E COORDENAR AS REUNIÕES, COM OS MEMBROS EXECUTORES;

V - ASSEGURAR ATUALIZAÇÃO TÉCNICA E CIENTIFICA DOS MEMBROS DA CCIH;

VI - ELABORAR DOCUMENTOS, PARECERES E RELATÓRIOS PERTINENTES AO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES;

VII - INDICAR MEMBROS PARA A REALIZAÇÃO OE ESTUDOS, LEVANTAMENTOS E EMISSÕES DE PARECERES NECESSÁRIOS À CONSECUÇÃO DA FINALIDADE DA COMISSÃO.

ART. 39º - AO REPRESENTANTE DO SERVIÇO MÉDICO:

I - APOIAR A IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO NAS ÁREAS ESPECÍFICAS DE SUA RESPONSABILIDADE;

II - SUPERVISIONAR A INDICAÇÃO E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM RISCO EM DESENVOLVER INFECÇÃO HOSPITALAR;

III - PROMOVER E PARTICIPAR DE ATIVIDADES DE ENSINO E ATUALIZAÇÃO BASEADO NO PLANO DE AÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;

SES
3741
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

IV - COLABORAR COM A ELABORAÇÃO DO MANUAL DE NDRMAS E ROTINAS DE PROCEDIMENTOS;

V - PRESTAR ASSESSORIA TÉCNICA EM RELAÇÃO AO USO DE ANTIMICRDBIANOS;

VI - PARTICIPAR DAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH;

VII - PARTICIPAR DE EVENTOS CIENTÍFICOS REFERENTES À ÁREA;

VIII - PARTICIPAR DA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH;

XI - PARTICIPAR DO PARECER TÉCNICO PARA AQUISIÇÃO DE PRODUTOS MÉDICO-HOSPITALARES.

ART. 40º - AO REPRESENTANTE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM:

I - COLABORAR PARA QUE HAJA ADESÃO MÁXIMA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM Á POLÍTICA DE CONTROLE DE INFECÇÕES ADOTADAS PELA INSTITUIÇÃO;

II - PARTICIPAR DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS INFECÇÕES HOSPITALARES;

III- PROMOVER E PARTICIPAR DE ATIVIDADES TÉCNICO-CIENTÍFICAS E ATUALIZAÇÃO REFERENTE AO PLANO DE AÇÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR, VISANDO À MELHORIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM;

IV- SUPERVISIONAR A INDICAÇÃO E REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS COM RISCO EM DESENVOLVER INFECÇÃO HOSPITALAR;

IV- EMITIR PARECER TÉCNICD SOBRE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS PELA INSTITUIÇÃO;

V- COLABORAR COM A ELABORAÇÃO DO MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE PROCEDIMENTDS;

VI- MANTER-SE ALERTA QUANTO Á SAÚDE OOS FUNCIONÁRIOS, REALIZANDO ACOMPANHAMENTO QUANDO NECESSÁRIO;

VII - PARTICIPAR DAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH;

VIII - PARTICIPAR DA ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS DA CCIH;

IX - PRESTAR ASSESSORIA TÉCNICA AOS PROFISSIONAIS.

ART. 41º - AO REPRESENTANTE DA FARMÁCIA:

I - FORNECER MENSALMENTE O LEVANTAMENTO DE CONSUMO DE ANTIMICROBIANO POR CLINICA, ESPECIALIDADE E PACIENTE;

II - PARTICIPAR DA DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS QUÍMICOS, JUNTAMENTE COM A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA;

III - INFORMAR O USO ADEQUAOO DE PRODUTOS E MEDICAMENTOS QUE VISEM A GARANTIA DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA;

IV - COLABORAR COM A AVALIAÇÃO MICROBIOLÓGICA E EMITIR PARECER TÉCNICO SOBRE PRODUTOS QUÍMICOS E MEDICAMENTOS A SEREM ADQUIRIDOS PELA INSTITUIÇÃO;

V - ASSEGURAR A QUALIDADE OAS CONOIÇÕES DE ARMAZENAMENTO E PRAZO DE VALIDADE DE MEDICAMENTOS E SOLUÇÕES GERMICIDAS;

VI - CUIDAR PARA QUE NÃO INTERROMPA O TRATAMENTO COM ANTIMICROBIANO;

VII - PARTICIPAR DAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH.

ART. 42º - AO REPRESENTANTE DO LABORATÓRIO:

3742
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

I - ORIENTAR A EQUIPE DE SAÚDE QUANTO À COLETA DE AMOSTRAS PARA EXAMES MICROBIOLÓGICOS E INTERPRETAÇÃO OE RESULTADOS;

II - MANTER ARQUIVOS DOS DADOS MICROBIOLÓGICOS, PERMITIDO ESTUDOS E LEVANTAMENTOS;

III - REALIZAR LEVANTAMENTO PERIÓDICO DA FREQÜÊNCIA DE MICRORGANISMOS ISOLADOS NAS I.H. E DA PREVALÊNCIA DAS CEPAS RESISTENTES AOS ANTIMICROBIANOS;

IV - PARTICIPAR DAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH.

ART. 43º - AO REPRESENTANTE DA ADMINISTRAÇÃO:

I - APOIAR AS AÇÕES DE CONTROLE COM VISTA À PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;

II - ESTIMULAR A COMUNIDAOE HOSPITALAR, QUANTO À ADESÃO DAS ATIVIDADES QUE VISEM À PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IH, DEMONSTRANDO, QUE SÃO DESEJADAS E NECESSÁRIAS À INSTITUIÇÃO;

III - DEFINIR POLÍTICA DE CONTROLE DE QUALIDADE (PROMOVER MANUTENÇÃO PREVENTIVA E PERIÓDICA DOS EQUIPAMENTOS; GARANTIR A REALIZAÇÃO SEMESTRAL DA LAVAGEM E DESINFECÇÃO DOS TANQUES DA INSTITUIÇÃO);

IV - PARTICIPAR DAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH.

ART. 44º - AO REPRESENTANTE OA HIGIENIZAÇÃO

I - APOIAR AS AÇÕES DE CONTROLE COM VISTA À PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR;

II - ORIENTAR E SUPERVISIONAR A APLICAÇÃO OAS TÉCNICAS DESINFECÇÃO, LIMPEZA E ANTI-SEPSIA DA UNIDADE HOSPITALAR E EQUIPAMENTOS;

III - PARTICIPAR DA DEFINIÇÃO DA POLÍTICA DE UTILIZAÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, JUNTAMENTE COM A COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA;

IV - PARTICIPAR OAS REUNIÕES PERIÓDICAS DA CCIH;

V - COLABORAR COM A ELABORAÇÃO DO MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE PROCEDIMENTOS;

VI - MANTER-SE ALERTA QUANTO Á SAÚDE DOS FUNCIONÁRIOS, REALIZANDO ACOMPANHAMENTO QUANDO NECESSÁRIO.

ART. 45º - À SECRETÁRIA

I - ASSISTIR AS REUNIÕES;

II - LAVRAR TERMOS DE ABERTURA E ENCERRAMENTO DO LIVRO DE ATA E PROTOCOLO;

III - AUXILIAR NA ELABORAÇÃD DOS DOCUMENTOS DA COMISSÃO (RELATÓRIOS, OFÍCIOS, PARECERES);

IV - MANTER SUPRIMENTO DE MATERIAIS DE CONSUMO DIÁRIO;

V - PROVIDENCIAR O CUMPRIMENTO DAS DILIGÊNCIAS DETERMINADAS.

CAPÍTULO IV

DA ÁREA DE ENFERMAGEM

ART. 46º - A ATUAÇÃO DA EQUIPE OE ENFERMAGEM DEVE ESTAR ALICERÇADA E CARACTERIZADA PELA ESTRUTURAÇÃO E OEFINIÇÃO DE SEU PAPEL PROFISSIONAL E SOCIAL. O DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM ÂMBITO HOSPITALAR ATUA DE FORMA AUTÔNOMA E ESTÁ DIRETAMENTE VINCULADO À QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE,INTERAGINDO COM TOOAS AS ÁREAS SOB SUA RESPONSABILIDADE.O POTENCIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO, A COMPETÊNCIA, A RESPONSABILIDAOE E O COMPROMETIMENTO SÃO ATRIBUTOS DESSE SERVIÇO, QUE BUSCA A QUALIDADE ASSISTENCIAL

ATRAVÉS DO ATENDIMENTO HUMANIZADO E BASEADO EM TÉCNICAS ESPECIALIZADAS,PRECEITOS ÉTICOS, PROCESSOS EDUCATIVOS E TECNOLDGIA.BUSCA SOLUCIONAR OS PROBLEMAS DE MANEIRA EFICAZ, EFICIENTE, ECONÔMICA E SEGURA, OBJETIVANDO A PREVENÇÃO, PROMOÇÃO E A RECUPERAÇÃO DA SAÚDE, DE MODO A INTEGRAR O INDIVÍDUO O MAIS BREVE POSSÍVEL AO SEU CONVÍVIO FAMILIAR, PROFISSIONAL E SOCIAL.

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

ART. 47º - COMPETE À SEÇÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO (CLÍNICA MÉDICO CIRÚRGICO) ADULTO E PEDIÁTRICA:

I - REALIZAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, LEVANTANDO AS NECESSIDADES BÁSICAS DOS PACIENTES, PLANEJANDO AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DE FORMA INTEGRAL, PERSONALIZADA E HUMANIZADA ATENDENDO, ASSIM, SUAS NECESSIDADES BIOPSICOSSOMÁTICAS.

II - RECUPERAR, MANTER E PROMOVER A SAÚDE ATRAVÉS DO ENSINO DO AUTO-CUIDADO, TORNANDO O PACIENTE O MAIS INDEPENDENTE POSSÍVEL DESSA ASSISTÊNCIA.

III - OFERECER SEGURANÇA E CONDIÇÕES AMBIENTAIS QUE FACILITEM E AGILIZEM A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.

IV - DOCUMENTAR TODOS OS EVENTOS OBSERVADOS E CUIDADOS MINISTRADOS DE FORMA A OFERECER SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE E UMA ASSISTÊNCIA BASEADA NO CUMPRIMENTO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS.

V - CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE OESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

VI - COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O A SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

VII - CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

ART. 47º - COMPETE À SEÇÃO DE UNIDADE DE INTERNAÇÃO -

I. ASSEGURAR CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA ADEQUADA AOS PACIENTES.

II. REALIZAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, LEVANTANOO AS NECESSIDADES BÁSICAS DAS PACIENTES, PLANEJANDO AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DE FORMA INTEGRAL, PERSONALIZADA E HUMANIZADA ATENDENDO, ASSIM, SUAS NECESSIDADES BIOPSICOSSOMÁTICAS.

III. RECUPERAR, MANTER E PROMOVER A SAÚDE ATRAVÉS DO ENSINO DO AUTO-CUIDADO, TORNANDO A PACIENTE INDEPENDENTE OESSA ASSISTÊNCIA.

IV. OFERECER SEGURANÇA E CONDIÇÕES AMBIENTAIS QUE FACILITEM E AGILIZEM A RECUPERAÇÃO DA PACIENTE.

V. DOCUMENTAR TODOS OS EVENTOS OBSERVADOS E CUIDADOS MINISTRADOS DE FORMA A OFERECER SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE E UMA ASSISTÊNCIA BASEADA NO CUMPRIMENTO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS.

VI. ORIENTAR OS ACOMPANHANTES QUANTO AOS CUIDADOS COM O DOENTE.

VII. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO A OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

VIII. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O A SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

VI. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

3744
PROTOCOLO

ART. 49º - COMPETE AO EQUIPE DO SETOR CIRÚRGICO:

I. OFERECER ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A TODOS OS PACIENTES NO PERÍODO TRANS OPERATÓRIO E PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO.

II. GARANTIR O ÊXITO DD PROCEDIMENTO, ATENDENDO ÀS NECESSIDADES DA EQUIPE CIRÚRGICA DURANTE O ATO OPERATÓRIO.

III. PREPARAR AS SALAS PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, OBSERVANDO E CUMPRINDO RIGOROSAMENTE OS PRINCÍPIOS DE HIGIENE E ASSEPSIA, ASSEGURANDO A PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

IV. ASSEGURAR RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO.

V. PROPORCIONAR TRANSPORTE SEGURO DOS PACIENTES CIRÚRGICOS DOS SETORES PARA AS DEPENDÊNCIAS DO CIRÚRGICO E VICE-VERSA.

VI. REGISTRAR ATOS CIRÚRGICOS REALIZADOS E DADOS NECESSÁRIDS PARA LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO.

VII. MANTER O SETOR EM CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO NORMAL E DE EMERGÊNCIA COM PESSOAL, MATERIAL E EQUIPAMENTO ADEQUADDS.

VIII. ANOTAR MINUCIOSAMENTE TODOS OS GASTOS COM O PACIENTE.

IX. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

X. MONITORAR A REVISÃO DOS EQUIPAMENTOS PELOS TÉCNICOS RESPONSÁVEIS PARA MANTER-LDS SEM CONDIÇÃO DE USO, JUNTO AO SETOR DE MANUTENÇÃO.

XI. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

XII. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

ART. 50º - COMPETE À RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA:

I. AVALIAR ATENTAMENTE O ESTADO DE CONSCIÊNCIA E AS CONDIÇÕES HEMODINÂMICAS DO PACIENTE NO PERÍODO DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, COM O OBJETIVO DE DETECTAR PRECOCEMENTE OS SINAIS DE COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS.

II. PROMOVER ASSISTÊNCIA ADEQUADA PARA RECUPERAÇÃO DA CONSCIÊNCIA E ESTABILIDADE DOS SINAIS VITAIS DO PACIENTE.

III. DOCUMENTAR TODOS OS EVENTDS OBSERVADOS E CUIDADOS MINISTRADOS DE FORMA A OFERECER SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE E UMA ASSISTÊNCIA BASEADA NO CUMPRIMENTO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS.

IV. ENCAMINHAR O PACIENTE À UNIDADE DE ORIGEM OU OUTRA UNIDADE INDICADA PELA EQUIPE MÉDICA, APÓS AVALIAÇÃO E ALTA ASSINADA PELO ANESTESISTA.

V. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

VI. PRESTAR INFORMAÇÕES AOS FAMILIARES QUANTO AO ESTADO DO PACIENTE NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA.

VII. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

SES
3745
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

VIII. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA

ART. 51º - COMPETE À CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO:

I. RECEBER, PREPARAR, ESTERILIZAR, GUARDAR E DISTRIBUIR MATERIAL ESTERILIZADO, ROUPAS CIRÚRGICAS E INSTRUMENTAIS USADOS NO CIRÚRGICO, OBSTÉTRICO E OUTRAS,UNIDADES DE SERVIÇO.

II. FAZER O CONTROLE QUANTITATIVO E QUALITATIVO DE TODOS OS MATERIAIS ENCAMINHADOS AOS SETDRES.

III. REALIZAR TESTES DE SEGURANÇA DE ESTERILIZAÇÃO CONFORME PROTOCOLO ESTABELECIDO PELO RESPONSÁVEL DO SETOR E SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR,ASSEGURANDO PERFEITO FUNCIONAMENTO DE EQUIPAMENTOS.

IV. MONITORAR A REVISÃO SISTEMÁTICA DOS EQUIPAMENTOS POR TÉCNICOS ESPECIALIZADOS, MANTENDO-OS EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE USO, JUNTO AO SETOR DE MANUTENÇÃO.

V. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

VI. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

VII. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

ART. 53º - COMPETE À SEÇÃO DE UNIDAOE DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO):

I. REALIZAR A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, LEVANTANDO AS NECESSIDADES BÁSICAS DOS PACIENTES, PLANEJANDO AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DE FORMA INTEGRAL, PERSONALIZADA E HUMANIZADA ATENDENDO, ASSIM, SUAS NECESSIDADES BIOPSICOSSOMÁTICAS.

II. PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA AS PACIENTES DO OBSTÉTRICO.

III. ASSEGURAR RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS NECESSÁRIOS À ASSISTÊNCIA AOS PACIENTES.

IV. MANTER PREPARADA A UNIDADE E O PESSOAL PARA ATENDIMENTO DE ROTINA DIÁRIA E QUALQUER EMERGÊNCIA.

V. MANTER, PRESERVAR E CONTROLAR TODOS OS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS E MANTÊ-LOS EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE USO, BEM COMO DISPOR MEDICAMENTOS E OROGAS NECESSÁRIAS AO USO NAS EMERGÊNCIAS.

VI. INTERAGIR COM A EQUIPE MÉDICA E OUTROS PROFISSIONAIS, DE FORMA A MELHOR ATENDER O PACIENTE E CRIAR AMBIENTE DE TRABALHO EM EQUIPE.

VII. ORIENTAR E APOIAR PSICOLOGICAMENTE E MORALMENTE OS FAMILIARES DOS PACIENTES EM ESTADO GRAVE.

VIII. DOCUMENTAR TODOS OS EVENTOS OBSERVADOS E CUIDADOS MINISTRADOS DE FORMA A OFERECER SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE E UMA ASSISTÊNCIA BASEADA NO CUMPRIMENTO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS.

IX. PREPARAR E ORIENTAR O PACIENTE / FAMÍLIA SOBRE A ALTA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

X. EXECUTAR PRESCRIÇÕES MÉDICAS E DE ENFERMAGEM PERTINENTES ÀS SUAS ATRIBUIÇÕES.

XI. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

XII. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

3746
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

XIII. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

XIV. PREVER, PROVER E CONTROLAR ESTOQUE DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO ESTOQUE PERMANENTE.

XV. FACILITAR OS SERVIÇOS DE APOIO E DIAGNÓSTICO NA EXECUÇÃO DE SUAS ATIVIDADES, COMUNICANDO QUAISQUER ALTERAÇÕES.

XVI. PROCEDER AO PREPARO DO PACIENTE NO PRÉ-OPERATÓRIO, OBSERVANDO A PRESCRIÇÃO MÉDICA, BEM COMO AS NORMAS E ROTINAS DO SETOR.

XVII. OBSERVAR RIGOROSAMENTE OS PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO COM OBJETIVO DE DETECTAR PRECOCEMENTE SUAS COMPLICAÇÕES.

XVIII. OFERECER SEGURANÇA E CONDIÇÕES AMBIENTAIS QUE FACILITEM E AGILIZEM A RECUPERAÇÃO DO PACIENTE.

XIX. REGISTRAR, NO LIVRO DE REGISTRO DE PACIENTES, O FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA.

ART. 54º - PRONTO ATENDIMENTO E AMBULATÓRIO:

I. PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS CLIENTES EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA.

II. MANTER MATERIAIS, EQUIPAMENTOS, MEDICAMENTOS E PESSOAL PARA ATENDIMENTO IMEDIATO DE TODOS OS CASOS.

III. MONITORAR A REVISÃO SISTEMÁTICA DDS EQUIPAMENTOS POR TÉCNICOS ESPECIALIZADOS, MANTENDO-OS EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE USO, JUNTO AO SETOR DE MANUTENÇÃO.

IV. MANTER INFRA-ESTRUTURA LOCAL E INTERAÇÃO COM SERVIÇOS COMPLEMENTARES PARA FACILITAR AS INTERVENÇÕES NECESSÁRIAS A PARTIR DA AGILIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO.

V. INTERAGIR COM A EQUIPE MÉDICA E OUTROS PROFISSIONAIS, DE FORMA A MELHOR ATENDER O PACIENTE E CRIAR AMBIENTE DE TRABALHO EM EQUIPE.

VI. MANTER RIGOROSA OBSERVAÇÃO AOS PACIENTES, APÓS ATENDIMENTO, QUE AGUARDAM CONDUTA MÉDICA.

VII. ENCAMINHAR OS PACIENTES PARA AS UNIDADES DE DESTINO QUANDO INDICADAS.

VIII. ORIENTAR E APOIAR A FAMÍLIA / ACOMPANHANTE DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA OU URGÊNCIA.

IX. DOCUMENTAR TODOS OS EVENTOS OBSERVADOS E CUIDADOS MINISTRADOS DE FORMA A OFERECER SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA OE SAÚDE E UMA ASSISTÊNCIA BASEADA NO CUMPRIMENTO DE PRINCÍPIOS ÉTICOS E LEGAIS.

X. COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

XI. CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

XII. CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

SERVIÇOS DE ASSESSORIA:

ART. 54º - COMPETE À COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM:

I - CONSTITUIR-SE OBRIGATORIAMENTE DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN – 172 QUE NORMATIZA A CRIAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.

SES 3747 FLS 04 RUBRICA PROTOCOLO

II - REPRESENTAR O COREN NA INSTITUIÇÃO, COM FUNÇÕES EDUCATIVAS, CONSULTIVAS E FISCALIZADORAS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E ÉTICO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

III - GARANTIR A CONOUTA ÉTICA DOS PROFISSIONAIS NA INSTITUIÇÃO.

IV - ZELAR PELO EXERCÍCIO ÉTICO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA INSTITUIÇÃO, COMBATENDO O EXERCÍCIO ILEGAL DA PROFISSÃO, EDUCANDD, DISCUTINDO E DIVULGANDO O CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

V - NOTIFICAR AO COREN AS REIVINDICAÇÕES, IRREGULARIDADES, SUGESTÕES E AS INFRAÇÕES ÉTICAS.

VI - COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

VII - CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO.

ART. 55º - COMPETE À COMISSÃO DE CURATIVOS:

I - ASSEGURAR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE FERIDAS.

II - PERMITIR ASSISTÊNCIA QUALIFICADA PROPORCIONANDO A REABILITAÇÃO RÁPIDA SEGURA E EFETIVA DO PACIENTE.

III - PADRONIZAR PRODUTOS PARA COBERTURA DAS FERIDAS.

IV - CRIAR PROGRAMAS EDUCACIONAIS DENTRO DA INSTITUIÇÃO, TANTO PARA PROFISSIONAIS QUANTO PARA CLIENTES E FAMILIARES.

V - DESENVOLVER MEDIDAS PREVENTIVAS E CURATIVAS.

VI - AUXILIAR A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR A LIDAR COM LESÕES DE PELE COMPLEXAS E DE DIFÍCIL CICATRIZAÇÃO.

VII - COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLDS VIGENTES NO HOSPITAL.

VIII - CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTD.

IX - CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

ART. 56º - COMPETE À COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR:

I - INTERAGIR EM TODOS OS NÍVEIS DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR, IDENTIFICANDO A NECESSIDADE DE TREINAMENTO E COLABORAR COM PROGRAMAS DE TREINAMENTO DO SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM A FIM DE SANAR DEFICIÊNCIAS E EVITAR POSSÍVEIS SURTDS.

II - AVALIAR SISTEMÁTICA E PERIODICAMENTE AS INFORMAÇÕES PROVIDAS PELO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E APROVAR AS MEDIDAS TÉCNICAS DE CONTROLE PROPOSTAS PELO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.

III - COMUNICAR REGULAR E PERIODICAMENTE À DIREÇÃO E ÀS CHEFIAS DE TODDS OS SETORES DO HOSPITAL A SITUAÇÃO DO CONTROLE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES, PROMOVENDO SEU AMPLO DEBATE NA COMUNIDADE HOSPITALAR.

IV - REPRESENTAR, ATRAVÉS DE SEUS MEMBROS, FORTALECIMENTO E APOIO AO TRABALHO QUE, DE FORMA CONTÍNUA, O SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR REALIZA, SERVINDO CDMO INSTRUMENTO DE INTEGRAÇÃO DO CONTROLE DE INFECÇÃO COM OS SETORES DO HOSPITAL E ADMINISTRAÇÃO.

SES
3749
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

V - CONTRIBUIR COM O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO E TREINAMENTO DE FUNCIONÁRIOS, FACILITANDO NA OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO, ATUALIZAÇÃD E APERFEIÇDAMENTO.

VI - CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES OA COMISSÃO DE ÉTICA.

ART. 57º - COMPETE AO SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM:

I - ELABORAR, COLABORAR E IMPLEMENTAR MEDIDAS QUE VISEM A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

II - ELABORAR E ATUALIZAR MANUAIS DE TÉCNICAS BÁSICAS E DE ORIENTAÇÃO DE PROTOCOLOS.

III - ELABORAR E EXECUTAR PERIODICAMENTE PROGRAMAS DE APERFEIÇOAMENTO E DESENVOLVIMENTO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM BEM COMO SUA AVALIAÇÃO.

IV - PARTICIPAR DO PROCESSO SELETIVO JUNTO AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS, AVALIANDO OS CANDIDATOS E ENCAMINHANDO-OS PARA OS RESPONSÁVEIS PELOS SETORES PARA ADESÃO AO QUADRO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.

V - COLABORAR E APOIAR PROGRAMAS E PROJETOS RELACIONADOS AO APRIMORAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

VI - MANTER CONSONÂNCIA COM SUPERVISORES PARA CRIAR INSTRUMENTOS DE APRIMORAMENTO TÉCNICO E AVALIAÇÃO PROFISSIONAL.

VII - PLANEJAR REUNIÕES TÉCNICAS E PROCEDER A TREINAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS COM O OBJETIVO DE ASSEGURAR QUALIDADE.

VIII - ELABORAR E ENVOLVER OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE EM PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO PARA INTEGRAÇÃO DE COLABORADORES DE ENFERMAGEM RECÉM ADMITIDOS NO HOSPITAL, CONTRIBUINDO PARA SUA ADAPTAÇÃO ÀS NORMAS E ROTINAS.

IX - DOCUMENTAR A PARTICIPAÇÃO DE COLABORADORES DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS E REUNIÕES TÉCNICAS E REALIZAR LEVANTAMENTO ESTATÍSTICO DE PARTICIPAÇÃO.

X - DETECTAR AS NECESSIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO A PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO.

XI - PLANEJAR, JUNTO À GERÊNCIA DE ENFERMAGEM, O CRONOGRAMA DE ATIVIDADES E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO.

XII - DETECTAR E REALIZAR INTERVENÇÕES DE CARÁTER EDUCATIVO DURANTE AS VISITAS ÀS UNIDADES.

XIII - ACOMPANHAR, ORIENTAR E SUPERVISIONAR OS PROGRAMAS DE ESTAGIÁRIOS DE ENFERMAGEM E ENFERMEIROS TRAINEES.

XIV - PREPARAR MATERIAL DIDÁTICO E SOLICITAR OS EQUIPAMENTOS ÁUDIO-VISUAIS AO SETOR DE RECURSOS HUMANOS PARA A REALIZAÇÃO DE EVENTOS E PROGRAMAS DE APERFEIÇOAMENTO E DESENVOLVIMENTO EM ENFERMAGEM.

XV - ATUAR COMO SERVIÇO DE APOIO NO ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS E FORNECIMENTO DE MATERIAL DE ESTUDO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XVI - COLABORAR COM A CCIH (COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) E COM O A SCIH (SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR) PARA QUE SEJAM CUMPRIDOS OS PROTOCOLOS VIGENTES NO HOSPITAL.

XVII - CUMPRIR E FAZER CUMPRIR AS RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES DA COMISSÃO DE ÉTICA.

REQUISITOS DOS PROFISSIONAIS:

ART. 58º - A EQUIPE DE ENFERMAGEM É CONSTITUÍDA PELAS SEGUINTES CATEGORIAS

SES
3749
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

PROFISSIONAIS:

I - GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

II - ENFERMEIRO

III - TÉCNICO DE ENFERMAGEM.

IV - AUXILIAR DE ENFERMAGEM.

ART. 59º - GERÊNCIA DE ENFERMAGEM:

I - CERTIFICADO REGISTRADO NO COREN.

II - CURSOS DE ADMINISTRAÇÃO HDSPITALAR OU GERENCIAMENTO (GERAL OU ESPECÍFICO).

III - EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.

IV - CONHECIMENTO DE SISTEMAS DE QUALIDADE E CONTROLE DE ORÇAMENTOS E CUSTOS.

V - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA, QUALIDADE DE LIDERANÇA, CONTROLE EMDCIONAL,

CRIATIVIDADE, DINAMISMO, FACILIDADE OE RELACIONAMENTO E TRABALHO EM EQUIPE E VISÃO HOLÍSTICA DA ENFERMAGEM.

ART. 60º - ENFERMEIRO:

I - CERTIFICADO REGISTRADO NO COREN.

II - EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO.

III - COMPETÊNCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA E QUALIDADES PARA INTERAGIR E AGIR.

IV - OINAMISMO, VERSATILIDADE, BOM RELACIONAMENTO E FACILIDADE DE TRABALHO EM EQUIPE.

V - CONHECIMENTO NA ÁREA DE ATUAÇÃO.

VI - VISÃO ABRANGENTE DOS CUIDADOS AO PACIENTE.

ART. 61º - TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM:

I - CERTIFICADO REGISTRADO NO COREN, DENTRO DE SUA CATEGORIA.

II - EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE UM ANO.

III - HABILIDADES TÉCNICAS E CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS, LIDERANÇA, ESPÍRITO DE COOPERAÇÃO, TRABALHO EM EQUIPE, DISCIPLINA, RESPEITO HIERÁRQUICO.

IV - BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

ART. 62º - GEREÊNCIA OE ENFERMAGEM:

I - ASSEGURAR A DISPONIBILIDAOE DE SERVIÇOS DE ENFERMAGEM PARA TODAS AS UNIDADES OO HOSPITAL, BEM COMO SUA QUALIFICAÇÃO CONSOANTE AOS OBJETIVOS E MISSÃO EM PERFEITA CONFORMIDADE COM O REGULAMENTO DO EXERCÍCIO OA ENFERMAGEM (COREN);

II – ESTRUTURAR E ORGANIZAR O SERVIÇO DE ENFERMAGEM, ASSEGURANDO A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA, OESENVOLVENDO, PRESERVANDO E MANTENDO ATUALIZADOS OS PROCESSOS DE QUALIDADE;

375
3750
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

III - COLABORAR NO PLANEJAMENTO DOS OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS OPERACIONAIS DA DIRETORIA TÉCNICA.

IV - ELABORAR, PROPOR E EXECUTAR O PLANO DE ATIVIDADES DA SUA ÁREA DE RESPONSABILIDADE, INCLUSIVE NORMAS QUANDO NECESSÁRIAS.

V - APROVAR OS PLANOS E CONTROLAR AS ATIVIDADES DAS ÁREAS SUBORDINADAS, A SABER:

VI - UNIDADES DE INTERNAÇÃO (CLÍNICA MÉDICO-CIRÚRGICA ADULTO E PEDIÁTRICA).

VII - BLOCO OPERATÓRIO (CIRURGIA GERAL, RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA, CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO).

VIII - UNIDADES OE TERAPIA INTENSIVA AOULTO

IX - EOUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM

X - ZELAR PELO PATRIMÔNIO E IMAGEM DO HOSPITAL.

XI - TRATAR OE ASSUNTOS ESPECÍFICOS, DE ACOROO COM AS QUALIFICAÇÕES E CONHECIMENTOS PESSOAIS.

XII - PROPOR MEOIOAS DE REDUÇÃO / ELIMINAÇÃO OE CUSTOS E AMPLIAÇÃO DE RECEITAS.

XIII – ORGANIZAR E SUPERVISIONAR OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTAOOS PELO HOSPITAL, ASSEGURANOO ASSISTÊNCIA CONTÍNUA E EFICIENTE AOS PACIENTES NAS VINTE E QUATRO HORAS.

XIV - ELABORAR E FORNECER À DIRETORIA TÉCNICA DO HOSPITAL, A NECESSIOADE OE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA USO NA ASSISTÊNCIA OE ENFERMAGEM E EMITIR OPINIÃO TÉCNICA SOBRE OS MESMOS.

XV - PROPOR AOAPTAÇÕES E REFORMAS OE PLANTA FÍSICA QUE SE FAÇAM NECESSÁRIAS PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES TÉCNICAS.

XVI - MANTER A DIRETORIA TÉCNICA INFORMADA SOBRE TOOOS OS PROBLEMAS OPERACIONAIS, TÉCNICOS E AOMINISTRATIVOS RELACIONAOOS COM OS CUIOAOOS PRESTADOS AOS PACIENTES, BEM COMO, DAR SUGESTÃO OAS ALTERAÇÕES EM PROTOCOLOS E MANUAIS OE INSTRUÇÕES OE TRABALHO.

XVII - PROPICIAR UMA OINÂMICA DE TRABALHO ADEQUADA À SATISFAÇÃO OO PACIENTE, DE SEUS FAMILIARES E OA PRÓPRIA EQUIPE OE ENFERMAGEM.

XVIII - ANALISAR E AVALIAR QUALITATIVAMENTE E QUANTITATIVAMENTE OS SERVIÇOS REALIZAOOS PELA EQUIPE OE ENFERMAGEM.

XIX - MOTIVAR A EQUIPE A UMA VISÃO HOLÍSTICA DO PACIENTE, MANTENOO CUIDAOOS DE FORMA INTEGRAL E INDIVIOUALIZADA.

XX - VISITAR AS ÁREAS SOB SUA RESPONSABILIDADE, INTERAGINDO COM OS INTEGRANTES DA EQUIPE.

XXI - CONVOCAR E PRESIOIR REUNIÕES COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM;

XXII - ORIENTAR E PARTICIPAR NA ELABORAÇÃO, REALIZAÇÃO E AVALIAÇÃO OE PROGRAMAS TEÓRICO PRÁTICOS DESENVOLVIDOS PELO SETOR DE EOUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM;

XXIII - MANTER UMA INTEGRAÇÃO COM OS OEMAIS SERVIÇOS OO HOSPITAL PARA FACILITAR E AGILIZAR O ATENDIMENTO AO PACIENTE.

ART. 63º - ENFERMEIRO DE UNIOADES DE INTERNAÇÃO:

I - RECEBER E PASSAR PLANTÃO, INTEIRANOO-SE OO ESTADO OO PACIENTE, PENDÊNCIAS E ANOAMENTO OO SERVIÇO NA UNIOAOE.

II - COOROENAR E CONTROLAR AS ATIVIOADES DE ENFERMAGEM DO SETOR DISTRIBUINOO E ORIENTANDO AS ATIVIDAOES OA EQUIPE.

SES
3751
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

III - PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES, REALIZANDO PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOB UMA VISÃO HOLÍSTICA, ATENDENDO INTEGRALMENTE SUAS NECESSIDADES.

IV - VISITAR TODOS OS PACIENTES DA UNIDADE ATENDENDO ÀS SUAS SOLICITAÇÕES.

V - SUPERVISIONAR A CONFERÊNCIA DOS ESTOQUES E CONTROLES.

VI - GARANTIR A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ELABORANDD, ACOMPANHANDO E EXECUTANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NAS SEGUINTES ETAPAS: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA.

VII - SUPERVISIONAR, ORIENTAR E REALIZAR AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

VIII - ACOMPANHAR E ORIENTAR A EQUIPE NA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS.

IX – GERENCIAR A UNIDADE DE TRABALHO SOB SUA RESPONSABILIDADE, COM COMPETÊNCIA TÉCNICA E ABRANGÊNCIA CIENTÍFICA PARA GARANTIR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

X - ORIENTAR OS PACIENTES OU SEUS RESPONSÁVEIS DIRETOS QUANTO AOS PRDCEDIMENTOS E ALTA HOSPITALAR E OS CUIDADOS EXTRA-HOSPITALARES.

XI - PROMOVER A EDUCAÇÃO (AUTO-CUIDADO) AO PACIENTE OU RESPONSÁVEL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

XII - ASSUMIR PACIENTES GRAVES, ACDMPANHANDO DE PERTO A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO.

XIII - ACOMPANHAR VISITA MÉDICA E INTERAGIR COM A EQUIPE PARA MELHOR ATENDER SUAS NECESSIDADES.

XIV - ORIENTAR E INCENTIVAR A EQUIPE PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INDIVIOUALIZADA E HUMANIZADA.

XV - COLABORAR COM TREINAMENTOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO PROMOVIDOS PELO SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM ELABORANDO ESCALAS DE PARTICIPAÇÃO.

XVI - CONTROLAR O ESTDQUE DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O BOM ANDAMENTO DA UNIDADE, ADMINISTRANDO O ORÇAMENTO E CUSTOS.

XVII - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE PREPARO DE EXAMES, BEM COMO PREPAROS PRÉ-OPERATÓRIOS.

XVIII - ACOMPANHAR PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS E EXAMES ESPECIAIS, PRESTANDO OS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE.

XIX - REALIZAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO.

XX - SOLICITAR A PARTICIPAÇÃO OOS COLABORADORES NA LEITURA E ENTENDIMENTO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO.

XXI - SOLICITAR A PRESENÇA DO MÉDICO PLANTONISTA QUANDO O QUADRO DO PACIENTE SE ALTERAR OU OCORRER EVENTUALIDADES CLÍNICAS E, AINDA, NOS CASOS DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA.

XXII - ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS QUE EXIJAM CONTROLES E CUIDADOS ESPECIAIS.

XXIII - REALIZAR PROCEDIMENTOS COMPLEXOS (COLETA DE SANGUE ARTERIAL, PUNÇÃO DE PORT-ACATH, SONDAGEM NASOENTERAL, MANUSEIO DE CATETERES CENTRAIS DE LONGA PERMANÊNCIA - SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS, OUTROS).

XXIV - DIRECIONAR OS CUIDADOS PÓS-MORTE, ORIENTANDO E ASSISTINDO AS NECESSIDADES DOS FAMILIARES.

XXV - FAZER REGISTROS DAS ATIVIDADES DO SETOR.

XXVI - DISTRIBUIR TAREFAS E FUNÇÕES ADEQUADAS A CADA ELEMENTO DA EQUIPE, DENTRO DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE E CAPACIOADE PROFISSIONAL DE CAOA FUNCIONÁRIO.

3757
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

XXVII - ORIENTAR, OBSERVAR E ACOMPANHAR A EQUIPE PARA REALIZAÇÃO DAS PRECAUÇÕES PADRÃD E ESPECIFICAS.

XXVIII - COMUNICAR PARA SEU SUPERIOR A OCORRÊNCIA DE EVENTUALIDADES.

XXIX - TRABALHAR EM EQUIPE, COOPERANDO COM OUTROS PROFISSIONAIS.

XXX - ORIENTAR E SUPERVISIONAR O CORRETO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

XXXI - MANTER A UNIDADE EM CONDIÇÕES SEGURAS DE HIGIENE PARA O ATENDIMENTO SEGURO DO PACIENTE.

XXXII - AVALIAR PERIODICAMENTE A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA SUA EQUIPE DURANTE AS VISITAS AOS PACIENTES E ATRAVÉS DA ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS.

XXXIII - ORIENTAR OU APLICAR AS SANÇÕES DISCIPLINARES CABÍVEIS AOS COLABORADORES QUANDO NECESSÁRIO, ASSEGURANDO AO CLIENTE UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM LIVRE DE DANOS DECORRENTES DE IMPERÍCIA, NEGLIGÊNCIA E IMPRUDÊNCIA.

XXXIV - ENCAMINHAR À COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM AS OCORRÊNCIAS DE ORDEM TÉCNICA OU COMPORTAMENTAL QUE POSSAM TER TRAZIDO QUALQUER PREJUÍZO AO PACIENTE, AO COLEGA, AO MÉDICO, AO SUPERIOR, AOS FAMILIARES OU QUALQUER OUTRO COLABORADOR DO HOSPITAL.

XXXV - PLANEJAR, ORGANIZAR, COOPERAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XXXVI - REALIZAR TRANSCRIÇÃO DA PRESCRIÇÃO MÉDICA POR ORDEM VERBAL DO MÉDICO.

XXXVII - SOLICITAR A PRESENÇA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ORIENTAÇÃO DO COLABORADOR, QUANDO ESTE COMETER ALGUMA OCORRÊNCIA DE ORDEM TÉCNICA OU COMPORTAMENTAL, QUE INFRINJA O CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

XXXIX - FAVORECER UMA ADEQUADA COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MÉDICA (OU MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE) NA VIGÊNCIA DE ALGUMA INTERCORRÊNCIAS, ANTES DE ENVOLVER OUTRO MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL NO PROCESSO.

XL - COMPARTPEDRO IIR PROBLEMAS COM A DIREÇÃO / ENFERMAGEM.

XLI - SOLICITAR O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA DAR SUPORTE TÉCNICO-OPERACIONAL NOS TREINAMENTOS.

XLII - ZELAR PELO BOM RELACIONAMENTO COM OUTRAS EQUIPES, FAVORECENDO UM AMBIENTE DE TRABALHO HARMONIOSO.

XLIII - RESPEITAR A ESCALA MENSAL DE PLANTÃO, CUMPRINDO O QUE FOI OEFINIDO. AOS QUE ASSIM FOR DETERMINADO, CABE ASSUMIR OS PLANTÕES NOTURNOS E DE FINAL DE SEMANA COM REDUÇÃO DE NÚMERO DE ENFERMEIROS, RESPONSABILIZANDO-SE, ASSIM, PELA SUPERVISÃO DE MAIS DE UM SETOR.

XLIV -SOLICITAR AVALIAÇÃO DE OUTRO MEMBRO DE EQUIPE DE SAÚDE (NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA) SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

XLV- REALIZAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, SEGUINDO AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS).

XLVI - REGISTRAR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM EM IMPRESSOS PRÓPRIOS

XLVII - CONTROLAR E ORIENTAR A ASSIDUIDADE, PONTUALIDADE E POSTURA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XLVIII - REALIZAR REUNIÕES PERIÓDICAS COM OS FUNCIONÁRIOS.

XLIX - ORIENTAR OS FAMILIARES DOS PACIENTES NA VIGÊNCIA DE QUALQUER DÚVIDA.

3733
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

L - REVER A PRESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM BEM COMO O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, VERIFICANDO A EXECUÇÃO E CHECAGEM DOS TRATAMENTOS E CUIDADDS PRESTADOS.

LI - ORIENTAR OS PACIENTES OU SEUS RESPONSÁVEIS DIRETOS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS, ALTA E OS CUIDADOS EXTRA-HOSPITALARES.

LII - ORIENTAR OS PAIS DAS CRIANÇAS NA ADMISSÃO QUANTO À PERMANÊNCIA DE UMA ACOMPANHANTE (MÃE, PAI, AVÓ OU RESPONSÁVEL) E QUANTO AO HORÁRIO DA VISITA.

LIII - CONTROLAR A MOVIMENTAÇÃO DE ADMISSÕES E ALTAS (FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA).

ART. 64º - ENFERMEIRO DE BLOCO OPERATÓRIO:

I - RECEBER E PASSAR PLANTÃO, INTEIRANDO-SE DO ESTADO DO PACIENTE, PENDÊNCIAS E ANDAMENTO DO SERVIÇO NO SETOR.

II - COORDENAR E CONTROLAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO SETOR DISTRIBUINDO E ORIENTANDD AS ATIVIDADES DA EQUIPE.

III - PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES, REALIZANDO PRDCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOB UMA VISÃO HOLÍSTICA, ATENDENDO INTEGRALMENTE SUAS NECESSIDADES.

IV- SUPERVISIONAR A CONFERÊNCIA DOS ESTOQUES, CONTROLES, GAVETA DE MEDICAMENTOS E PSICOTRÓPICOS.

V - ASSEGURAR A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ELABDRANDO, ACOMPANHANDO E EXECUTANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NAS SEGUINTES ETAPAS: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA.

VI - SUPERVISIONAR, ORIENTAR E REALIZAR AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

VII - ACOMPANHAR E ORIENTAR A EQUIPE NA REALIZAÇÃO DE PRDCEDIMENTOS.

VIII - DIRIGIR A UNIDADE DE TRABALHO SOB SUA RESPONSABILIDADE, COM COMPETÊNCIA TÉCNICA E ABRANGÊNCIA CIENTÍFICA PARA GARANTIR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

IX - PROMOVER A EDUCAÇÃO (AUTO-CUIDADO) AO PACIENTE OU RESPONSÁVEL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

X - ORIENTAR E INCENTIVAR A EQUIPE PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA E HUMANIZADA.

XI - COLABORAR COM TREINAMENTOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO PROMOVIDOS PELO SETOR OE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM ELABORANDO ESCALAS DE PARTICIPAÇÃO.

XII - CONTROLAR O ESTOQUE DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O BOM ANDAMENTO DA UNIDADE, ADMINISTRANDO O ORÇAMENTO E CUSTOS.

XIII - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE PREPARO DE EXAMES, BEM COMO PREPAROS PRÉ-OPERATÓRIOS, QUANDO NECESSÁRIOS.

XIV - ACOMPANHAR PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS E EXAMES ESPECIAIS, PRESTANDO OS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE.

XV - ADMINISTRAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS QUE EXIJAM CONTROLE E CUIDADOS ESPECIAIS.

XVI - REALIZAR PROCEDIMENTOS COMPLEXOS (COLETA DE SANGUE ARTERIAL, PUNÇÃO DE PORT-ACATH, SONDAGEM NASOENTERAL, MANUSEIO DE CATETERES CENTRAIS DE LONGA PERMANÊNCIA – SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS, OUTROS).

XVII - DIRECIONAR OS CUIDADOS PÓS-MORTE, ORIENTANDO E ASSISTINDO AS NECESSIDADES DOS FAMILIARES.

XVIII- FAZER REGISTROS DAS ATIVIDADES DO SETOR.

XIX - DISTRIBUIR TAREFAS E FUNÇÕES ADEQUADAS A CADA ELEMENTO DA EQUIPE, DENTRO DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE E CAPACIDADE PROFISSIONAL DE CADA FUNCIONÁRIO.

XX - ORIENTAR, OBSERVAR E ACOMPANHAR A EQUIPE PARA REALIZAÇÃO DAS PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECIFICAS.

XXI - COMUNICAR PARA SEU SUPERIOR A OCORRÊNCIA DE EVENTUALIDADES.

XXII - TRABALHAR EM EQUIPE, COOPERANDO COM OUTROS PROFISSIONAIS.

XXIII - ORIENTAR E SUPERVISIONAR O CORRETO USO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

XIX - MANTER A UNIDADE EM CONDIÇÕES SEGURAS DE HIGIENE PARA O ATENDIMENTO SEGURO DO PACIENTE.

XXX - AVALIAR PERIODICAMENTE A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA SUA EQUIPE.

XXXI - ORIENTAR OU APLICAR AS SANÇÕES DISCIPLINARES CABÍVEIS AOS COLABORADORES QUANDO NECESSÁRIO, ASSEGURANDO AO CLIENTE UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM LIVRE DE DANOS DECORRENTES DE IMPERÍCIA, NEGLIGÊNCIA E IMPRUDÊNCIA.

XXXII - ENCAMINHAR À COMISSÃO OE ÉTICA EM ENFERMAGEM AS OCORRÊNCIAS DE ORDEM TÉCNICA OU COMPORTAMENTAL QUE PDSSAM TER TRAZIDO QUALQUER PREJUÍZO AO PACIENTE, AO COLEGA, AO MÉDICO, AO SUPERIDR, AOS FAMILIARES OU QUALQUER OUTRO COLABORADOR DO HOSPITAL.

XXXIII - PLANEJAR, ORGANIZAR, COOPERAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XXXIV - SOLICITAR A PRESENÇA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ORIENTAÇÃO DO COLABORADOR, QUANDO ESTE, COMETER ALGUMA OCORRÊNCIA DE ORDEM TÉCNICA OU COMPORTAMENTAL, QUE INFRINJA O CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

XXXV - FAVORECER UMA ADEQUADA COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MÉDICA OU MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE NA VIGÊNCIA DE ALGUMA INTERCORRÊNCIA, ANTES DE ENVOLVER OUTRO MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL NO PROCESSO.

XXXVI – COMPARTILHAR PROBLEMAS COM A SUPERVISÃO / GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

-SOLICITAR O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA DAR SUPORTE TÉCNICO-OPERACIONAL NOS TREINAMENTOS.

XXXVII - ZELAR PELO BOM RELACIONAMENTO COM OUTRAS EQUIPES, FAVORECENDO UM AMBIENTE DE TRABALHO HARMONIOSO.

XXXVIII - RESPEITAR A ESCALA MENSAL DE PLANTÃO, CUMPRINDO O QUE FDI DEFINIDO. AOS QUE ASSIM FOR DETERMINAOO, ASSUMIR OS PLANTÕES NOTURNOS E DE FINAL DE SEMANA COM REDUÇÃO DE NÚMERO DE ENFERMEIROS, RESPONSABILIZANDO-SE ASSIM, PELA SUPERVISÃO DE MAIS DE UM SETOR.

XXXIX- REALIZAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, SEGUINDO AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS).

XL - REGISTRAR O HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM EM IMPRESSOS PRÓPRIOS.

XLI- ELABORAR ESCALA DE PLANTÃO MENSAL JUNTO COM A ENFERMEIRA SUPERVISORA DA ÁREA.

XLII- AGENDAR CIRURGIAS CONFORME DISPONIBILIDADE DE SALA E EQUIPAMENTOS ESPECIAIS.

XLIII- REALIZAR CONFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS LANÇADOS EM FOLHAS DE DÉBITO DE SALA E FICHA DE ANESTESIA.

XLIV - REGISTRAR CIRURGIA SUSPENSA E MOTIVO COM FINALIDADE DE DOCUMENTAÇÃO ESTATÍSTICA (QUANTITATIVA E QUALITATIVA).

3755

XLV - COORDENAR E CONTROLAR DIARIAMENTE A PROGRAMAÇÃO DAS SALAS OPERATÓRIAS, FAZENDO ESCALAS MENSAIS E DIÁRIAS.

XLVI - SOLICITAR O ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE EM TEMPO HÁBIL, PARA QUE NÃO HAJA ATRASO NOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

XLVII - PROVIDENCIAR QUE A SALA OPERATÓRIA ESTEJA EQUIPADA DE ACORDO CDM A CIRURGIA.

XLVIII - NOTIFICAR A ENFERMEIRA DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO QUANDO DA UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS NÃO PROGRAMADOS.

XLIX - CONTROLAR E ORIENTAR A ASSIDUIDADE, PONTUALIDADE E POSTURA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

L - REALIZAR REUNIÕES PERIÓDICAS COM OS FUNCIONÁRIOS.

LI - OBSERVAR QUE SEJA REALIZADA A DEVOLUÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS AO BANCO DE SANGUE EM TEMPO HÁBIL.

LII - VERIFICAR RESERVA DE UTI (SE NECESSÁRIO) ANTES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.

LIII - ACOMPANHAR O TRANSPORTE DE PACIENTE ENTUBADO DA SALA OPERATÓRIA PARA UTI.

LIV - REGISTRAR NO LIVRO DE REGISTRO DE PACIENTES O FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA.

LV - REVER A PRESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM BEM COMO O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, VERIFICANDO A EXECUÇÃO E CHECAGEM DOS TRATAMENTOS E CUIDADOS PRESTADOS.

LVI - PARTICIPAR, JUNTO COM A SUPERVISÃO, DA ELABORAÇÃO DOS INDICADORES, ANALISAR E TRAÇAR PLANOS DE MELHORIA.

LVII - ACOMPANHAR MONTAGEM DE SALA CIRÚRGICA DE PROCEDIMENTOS COMPLEXOS.

LVIII - PRESTAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NA RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA, PREVENINDO COMPLICAÇÕES E EVENTUAIS INTERCORRÊNCIAS DO PÓS-OPERATÓRIO.

LIX - COMUNICAR ENFERMEIRO DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO / UTI QUANDO HOUVER OCORRÊNCIA / INTERCORRÊNCIAS COM O PACIENTE CIRÚRGICO.

LX - REGISTRAR OCORRÊNCIAS NO LIVRO DO BLOCO OPERATÓRIO.

LXI - ELABORAR, ORIENTAR E ACOMPANHAR OS COLABORADORES NAS SUAS TAREFAS DETERMINADAS NAS PLANPEDRO IIS.

LXII - REALIZAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM SEGUNDO AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO.

LXIII - SOLICITAR A PARTICIPAÇÃO DOS COLABORADORES NA LEITURA E ENTENDIMENTO DAS INSTRUÇÕES DE TRABALHO.

LIX - PROVIDENCIAR A GUARDA DE PERTENCES DE PACIENTES.

ART. 65º - ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO):

I - RECEBER E PASSAR PLANTÃO, INTEIRANDO-SE DO ESTADO DO PACIENTE, PENDÊNCIAS E ANDAMENTO DO SERVIÇO NA UNIDADE.

II - COORDENAR E CONTROLAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM DO SETOR DISTRIBUINDO E ORIENTANDO AS ATIVIDADES DA EQUIPE.

III - PRESTAR ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES, REALIZANDO PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM SOB UMA VISÃO HOLÍSTICA, ATENDENDO INTEGRALMENTE SUAS NECESSIDADES.

SES
376
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

IV- EXECUTAR OS PROCEDIMENTOS DE ALTA CDMPLEXIDADE E ASSISTIR OS PACIENTES EM ESTADO MAIS CRÍTICO.

V - VISITAR TODOS OS PACIENTES DA UNIDADE ATENDENDO ÀS SUAS SOLICITAÇÕES.

VI - SUPERVISIONAR A CONFERÊNCIA DOS ESTOQUES, CONTROLES, GAVETA DE MEDICAMENTOS E PSICOTRÓPICOS.

VII- GARANTIR A QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA ELABORANDO, ACOMPANHANDO E EXECUTANDO A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) NAS SEGUINTES ETAPAS: HISTÓRICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA.

VIII - SUPERVISIONAR, ORIENTAR E REALIZAR AS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM.

IX - ACOMPANHAR E ORIENTAR A EQUIPE NA REALIZAÇÃO DE PRDCEDIMENTOS.

X - DIRIGIR A UNIDADE DE TRABALHO SOB SUA RESPONSABILIDADE, COM COMPETÊNCIA TÉCNICA E ABRANGÊNCIA CIENTÍFICA PARA GARANTIR A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA.

XI - PROMOVER A EDUCAÇÃO (AUTO-CUIOADO) AO PACIENTE OU RESPONSÁVEL DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

XII - ASSUMIR PACIENTES GRAVES, ACOMPANHANDO DE PERTO A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO.

XIII - ACOMPANHAR VISITA MÉOICA E INTERAGIR COM A EQUIPE PARA MELHOR ATENDER SUAS NECESSIDADES.

XIV - ORIENTAR E INCENTIVAR A EQUIPE PARA UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM INDIVIDUALIZADA ME HUMANIZADA.

XV - COLABORAR COM TREINAMENTOS E PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO PROMOVIDOS PELO SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM ELABORANDO ESCALAS DE PARTICIPAÇÃO.

XVI - CONTROLAR O ESTOQUE DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS DO ESTOQUE PERMANENTE E EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS PARA O BOM ANDAMENTO OA UNIDADE, ADMINISTRANDO O ORÇAMENTO E CUSTOS.

XVII - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE PREPARO DE EXAMES, BEM COMO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIOS.

XVIII - ACOMPANHAR PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS E EXAMES ESPECIAIS, PRESTANDO OS CUIDADOS ESPECÍFICOS AO PACIENTE.

XIX - AOMINISTRAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS QUE EXIJAM CONTROLES E CUIDADOS ESPECIAIS.

XX - REALIZAR PROCEDIMENTOS COMPLEXOS (COLETA DE SANGUE ARTERIAL, PUNÇÃO DE PORT-ACATH,SONDAGEM NASOENTERAL, SONDAGEM VESICAL, MANUSEIO DE CATETERES CENTRAIS DE LONGA PERMANÊNCIA - SEMI OU TOTALMENTE IMPLANTÁVEIS, OUTROS).

XXI - DIRECIONAR OS CUIDADOS PÓS-MORTE, ORIENTANDO E ASSISTINDO AS NECESSIDADES DOS FAMILIARES.

XXII - FAZER REGISTROS DAS ATIVIOADES DO SETOR.

XXIII- DISTRIBUIR TAREFAS E FUNÇÕES ADEQUADAS A CADA ELEMENTO OA EQUIPE, DENTRO DAS CONDIÇÕES DO PACIENTE E CAPACIDADE PROFISSIONAL DE CADA FUNCIONÁRIO.

XXIV- ORIENTAR, OBSERVAR E ACOMPANHAR A EQUIPE PARA REALIZAÇÃO DAS PRECAUÇÕES PADRÃO E ESPECIFICAS.

XXV- COMUNICAR PARA SEU SUPERIOR A OCORRÊNCIA DE EVENTUALIDADES.

XXVI -TRABALHAR EM EQUIPE, COOPERANDO COM OUTROS PROFISSIONAIS.

XXVII - ORIENTAR E SUPERVISIONAR O CORRETO USO OOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

XXVIII - MANTER A UNIDADE EM CONDIÇÕES SEGURAS DE HIGIENE PARA O ATENDIMENTO SEGURO DO PACIENTE.

XXIX - ACOMPANHAR E CONTROLAR PROCEDIMENTOS ESPECÍFICOS.

SES
3757
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

XXX - AVALIAR PERIODICAMENTE A QUALIDADE DE ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA SUA EQUIPE DURANTE AS VISITAS AOS PACIENTES E ATRAVÉS DA ANÁLISE DE PRONTUÁRIDS.

XXXI - ORIENTAR OU APLICAR AS SANÇÕES DISCIPLINARES CABÍVEIS AOS COLABORADORES QUANDO NECESSÁRIO, ASSEGURANDO AD CLIENTE UMA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM LIVRE DE DANOS DECORRENTES DE IMPERÍCIA, NEGLIGÊNCIA E IMPRUDÊNCIA.

XXXII- ENCAMINHAR À COMISSÃO DE ÉTICA EM ENFERMAGEM AS OCORRÊNCIAS DE ORDEM TÉCNICA OU COMPDRTAMENTAL QUE POSSAM TER TRAZIDO QUALQUER PREJUÍZO AD PACIENTE, AO COLEGA, AD MÉDICO, AD SUPERIOR, AOS FAMILIARES OU QUALQUER OUTRO COLABORADDR DD HOSPITAL.

XXXIII- PLANEJAR, ORGANIZAR, COOPERAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ATIVIDADES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XXXIV - SOLICITAR A AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE CURATIVOS PARA AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃD DD TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE, SE NECESSÁRIO.

XXXV- SOLICITAR A PRESENÇA DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA ORIENTAÇÃO DO COLABORADDR, QUANDD ESTE, CDMETER ALGUMA OCORRÊNCIA DE ORDEM TÉCNICA OU CDMPORTAMENTAL, QUE INFRINJA D CÓDIGO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

XXXVI- FAVORECER UMA ADEQUADA COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE MÉDICA OU O MÉDICD RESPONSÁVEL PELO PACIENTE NA VIGÊNCIA DE ALGUMA INTERCDRRÊNCIA, ANTES DE ENVOLVER OUTRD MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL NO PROCESSO.

XXXVII- COMPARTPEDRO IIR PROBLEMAS COM A SUPERVISÃO / GERÊNCIA DE ENFERMAGEM.

- SOLICITAR O SETOR DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA DAR SUPORTE TÉCNICO-OPERACIONAL NOS TREINAMENTOS.

XXXVIII- ZELAR PELO BOM RELACIONAMENTO COM OUTRAS EQUIPES, FAVORECENDO UM AMBIENTE DE TRABALHO HARMONIOSO.

XXXIX - RESPEITAR A ESCALA MENSAL DE PLANTÃO, CUMPRINDO O QUE FOI DEFINIDO. AOS QUE ASSIM FOR DETERMINADO, ASSUMIR OS PLANTÕES NOTURNOS E DE FINAL DE SEMANA COM REDUÇÃO DE NÚMERO DE ENFERMEIROS, RESPONSABILIZANDO-SE ASSIM, PELA SUPERVISÃO DE MAIS DE UM SETOR.

XL - SOLICITAR AVALIAÇÃO DE OUTRO MEMBRO DE EQUIPE DE SAÚDE (NUTRICIONISTA, FISIOTERAPEUTA, FONOAUDIÓLOGO) SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

XLI - REALIZAR AS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, SEGUINDO AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS).

XLII - REGISTRAR O HISTÓRICO OE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM EM IMPRESSOS PRÓPRIOS.

XLIII - CONTROLAR E ORIENTAR A ASSIDUIDADE, PONTUALIDADE E POSTURA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

XLIV- REALIZAR REUNIÕES PERIÓDICAS COM OS FUNCIONÁRIOS.

XLV - OBSERVAR QUE SEJA REALIZAOA A PRONTA DEVOLUÇÃO DE SANGUE E HEMODERIVADOS AO BANCO DE SANGUE EM TEMPO HÁBIL.

XLVI- ACOMPANHAR O TRANSPORTE DE PACIENTE ENTUBADO QUANDO O MESMO SE FIZER NECESSÁRIO.

XLVII - ORIENTAR OS FAMILIARES DOS PACIENTES NA ADMISSÃO QUANTO AO HORÁRIO DE VISITA.

XLVIII - REGISTRAR NO LIVRO DE REGISTRO DE PACIENTES O FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA.

XLIX - RECEBER E PASSAR O PLANTÃO JUNTAMENTE COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM UTILIZANDO CHECK LIST.

SES 3754 FLS RUBRICA PROTOCOLO

L - ACOMPANHAR E REALIZAR OS CUIDADOS INTEGRAIS NOS PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE E MAIOR GRAVIDADE.

LI - REVER A PRESCRIÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM BEM COMO O RELATÓRIO DE ENFERMAGEM, VERIFICANDO A EXECUÇÃO E CHECAGEM DOS TRATAMENTOS E CUIDADOS PRESTADOS.

LII - ORIENTAR OS PACIENTES OU SEUS RESPONSÁVEIS DIRETOS QUANTO AOS PROCEDIMENTOS E ALTA PARA A UNIDADE DE INTERNAÇÃO E OS CUIDADOS HOSPITALARES.

LIII- ORIENTAR OS PAIS DAS CRIANÇAS NA ADMISSÃO QUANTO À PERMANÊNCIA DE UM ACOMPANHANTE (MÃE, PAI, AVÓ OU RESPONSÁVEL) E QUANTO AO HORÁRIO DA VISITA.*

LIV - CONTROLAR A MOVIMENTAÇÃO DE PACIENTES (FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA.).

ART. 66º - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA SEÇÃO DE UNIDADES DE INTERNAÇÃO:

I - RESPEITAR HORÁRIOS E MANTER ASSIDUIDADE.

II - ASSISTIR AO ENFERMEIRO: NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DIRETOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM ESTADO GRAVE; NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM GERAL, BEM COMO NO CONTROLE SISTEMÁTICD DA INFECÇÃO HOSPITALAR; NA PREVENÇÃO E CONTROLE SISTEMÁTICO DE DANOS FÍSICOS QUE POSSAM SER CAUSADOS A PACIENTES DURANTE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE;

III - RECEBER E PASSAR O PLANTÃO DE FORMA CLARA, CONCISA E COMPLETA, INFORMANDO TODAS AS OCORRÊNCIAS, PENDÊNCIAS E CONDUTAS REALIZADAS, SEMPRE COM O PRONTUÁRIO DOS PACIENTES EM MÃOS.

IV - AUXILIAR O ENFERMEIRO E O MÉDICO EM PROCEDIMENTOS.

V - EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTEGRAIS RELATIVOS À HIGIENE, CONFORTO, ALIMENTAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE ACORDO COM A ESCALA DE DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES, USANDO TÉCNICAS E MÉTODOS APROPRIADOS DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS) A CADA PROCEDIMENTO E OBSERVAR AS CONDUTAS ORIENTADAS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PRESCRIÇÃO MÉDICA.

VI- ANOTAR OS CUIDADOS PRESTADOS E AS ALTERAÇÕES APRESENTADAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

VII - COMUNICAR AO SETOR DE NUTRIÇÃO ALTERAÇÕES DE DIETA.

VIII - UTILIZAR CORRETAMENTE E RIGOROSAMENTE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

IX - ATENDER ÀS CHAMADAS DOS PACIENTES E COMUNICAR QUALQUER ALTERAÇÃO AO ENFERMEIRO.

X - ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VIA ORAL E PARENTERAL, RESTRINGINDO-SE NA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE CAUSEM EFEITOS COLATERAIS PREOCUPANTES, COMO OS QUIMIOTERÁPICOS E AS ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS, QUE EXIGEM CONHECIMENTO ESPECÍFICO PARA AGIR IMEDIATAMENTE EM CASO DE REAÇÕES.

XII - ADMITIR E ORIENTAR PACIENTES / FAMILIARES QUE INTERNAREM NO SETOR.

XIII- REALIZAR PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM AS ATRIBUIÇÕES ESTABELECIDAS E RESPALDADAS PELO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, SEMPRE SOB A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO.

XIV- TRANSPORTAR PACIENTES PARA EXAMES E CIRURGIAS, SEMPRE QUE HOUVER NECESSIDADE OU SOLICITAR (VIA BIP) A PRESENÇA DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM DO TRANSPORTE PARA EXECUTAR O TRANSPORTE DO PACIENTE.

XV - VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DAS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DO PACIENTE E COMUNICAR AO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO SOBRE QUALQUER REPARO NECESSÁRIO.

XVI - EFETUAR CONTROLES, CONFERÊNCIA DE ESTOQUES E MEDICAMENTOS CONTROLADOS NOS RESPECTIVOS LIVROS DE CONTROLE.

XVII - PRESTAR CUIDADOS AO CDRPO EM CASO DE MORTE.

3759
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

XVIII - SEGUIR RIGOROSAMENTE A ESCALA DE TRABALHO DEFINIDA PELO ENFERMEIRO DO SETOR.

XIX - ZELAR PELA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E PREPARAR INSTRUMENTAIS PARA ESTERILIZAÇÃO, ENCAMINHADO-OS À CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO.

XX - MANTER ATENÇÃO E OBSERVAÇÃO QUANTO AO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, OBSERVANDO EFEITOS COLATERAIS E REAÇÕES DOS PACIENTES.

XXI - COOPERAR COM OS DEMAIS SERVIÇOS PARA MELHOR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ATENDIMENTO AO PACIENTE.

XXII - EFETUAR COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

XXIII - RECEBER E ESTOCAR MATERIAIS PARA UTILIZAÇÃO NO SETOR; BEM COMO REALIZAR A CONFERÊNCIA DOS MEDICAMENTOS ENCAMINHADOS PELA FARMÁCIA E GUARDÁ-LOS NOS RESPECTIVOS LOCAIS.

XXIV - ZELAR PELA LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE.

XXV - RESPEITAR AS PESSOAS E MANTER BOM RELACIONAMENTO INTERPESSOAL, PROPDRCIDNANDO O TRABALHO EM EQUIPE E UM AMBIENTE HARMONIOSO.

XXVI - PARTICIPAR DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO REALIZADOS PELA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM.

XXVII - ESTABELECER VÍNCULO E CONFIANÇA COM OS PACIENTES, ORIENTANDO-OS COM CLAREZA QUANTO AOS PROCEDIMENTOS E DÚVIDAS QUE SURGIREM.

XXVIII - MANTER-SE ATUALIZADO A RESPEITO DAS NORMAS, ROTINAS, PROTOCOLOS, PROCEDIMENTOS TÉCNICDS E ADMINISTRATIVOS, ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃD CONTINUADA EM ENFERMAGEM OU ATRAVÉS DE LEITURA, PARTICIPAÇÃO DE CURSOS, PALESTRAS, AULAS, CONGRESSOS JDRNADAS, SIMPÓSIOS, ETC.

XXIX - SOLICITAR A PRESENÇA DO ENFERMEIRO QUANDO SE SENTIR INSEGURO OU JULGAR-SE IMPERITO PARA REALIZAR DETERMINADO PROCEDIMENTO.

XXX - PREPARAR O PACIENTE PARA CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS.

XXXI - OBSERVAR, RECONHECER E DESCREVER SINAIS E SINTOMAS, AO NÍVEL DE SUA QUALIFICAÇÃO.

XXXII- EXECUTAR TRATAMENTOS ESPECIFICAMENTE PRESCRITDS, OU DE ROTINA, ALÉM DE OUTRAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, TAIS COMO: REALIZAR CONTROLE HÍDRICO, FAZER CURATIVOS, APLICAR OXIGENIOTERAPIA, NEBULIZAÇÃO, ENTEROCLISMA, ENEMA E APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE E / OU DE GELO.

XXXIII- CDLETAR MATERIAL PARA EXAMES LABORATORIAIS.

XXXIV- EXECUTAR ATIVIDADES DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES.

XXXV- PRESTAR CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO AO PACIENTE E ZELAR PELA SEGURANÇA, INCLUSIVE ALIMENTÁ-LO OU AUXILIÁ-LO A ALIMENTAR-SE.

XXXVI - ZELAR PELA LIMPEZA E ORDEM DOS MATERIAIS, DOS EQUIPAMENTOS E DAS DEPENDÊNCIAS DOS SETORES.

XXXVII - PRESTAR CUIDADOS NA ADMISSÃO E NA ALTA DOS PACIENTES, ORIENTANDO-OS EM AMBOS OS CASOS.

XXXVIII- CHECAR SE FORAM RETIRADAS PRÓTESES DENTÁRIAS, LENTES, ADORNOS (BIJUTERIAS, JÓIAS, RELÓGIOS, ETC) DO PACIENTE QUE SERÁ SUBMETIDD À CIRURGIA ANTES QUE O MESMO SEJA ENCAMINHADO AO CIRÚRGICO E ENTREGÁ-LOS AO ACOMPANHANTE OU, NA AUSÊNCIA DESTE, PROVIDENCIAR A SUA GUARDA.

XXXIX - IDENTIFICAR A PEÇA DE ANÁTOMO-PATOLÓGICO E ACONDICIONÁ-LAS EM EMBALAGENS APROPRIADAS.

SES
3760
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

XL - COMUNICAR O ENFERMEIRO SOBRE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS COM DEFEITOS.

ART. 67º - TÉCNICO DE ENFERMAGEM DA SEÇÃO DE BLOCO OPERATÓRIO:

I - RESPEITAR HORÁRIOS E MANTER ASSIDUIDADE.

II - ASSISTIR AO ENFERMEIRO: NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DIRETOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM ESTADO GRAVE; NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM GERAL, BEM COMO NO CONTROLE SISTEMÁTICO DA INFECÇÃO HOSPITALAR; NA PREVENÇÃO E CONTROLE SISTEMÁTICO DE DANOS FÍSICOS QUE POSSAM SER CAUSADOS A PACIENTES DURANTE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE;

III - RECEBER E PASSAR O PLANTÃO DE FORMA CLARA, CONCISA E COMPLETA, INFORMANDO TODAS AS OCORRÊNCIAS, PENDÊNCIAS E CONDUTAS REALIZADAS, SEMPRE COM O PRONTUÁRIO DOS PACIENTES EM MÃOS.

IV - AUXILIAR O ENFERMEIRO E O MÉDICO EM PROCEDIMENTOS.

V - EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTEGRAIS RELATIVOS À HIGIENE, CONFORTO, ALIMENTAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE ACORDO COM A ESCALA DE DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES, USANDO TÉCNICAS E MÉTODOS APROPRIADOS DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS) A CADA PROCEDIMENTO E OBSERVAR AS CONDUTAS ORIENTADAS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PRESCRIÇÃO MÉDICA.

VI - ANOTAR OS CUIDADOS PRESTADOS E AS ALTERAÇÕES APRESENTADAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

VII - UTILIZAR CORRETAMENTE E RIGOROSAMENTE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

VIII - ATENDER ÀS CHAMADAS DOS PACIENTES E COMUNICAR QUALQUER ALTERAÇÃO AO ENFERMEIRO.

IX - ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VIA ORAL E PARENTERAL, RESTRINGINDO-SE NA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE CAUSEM EFEITOS COLATERAIS PREOCUPANTES.

X - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM AS ATRIBUIÇÕES ESTABELECIDAS E RESPALDADAS PELO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, SEMPRE SOB A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO.

XI - VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DAS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DO PACIENTE E COMUNICAR AO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO SOBRE QUALQUER REPARO NECESSÁRIO.

XII - EFETUAR CONTROLES, CONFERÊNCIA DE ESTOQUES E MEDICAMENTOS CONTROLADOS NOS RESPECTIVOS LIVROS DE CONTROLE.

XIII- PRESTAR CUIDADOS AO CORPO EM CASO DE MORTE.

XIV - SEGUIR RIGOROSAMENTE A ESCALA DE TRABALHO DEFINIDA PELO ENFERMEIRO DO SETOR.

XV - ZELAR PELA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E PREPARAR INSTRUMENTAIS PARA ESTERILIZAÇÃO, ENCAMINHADO-OS À CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO.

XVI - MANTER ATENÇÃO E OBSERVAÇÃO QUANTO AO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, OBSERVANDO EFEITOS COLATERAIS E REAÇÕES DOS PACIENTES.

XVII - COOPERAR COM OS DEMAIS SERVIÇOS PARA MELHOR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ATENDIMENTO AO PACIENTE.

XVIII - EFETUAR COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

XIX - RECEBER E ESTOCAR MATERIAIS PARA UTILIZAÇÃO NO SETOR, BEM COMO REALIZAR A CONFERÊNCIA DOS MEDICAMENTOS ENCAMINHADOS PELA FARMÁCIA E GUARDÁ-LOS NOS RESPECTIVOS LOCAIS.

XX - ZELAR PELA LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE.

SES
3761
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

XXI - RESPEITAR AS PESSOAS E MANTER BOM RELACIONAMENTO INTERPESSOAL, PROPORCIONANDO O TRABALHO EM EQUIPE E UM AMBIENTE HARMONIOSO.

XXII - PARTICIPAR DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO REALIZADOS PELA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM.

XXIII - ESTABELECER VÍNCULO E CONFIANÇA COM OS PACIENTES, ORIENTANDO-OS COM CLAREZA QUANTO AOS PROCEDIMENTOS E DÚVIDAS QUE SURGIREM.

XXIV - MANTER-SE ATUALIZADO A RESPEITO DAS NORMAS, ROTINAS, PROTOCOLOS E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS, ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM OU ATRAVÉS DE LEITURA, PARTICIPAÇÃO DE CURSOS, PALESTRAS, AULAS, CONGRESSOS JORNADAS, SIMPÓSIOS, ETC.

XXV - SOLICITAR A PRESENÇA DO ENFERMEIRO QUANDO SE SENTIR INSEGURO OU JULGAR-SE IMPERITO PARA REALIZAR DETERMINADO PROCEDIMENTO.

XXVI - OBSERVAR, RECONHECER E DESCREVER SINAIS E SINTOMAS, AO NÍVEL DE SUA QUALIFICAÇÃO.

XXVII - EXECUTAR TRATAMENTOS ESPECIFICAMENTE PRESCRITOS, OU DE ROTINA, ALÉM DE OUTRAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, TAIS COMO: REALIZAR CONTROLE HÍDRICO, FAZER CURATIVOS, APLICAR OXIGENIOTERAPIA, NEBULIZAÇÃO, ENTEROCLISMA, EDEMA E APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE E / OU DE GELO.

XXVIII - COLETAR MATERIAL PARA EXAMES LABORATORIAIS.

XXIX- CIRCULAR EM SALA DE CIRURGIA.

XXX - EXECUTAR ATIVIDADES DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES.

XXXI - ZELAR PELA LIMPEZA E ORDEM DOS MATERIAIS, DOS EQUIPAMENTOS E DAS DEPENDÊNCIAS DOS SETORES.

XXXII - PRESTAR CUIDADOS NA ADMISSÃO E NA ALTA DOS PACIENTES PARA O SETOR DE DESTINO, ORIENTANDO-OS EM AMBOS OS CASOS E SEMPRE QUE POSSÍVEL.

XXXIII - ORIENTAR E/OU AUXILIAR O PACIENTE NA SUA PARAMENTAÇÃO ANTES DE ENTRAR NA SALA OPERATÓRIA.

XXXIV - IDENTIFICAR OS PERTENCES DO PACIENTE E ENTREGAR AOS FAMILIARES (NA AUSÊNCIA DESTES, DEIXAR NO ARMÁRIO DA RPA).

XXXV- CHECAR SE FORAM RETIRADAS PRÓTESES DENTÁRIAS, LENTES, ADORNOS (BIJUTERIAS, JÓIAS, RELÓGIOS, ETC) DO PACIENTE QUE SERÁ SUBMETIDO À CIRURGIA ANTES QUE O MESMO ENTRE NA SALA OPERATÓRIA E ENTREGÁ-LOS AO ACOMPANHANTE OU, NA AUSÊNCIA DESTE, SOLICITAR À ENFERMEIRA QUE PROVIDENCIE SUA GUARDA.

XXXVI - VERIFICAR, JUNTO À ENFERMEIRA, SE HÁ AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS.

XXXVII - DEVOLVER TODAS AS EMBALAGENS DE MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS NAS CIRURGIAS À ENFERMEIRA DA CME PARA CONFERÊNCIA E COBRANÇA POSTERIOR.

XXXVIII- RELACIONAR MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A CIRURGIA NA FOLHA DE DÉBITO DE SALA.

XXXIX - ESCLARECER COM A ENFERMEIRA QUALQUER DÚVIDA COM RELAÇÃO À CIRURGIA PROGRAMADA NA SALA SOB SUA RESPONSABILIDADE.

VL - SUPRIR A SALA DE CIRURGIA CONFORME PROGRAMAÇÃO DETERMINADA NO QUADRO DE CIRURGIA.

VLI - RECEBER O PACIENTE E CONFIRMAR A SUA IDENTIFICAÇÃO NA SALA OPERATÓRIA.

VLII - REALIZAR TODOS OS CUIDADOS NO PRÉ, INTRA E PÓS-OPERATÓRIO NA SALA DE CIRURGIA.

SES
3762
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

VLIII - AUXILIAR A EQUIPE CIRÚRGICA NA PARAMENTAÇÃO.

VLIV- COLOCAR A PLACA DE BISTURI ELÉTRICO E ASSEGURAR QUE ESTEJA CORRETAMENTE LOCALIZADA.

VLV- FAZER CONTAGEM DE COMPRESSAS ANTES, DURANTE E DEPOIS DO ATO CIRÚRGICD (PESA-LAS SE NECESSÁRIO).

VLVI- RELACIONAR A UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ESPECIAIS EM RECEITUÁRIO E ENCAMINHAR À CME AO TÉRMINO DA CIRURGIA.

VLVII - AUXILIAR NA COLETA DE DADOS PARA OS INDICADORES DE QUALIDADE.

VLVIII - SOLICITAR PREENCHIMENTO E ASSINATURA MÉDICA DE PEDIDO DE EXAMES.

VLIX- IDENTIFICAR A PEÇA DE ANÁTOMO-PATOLÓGICO E ACONDICIONÁ-LAS EM EMBALAGENS APROPRIADAS.

L - UTILIZAR EQUIPAMENTDS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) PARA REALIZAR A REVISÃO DO

HAMPER (SEPARAÇÃO DE PERFURO CORTANTES E INSTRUMENTAIS DAS ROUPAS E COMPRESSAS CIRÚRGICAS).

LI - ENCAMINHAR OS EXAMES DE RX QUE FORAM REALIZADOS NA SALA OPERATÓRIA PARA A

RPA DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS PARA QUE SEJA EMITIDO O LAUDO POSTERIORMENTE.

LII - COMUNICAR O ENFERMEIRO SOBRE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS COM DEFEITOS.

LIII - ENCAMINHAR CAIXA DE MATERIAL SUJO PARA PROCESSAMENTO NA CME.

ART. 68º - TÉCNICO E AUXILIAR DE ENFERMAGEM DA SEÇÃO DE TERAPIA INTENSIVA (ADULTO):

I - RESPEITAR PONTUALIDADE DOS HORÁRIOS E MANTER ASSIDUIDADE.

II - ASSISTIR AO ENFERMEIRD: NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DIRETOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES EM ESTADO GRAVE; NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS EM GERAL, BEM COMO NO CONTROLE SISTEMÁTICO DA INFECÇÃD HOSPITALAR; NA PREVENÇÃO E CONTRDLE SISTEMÁTICO DE DANOS FÍSICOS QUE POSSAM SER CAUSADOS A PACIENTES DURANTE A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE.

III - RECEBER E PASSAR O PLANTÃO DE FORMA CLARA, CONCISA E COMPLETA, INFORMANDO TODAS AS OCORRÊNCIAS, PENDÊNCIAS E CONDUTAS REALIZADAS, SEMPRE COM D PRONTUÁRIO DOS PACIENTES EM MÃOS.

IV - RECEBER E PASSAR O PLANTÃO JUNTAMENTE CDM A EQUIPE DE ENFERMAGEM.

V - AUXILIAR O ENFERMEIRO E O MÉDICO EM PROCEDIMENTOS.

VI - EXECUTAR CUIDADOS DE ENFERMAGEM INTEGRAIS RELATIVOS À HIGIENE, CONFORTO, ALIMENTAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE ACORDO COM A ESCALA DE DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES, USANDO TÉCNICAS E MÉTODDS APROPRIADOS DE ACDRDO CDM AS INSTRUÇÕES DE TRABALHO (TÉCNICAS E ADMINISTRATIVAS) A CADA PROCEDIMENTO E OBSERVAR AS CONDUTAS ORIENTADAS NA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM E PRESCRIÇÃO MÉDICA.

VII - ANOTAR OS CUIDADOS PRESTADOS E AS ALTERAÇÕES APRESENTADAS ND PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

VIII - COMUNICAR AO SETOR DE NUTRIÇÃO ALTERAÇÕES DE DIETA.

IX - UTILIZAR CORRETAMENTE E RIGORDSAMENTE OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.

X - ATENDER ÀS CHAMADAS DOS PACIENTES E COMUNICAR QUALQUER ALTERAÇÃO AO ENFERMEIRO.

XI- ADMINISTRAR MEDICAMENTOS POR VIA ORAL E PARENTERAL, RESTRINGINDO-SE NA APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS QUE CAUSEM EFEITOS COLATERAIS PREOCUPANTES, COMO OS QUIMIOTERÁPICDS E AS ASSOCIAÇÕES MEDICAMENTOSAS, QUE EXIGEM CONHECIMENTO ESPECÍFICO PARA AGIR IMEDIATAMENTE EM CASO DE REAÇÕES.

FLS. 3763
RUBRICA
PROTOCOLO

XII- ADMITIR E ORIENTAR PACIENTES QUE INTERNAREM NO SETOR E SEUS FAMILIARES.

XIII - REALIZAR PROCEDIMENTOS DE ACORDO COM AS ATRIBUIÇÕES ESTABELECIDAS E RESPALDADAS PELO CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL, SEMPRE SOB A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO.

XIV - TRANSPORTAR PACIENTES PARA EXAMES E CIRURGIAS, JUNTO AO ENFERMEIRO, SEMPRE QUE HOUVER NECESSIDADE.

XV - VERIFICAR O FUNCIONAMENTO DAS INSTALAÇÕES DA UNIDADE DO PACIENTE E COMUNICAR AO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO SOBRE QUALQUER REPARO NECESSÁRIO.

XVI- EFETUAR CONTROLES, CONFERÊNCIA DE ESTOQUES E MEDICAMENTOS CONTROLADOS NOS RESPECTIVOS LIVROS DE CONTROLE.

XVII - PRESTAR CUIDADOS AO CORPO EM CASO DE MORTE.

XVIII- SEGUIR RIGOROSAMENTE A ESCALA DE TRABALHO DEFINIDA PELO ENFERMEIRO DO SETOR.

XIX- ZELAR PELA MANUTENÇÃO DOS EQUIPAMENTOS E PREPARAR INSTRUMENTAIS PARA ESTERILIZAÇÃO, ENCAMINHADO-OS À CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO.

XX - MANTER ATENÇÃO E OBSERVAÇÃO QUANTO AO PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS, OBSERVANDO EFEITOS COLATERAIS E REAÇÕES DOS PACIENTES.

XXI - COOPERAR COM OS DEMAIS SERVIÇOS PARA MELHOR FUNCIONAMENTO DA UNIDADE E ATENDIMENTO AO PACIENTE.

XXII - EFETUAR COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES SEMPRE QUE NECESSÁRIO.

XXIII- RECEBER E ESTOCAR MATERIAIS PARA UTILIZAÇÃO NO SETOR, BEM COMO REALIZAR A CONFERÊNCIA DOS MEDICAMENTOS ENCAMINHADOS PELA FARMÁCIA E GUARDÁ-LOS NOS RESPECTIVOS LOCAIS.

XXIV - ZELAR PELA LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DA UNIDADE.

XXV- RESPEITAR AS PESSOAS E MANTER BOM RELACIONAMENTO INTERPESSOAL, PROPORCIONANDO O TRABALHO EM EQUIPE E UM AMBIENTE HARMONIOSO.

XXVI - PARTICIPAR DE PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO E APERFEIÇOAMENTO REALIZADOS PELA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM.

XXVII - ESTABELECER VÍNCULO E CONFIANÇA COM OS PACIENTES, ORIENTANDO-OS COM CLAREZA QUANTO AOS PROCEDIMENTOS E DÚVIDAS QUE SURGIREM, SEMPRE QUE POSSÍVEL.

XXVIII- MANTER-SE ATUALIZADO A RESPEITO DAS NORMAS, ROTINAS, PROTOCOLOS, PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS, ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO NOS PROGRAMAS DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM ENFERMAGEM OU ATRAVÉS DE LEITURA, PARTICIPAÇÃO DE CURSOS, PALESTRAS, AULAS, CONGRESSOS JORNADAS, SIMPÓSIOS, ETC.

XXIX - SOLICITAR A PRESENÇA DO ENFERMEIRO QUANDO SE SENTIR INSEGURO OU JULGAR-SE IMPERITO PARA REALIZAR DETERMINADO PROCEDIMENTO.

XXX - PREPARAR O PACIENTE PARA CONSULTAS, EXAMES E TRATAMENTOS.

XXXI -OBSERVAR, RECONHECER E DESCREVER SINAIS E SINTOMAS, AO NÍVEL DE SUA QUALIFICAÇÃO.

XXXII - EXECUTAR TRATAMENTOS ESPECIFICAMENTE PRESCRITOS, OU DE ROTINA, ALÉM DE OUTRAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM, TAIS COMO: REALIZAR CONTROLE HÍDRICO, FAZER CURATIVOS, APLICAR OXIGENIOTERAPIA, NEBULIZAÇÃO, ENTEROCLISMA, ENEMA E APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE E / OU DE GELO.

SES 3764 FLS RUBRICA PROTOCOLO

XXXIII- COLETAR MATERIAL PARA EXAMES LABORATORIAIS.

XXXIV- EXECUTAR ATIVIDADES DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E SUPERFÍCIES.

XXXV - PRESTAR CUIDADDS DE HIGIENE E CONFORTO AO PACIENTE E ZELAR PELA SEGURANÇA, INCLUSIVE ALIMENTÁ-LO OU AUXILIÁ-LO A ALIMENTAR-SE.

XXXVI- ZELAR PELA LIMPEZA E ORDEM DOS MATERIAIS, DOS EQUIPAMENTOS E DAS DEPENDÊNCIAS DOS SETORES.

XXXVII- PRESTAR CUIDADOS NA ADMISSÃD E NA ALTA DOS PACIENTES PARA O SETOR DE DESTINO, ORIENTANDO O MESMO (OU O RESPONSÁVEL).

XXXVIII- CHECAR SE FORAM RETIRADAS PRÓTESES DENTÁRIAS, LENTES, ADORNOS (BIJUTERIAS, JÓIAS, RELÓGIOS, ETC) DO PACIENTE E ENTREGÁ-LOS AO RESPONSÁVEL OU, NA AUSÊNCIA DESTE, PROVIDENCIAR A SUA GUARDA.

XXXIX - IDENTIFICAR A PEÇA DE ANÁTOMO-PATOLÓGICO E ACONDICIONÁ-LAS EM EMBALAGENS APROPRIADAS.

XL - COMUNICAR O ENFERMEIRO SOBRE EQUIPAMENTOS E/OU MATERIAIS COM DEFEITOS.

- REGISTRAR NO LIVRD DE REGISTRO DE PACIENTES O FLUXO DE ENTRADA E SAÍDA.

CAPÍTULO V

DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

ART. 72º - O SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA É GERENCIADO POR NUTRICIONISTA, E É CONSTITUÍDO POR:

I. SEÇÃO DE CONTROLE E ARMAZENAMENTO;

II. SEÇÃO DE PREPARO, COCÇÃO E DISTRIBUIÇÃO: COZINHA GERAL, COZINHA DIETÉTICA E REFEITÓRIO;

ART. 73º - AO NUTRICIONISTA ENCARREGADO COMPETE:

I. ORIENTAR E DIRIGIR O SND;

II - EXECUTAR O TREINAMENTO DO SEU PESSOAL;

III - REQUISITAR, RECEBER, CONSERVAR E CONTROLAR OS GÊNEROS E MATERIAIS NECESSÁRIOS AO SERVIÇO;

IV- VISTORIAR CONSTANTEMENTE OS LOCAIS DE DISTRIBUIÇÃO PARA VERIFICAR O CUMPRIMENTO DAS TÉCNICAS, NORMAS E ROTINAS;

V- DESENVOLVER E COLABORAR EM ATIVIDADES DE PESQUISA RELACIONADAS À ASSUNTOS DE NUTRIÇÃO;

VI - VISITAR OS PACIENTES INTERNADOS A FIM DE RECEBER INFORMAÇÕES E DAR ORIENTAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO DURANTE A PERMANÊNCIA HOSPITALAR, EM CONCORDÂNCIA COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA;

VII - ELABORAR ORIENTAÇÕES DIETÉTICAS NAS VARIADAS PATOLOGIAS E TRANSMITI-LAS AO PACIENTE OU RESPONSÁVEL, POR ESCRITO, NA OCASIÃO DA ALTA HOSPITALAR, EM CONCORDÂNCIA COM A PRESCRIÇÃO MÉDICA;

VIII - ESTABELECER CRITÉRIDS PARA AVALIAÇÃO DO PADRÃO DA ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL PRESTADA AO PACIENTE DURANTE O PERÍODO DE PERMANÊNCIA NO HOSPITAL;

IX- EXIGIR COMBATE CONSTANTE A INSETOS E ROEDORES E MANTER CONDIÇÕES HIGIÊNICAS IMPECÁVEIS SOB ESTRITA VIGILÂNCIA;

X- REPRESENTAR O SND JUNTO A ADM E NAS COMISSÕES EM QUE SEJA REQUISITADD;

XI- DESEMPENHAR TAREFAS AFINS;

ES
346
FLS.
PROTOCOLO

XII- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR.

ART. 74º - AO SND COMPETE:

I- PLANEJAMENTO, PREPARO, DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DA ALIMENTAÇÃO NO HOSPITAL;

II- ESTABELECER ROTINAS, NORMAS E TÉCNICAS PARA O SND;

III- DEFINIR AS ATRIBUIÇÕES DO SEU PESSOAL;

IV - PLANEJAMENTO, PREPARO, DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE DOS REGIMES DIETÉTICOS E FORMULAÇÕES LÁCTEAS SEGUNDO PRESCRIÇÃO MÉDICA;

V - REALIZAR CONTROLE SANITÁRIO PERIÓDICO DO SEU PESSOAL E CONTROLE BACTERIOLÓGICO DE AMOSTRAS DE ALIMENTOS, SUPERFÍCIES, UTENSÍLIOS E EQUIPAMENTOS;

VI - MANTER ENTROSAMENTO COM TODOS OS OUTROS SERVIÇOS DO HOSPITAL.

CAPÍTULO VI

DO SERVIÇO DE DISPENSÁRID DE MEDICAMENTOS

ART. 75º - O SDM É CHEFIADO POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE QUALIFICADO, E A ESTE COMPETE:

I- PLANEJAR, ORGANIZAR, DIRIGIR E CONTROLAR AS ATIVIDADES DO SDM;

II- RESPONSABILIZAR-SE LEGALMENTE PERANTE A VIGILÂNCIA SANITÁRIA PELO SDM DO HOSPITAL;

III- CONTROLAR EM FORMULÁRIOS E LIVROS APROPRIADOS A AQUISIÇÃO, DISTRIBUIÇÃO, DEVOLUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS;

IV- CONTROLAR O REGISTRO DE ENTORPECENTES E PSICOTRÓPICOS EM LIVROS ESPECIAIS, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE;

V- REPRESENTAR O SDM NAS COMISSÕES EM QUE SEJA REQUISITADO;

VI- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR.

ART. 76º COMPÕEM O SERVIÇO DE DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS - SDM:

I- SEÇÃO DE DEPÓSITO E DISPENSAÇÃO DE DROGAS.

ART. 77º – AO SDM COMPETE:

I- CONTROLAR OS MEDICAMENTOS FORNECIDOS, INCLUSIVE POR DE CUSTO;

II - CONTROLAR OS ESTOQUES, EVITANDO FALTAS DE MEDICAMENTOS, VENCIMENTOS E SUB-ESTOQUES EM UNIDADES DO HOSPITAL;

III- COLABORAR NA PADRONIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO HOSPITAL, RESPEITÁ-LA E SÓ PROCEDER ALTERAÇÕES MEDIANTE AUTORIZAÇÃO DOS DIRETORES CLÍNICO E TÉCNICO;

IV - COOPERAR COM O CORPO CLÍNICO NAS PESQUISAS TERAPÊUTICAS;

V- DISPENSAR MEDICAMENTOS PELO SISTEMA ADOTADO PELO HOSPITAL, EM DOSE COLETIVA OU UNITÁRIA;

VI- RESPONSABILIZAR-SE PELO REABASTECIMENTO E VALIDADE DOS MEDICAMENTOS DOS CASOS DE EMERGÊNCIA.

CAPÍTULO VII

SES 3766 PROTOCOLO

DD SERVIÇD DE MANUTENÇÃD E SERVIÇDS GERAIS

ART. 78º - ÀO SMG, CHEFIADO POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE QUALIFICADO, COMPETE:

I- MANTER REGISTROS DAS INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS, ELÉTRICAS E ESPECIAIS DO HOSPITAL;

II - MANTER AS PLANTAS E PROJETOS DE CONSTRUÇÃO E INSTALAÇÕES DO PRÉDIO;

III- FAZER MANUTENÇÃO PREVENTIVA DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS;

IV- CONTROLAR E ACIONAR ASSISTÊNCIA TÉCNICA PRESTADA POR TERCEIROS

V- MANTER, EM BOM ESTADO, O EDIFÍCIO E AS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL;

VI- REPARAR MÁQUINAS, APARELHOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS;

VII - MANTER, SEMPRE EM ORDEM, OS EQUIPAMENTOS CONTRA INCÊNDIO;

IX- DISTRIBUIR INFORMAÇÕES SOBRE O FUNCIONAMENTO DO GERADOR;

X- REGISTRAR AS OCORRÊNCIAS ATENDIDAS E PRODUÇÃO;

XI- ATENDER COM URGÊNCIA E EFICIÊNCIA OS CHAMADOS;

XII - MANTER AGENDA COM TODOS OS DADOS DAS FIRMAS PRESTADORAS DE SERVIÇO;

XIII- ELABORAR, MANTER E ATUALIZAR CAOASTRO DE TODO MATERIAL PERMANENTE, MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS DO HOSPITAL, CONSTANDO NÚMERO PATRIMONIAL, LOCALIZAÇÃO, MARCA, VALOR, REGISTROS DE MANUTENÇÃO E BAIXA;

XIV- ORGANIZAR E CONTROLAR O QUADRO DE CHAVES DO HOSPITAL;

XV- EXECUTAR O CONTROLE DAS PORTARIAS NAS 24 HORAS, COM SEUS RESPECTIVOS REGISTROS;

XVI - VIGILÂNCIA DIURNA E NOTURNA, DESARMADA PARA GUARDA PATRIMDNIAL E SEGURANÇA DE PACIENTES E FUNCIONÁRIOS;

XVII- EXECUTAR OS SERVIÇDS TELEFÔNICOS DO HOSPITAL;

XVIII - CONSERVAR OS JARDINS E A LIMPEZA DAS ÁREAS EXTERNAS;

XIX- EXECUTAR O TRANSPORTE DE PESSOAL E MATERIAL DO HOSPITAL;

XX- PROVIDENCIAR O EXTERMÍNIO DE INSETOS E ROEDORES; E

XXI- ZELAR PELA CASA DO LIXO, CUIDANDO DA GUARDA, RETIRADA DO LIXO SELETIVO, CONTAMINADO E COMUM E DA LIMPEZA DIÁRIA DOS COMPARTIMENTOS, DENTRO DAS NORMAS TÉCNICAS;

XXII- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR.

CAPÍTULO VIII

DO SETOR DE FATURAMENTO

ART. 79º - AO FATURAMENTO, CHEFIADO POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE QUALIFICADO, COMPETE:

I- CONHECER E APLICAR CORRETAMENTE AS NORMAS DE CODIFICAÇÃO E DE COBRANÇA DO SIH/SUS;

II. RECEBER OS DOCUMENTOS REFERENTES À AUTORIZAÇÃO E À COBRANÇA DE PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALAR E DAR-LHES ENCAMINHAMENTO PERTINENTE;

III. MANTER ORGANIZADO O ARQUIVO DO SETOR;

SES
3761
FLS.
PROTOCOLO

IV-COMUNICAR, IMEDIATAMENTE, A ADMINISTRAÇÃO AS IRREGULARES;

VIII- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR;

ART. 80º - O SETOR DE FATURAMENTO, É CONSTITUÍDO POR:

CAPÍTULO IX

DO SETOR DE SUPRIMENTO E ESTOQUE

ART. 81º - AO SETOR, CHEFIADO POR PROFISSIONAL OEVIDAMENTE QUALIFICADD, COMPETE:

I- ADQUIRIR, RECEBER, CONFERIR, GUARDAR, CONTROLAR E DISTRIBUIR MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO HOSPITAL;

II- FIXAR QUANTIDADES MÍNIMA E MÁXIMA QUE DEVEM ESTAR NO ESTOQUE, ATENTANDO-SE A ELAS NA ELABORAÇÃO DOS PEDIDOS DE COMPRAS;

III- INTRODUZIR PADRONIZAÇÃO DE MATERIAIS E SUGERIR ALTERAÇÕES QUANDO NECESSÁRIO;

IV- MANTER ATUALIZADO O CADASTRO DE FORNECEDORES;

V- ZELAR PARA QUE OS MATERIAIS E MEDICAMENTOS SEJAM ARMAZENAOOS EM CONDIÇÕES ADEQUADAS PARA SUA CONSERVAÇÃO;

VI- EXECUTAR PERIODICAMENTE INVENTÁRIO NO ESTOQUE;

VII- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR.

CAPÍTULO X

OO SETOR DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

ART. 82º – AO SAME, CHEFIADO POR PROFISSIONAL DEVIDAMENTE QUALIFICADO, COMPETE:

I- RECEPCIONAR PACIENTES, ACOMPANHANTES OU VISITANTES, PRESTANDO-LHE TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS;

II- PREENCHER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO, TANTO DE PACIENTES INTERNOS COMO DE PACIENTES EXTERNOS, APLICANDO AS NORMAS CABÍVEIS;

III- ENCAMINHAR FICHAS DE ATENDIMENTO E OUTROS DOCUMENTOS AO SETOR DE FATURAMENTO PARA REALIZAR OS LANÇAMENTOS;

IV- CONTROLAR A MOVIMENTAÇÃO DOS PACIENTES E DE SEUS RESPECTIVOS PRONTUÁRIOS NO HOSPITAL;

V- ORDENAR, GUARDAR E CONSERVAR OS PRONTUÁRIOS DOS PACIENTES REGISTRADOS, ZELANDO PELA SUA CLAREZA, EXATIDÃO E PELO PREENCHIMENTO DE TODOS OS DADOS NECESSÁRIOS À ELUCIDAÇÃO DIAGNOSTICA, À AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO INSTITUÍDO E OS RESULTADOS CORRESPONDENTES;

VI- CLASSIFICAR DOENÇAS, CIRURGIAS, CAUSAS DE MORTE, BEM COMO OUTROS ELEMENTOS JULGADOS NECESSÁRIOS E DE INTERESSE DOS SERVIÇOS MÉDICOS;

VII- COLABORAR COM OS SERVIÇOS MÉDICOS, NO SENTIDO DE LHE SER FACILITADO O SEU APRIMORAMENTO, A PESQUISA E AO ENSINO;

VIII- PROIBIR O ACESSO AO PRONTUÁRIO DO PACIENTE, DE PESSOAS NÃO AUTORIZADAS PARA ESTA FINALIDADE;

IX- COLETAR E ANALISAR OS DADOS ESTATÍSTICOS REFERENTES À MOVIMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES;

X- ENCAMINHAR DADOS ESTATÍSTICOS À AUTORIDADE SANITÁRIA, QUANDO EXIGIDO;

XI- ELABORAR E MANTER ATUALIZADO O REGIMENTO/ NORMAS DO SETOR.

CAPÍTULO XI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

ART. 83º - CADA SERVIÇO TEM SEU QUADRO DE FUNCIONÁRIOS, DEVIDAMENTE ESTUDADO, DE ACORDO COM A NATUREZA, O VOLUME, OS HORÁRIOS DE TRABALHO E O PADRÃO QUE SE PRETENDA DAR AO SERVIÇO.

ART. 84º - A TODO PESSOAL COMPETE A PRÁTICA DOS ATOS NECESSÁRIOS À BOA ORDEM, EFICIÊNCIA DOS TRABALHOS E A DISCIPLINA EM GERAL.

ART. 85º- NENHUM FUNCIONÁRIO DO HOSPITAL PODERÁ RECEBER DE TERCEIROS, PAGAMENTO OU GRATIFICAÇÃO SOB QUALQUER FORMA, EM RECONHECIMENTO DOS SERVIÇOS A QUE ESTÁ OBRIGADO A PRESTAR EM FUNÇÃO DO SEU CARGO.

ART. 86º- O PRESENTE REGULAMENTO SERÁ COMPLEMENTADO PELOS REGIMENTOS/NORMAS DE CADA SETOR, DEVENDO SER OBSERVADO E FIELMENTE CUMPRIDO POR TODOS OS ENVOLVIDOS E OS QUE TRABALHAM NO HOSPITAL.

ART. 87º- OS CASOS OMISSOS E AS DÚVIDAS SURGIDAS NA APLICAÇÃO DO PRESENTE REGIMENTO INTERNO SERÃO DIRIMIDAS PELO COORDENADOR DE CADA SETOR E EM GRAU DE RECURSO PELO DIRETOR DA INSTITUIÇÃO;

ART. 88º- ESTE REGULAMENTO ENTRARÁ EM VIGOR NA OATA DE SUA APROVAÇÃO.

A SEGUIR, APRESENTAMOS O REGIMENTO INTERNO DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA:

INSTITUTO SOCIAL FI8RA

CNPJ. 02.744.384/0001-82

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

ARTIGO 1º O INSTITUTO SOCIAL FIBRA É UMA PESSOA JURÍDICA, SEM FINS LUCRATIVOS, COM SEDE E FORO NA CIDADE DE SÃO PAULO, FILIAL NO RIO DE JANEIRO, ARUJÁ,E TERESÓPOLIS E REGIDOS EM SUAS ATIVIDADES INTERNAS, PELO PRESENTE REGIMENTO INTERNO, APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, DE ACORDO COM O QUE DETERMINA SEU ESTATUTO.

ARTIGO 2º NOS OBJETIVOS DEFINIDOS PELO SEU ESTATUTO DEVERÁ TER PRIORIDADE ÀS ATIVIDADES DE SAÚDE, EDUCATIVAS, CULTURAIS, CIENTÍFICAS, E OUTRAS ÁREAS DE INTERESSE SOCIAL.

ARTIGO 3º O INSTITUTO 5OCIAL FI8RA DEVERÁ PAUTAR AS SUAS ATIVIDADES ESTRITAMENTE DE ACORDO COM OS OBJETIVOS PREVISTOS NO SEU ESTATUTO, SEM QUALQUER VINCULAÇÃO POLÍTICO - PARTIDÁRIA OU RELIGIOSA, E OBSERVANDO COM TODO O RIGOR OS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, DA IMPESSOALIDADE, DA MORALIDADE, DA PUBLICIDADE, DA ECONOMICIDADE E DA EFICIÊNCIA.

CAPÍTULO II - DO PATRIMÔNIO, DAS APLICAÇÕES E DOS RENDIMENTOS

ARTIGO 4º OS BENS PATRIMONIAIS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA DEVERÃO SER DEVIDAMENTE IDENTIFICADOS E, CONTROLADOS POR LEVANTAMENTO PATRIMONIAL ANUAL.

ARTIGO 5º OS BENS PATRIMONIAIS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA DEVERÃO ESTAR EM PERMANENTE MANUTENÇÃO A FIM DE GARANTIR SUA CONSERVAÇÃO POR QUEM O ESTIVER UTILIZANDO.

ARTIGO 6º OS BENS PATRIMONIAIS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA ADQUIRIDOS POR LEGADOS DU DAS DDAÇÕES QUE LHE FOREM DESTINADOS, BEM COMD DOS EXCEDENTES FINANCEIROS DECORRENTES DE SUAS ATIVIDADES, EM CASO DE EXTINÇÃD, OU DESQUALIFICAÇÃO OA ENTIDADE, SERÃO OS MESMDS DEVOLVIDDS AOS RESPECTIVOS CDNVENENTES FINANCIADORES E O RESTANTE DESTINADO A OUTRA ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE E/OU ORGANIZAÇÃO SDCIAL QUALIFICADA NO ÂMBITD DA UNIÃO, ESTADO OU MUNICÍPIO NA PRDPORÇÃD DDS RECURSDS E BENS POR ESTE ALOCADOS.

ARTIGO 7º O ORÇAMENTO ANUAL DEVERÁ SER DISCUTIDO PELA DIRETORIA E REFERENDADD PELD CONSELHO FISCAL E PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.

ARTIGO 8º EM TODA REUNIÃO ORDINÁRIA DD CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DEVERÁ SER PARTE DA PAUTA UM RELATO DOS RENDIMENTOS, DAS DESPESAS E DAS APLICAÇÕES FINANCEIRAS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA NO PERÍODO.

CAPÍTULO III - DOS CONTRATOS DE GESTÃO

ARTIGO 9º. OS CONTRATOS DE GESTÃO DEVERÃO OBRIGATORIAMENTE SER SUBMETIDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO PARA ANÁLISE E PARECERES, DEVENDO O RELATÓRIO FINAL SER ENCAMINHADO A DIRETORIA EXECUTIVA E CONSELHO FISCAL;

ARTIGO 10º. É OBRIGATÓRIA A PUBLICAÇÃO DOS REFERIDOS CONTRATOS DE GESTÃO, BEM COMO OS RELATÓRIOS FINANCEIROS E OS RELATÓRIOS DE EXECUÇÃO EM DIÁRIO OFICIAL, RESPEITANDO-SE A ORIGEM DO CONVÊNID (FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL);

ARTIGO 11º. OS RELATÓRIOS GERENCIAIS E OE ATIVIDADES DA ENTIDADE, DEVERÃO SER ELABORADOS PELA DIRETORIA E ENCAMINHADOS AO ÓRGÃO SUPERVISOR OA EXECUÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO.

ARTIGO 12º. PARA O CUMPRIMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO SERÁ ADOTADO REGULAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE OBRAS, SERVIÇOS E COMPRAS COM EMPREGO OE RECURSOS PÚBLICOS, DEVIDAMENTE APROVADOS POR MAIORIA DE 2/3 DOS MEMBROS DO CONSELHO.

CAPÍTULO IV - DOS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 13º A DIRETORIA DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA, PARA EXERCER SUAS FUNÇÕES COMO ÓRGÃO EXECUTIVO, CONTARÁ COM EQUIPE DE PROFISSIONAIS, RESPONSÁVEIS PELAS ÁREAS A SEGUIR DESCRITAS:

A. SECRETARIA EXECUTIVA: RESPONSÁVEL PELA SECRETARIA DA DIRETORIA, DOS CONSELHOS E DAS COORDENADORIAS, ALÉM DE MANTER OS ARQUIVOS E DOCUMENTOS (ATAS/ASSEMBLÉIAS) ATUALIZADOS.

B. COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA: ORGANIZAÇÃO E MODERNIZAÇÃO ADMINISTRATIVA, APOIO AOS SERVIÇOS GERAIS E DE DOCUMENTAÇÃO E ARQUIVOS; PROCESSOS DE APOIO ÀS ATIVIDADES-FIM;

C. SUPERVISÃO FINANCEIRA: CONTROLE CONTÁBIL E FINANCEIRO DA INSTITUIÇÃO, SUBORDINADA À COORDENAÇÃO AOMINISTRATIVA;

D. ASSESSORIA JURÍDICA: ASSISTÊNCIA JURÍDICA NA ÁREA TRABALHISTA, TRIBUTÁRIA, COMERCIAL, ADMINISTRATIVA, CIVIL E PENAL;

E. SUPERVISÃO DE RECURSOS HUMANOS: RECRUTAMENTO, SELEÇÃO, ADMISSÃO, DISPENSA DE RECURSOS HUMANOS E CONTROLE DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO, SUBORDINADA À COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA;

F. COORDENAÇÃO TÉCNICA: FORMULAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E PLANOS; ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROJETOS E DOS PROGRAMAS; CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE NOVOS PRODUTOS E CONDUTAS; OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS;

G. SUPERVISÃO DE PROGRAMAS: ANÁLISE E CONSOLIDAÇÃO DAS NECESSIDADES DA FORÇA DE TRABALHO; CAPACITAÇÃO, TREINAMENTO, DESENVOLVIMENTO; AQUISIÇÃO E MANUTENÇÃO REGULAR DE RECURSOS DIDÁTICOS E PEDAGÓGICOS; INTEGRAÇÃO DE NOVOS MEMBROS DA FORÇA DE TRABALHO; FOMENTO À PESQUISA E À DIVULGAÇÃO DE MATERIAL TÉCNICO-CIENTÍFICO; APOIO ADMINISTRATIVO, DIDÁTICO E PEDAGÓGICO, SUBORDINADA À COORDENAÇÃO TÉCNICA;

H. SUPERVISÃO DE TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO: IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO; ORIENTAÇÃO SOBRE DEFINIÇÃO, AQUISIÇÃO E MANUTENÇÃO DE INSTRUMENTOS E MEIOS ESPECÍFICOS; COLETA, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS PARA PROVER COMUNICAÇÃO AMPLA E EFICAZ AOS TOMADORES DE DECISÃD DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA; PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS GERENCIAIS; APOIO E SUPORTE AOS USUÁRIOS DOS RECURSOS DE INFORMÁTICA; PROVER ESTRUTURA PARA DIVULGAÇÃO INSTITUCIONAL, SUBORDINADA À COORDENAÇÃO TÉCNICA;

ARTIGO 14º COMPÕEM A COMISSÃO EXECUTIVA: O DIRETOR PRESIDENTE, O COORDENADOR ADMINISTRATIVO, O COORDENADOR TÉCNICO, O SUPERVISOR DE PROGRAMAS E A SECRETARIA EXECUTIVA

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A COMISSÃO EXECUTIVA REUNIR-SE-Á, MENSALMENTE, ANTECEDENDO AS REUNIÕES DA DIRETORIA, CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DO CONSELHO FISCAL COM A FINALIDADE DE AVALIAR OPORTUNIDADES DE MELHORIA IDENTIFICADA NOS PROCESSOS ADMINISTRATIVDS, PREPARAR A PAUTA DAS REUNIÕES E CONTROLAR AS AÇÕES DAS SUPERVISÕES E ASSESSORIAS.

PARÁGRAFO SEGUNOO. A COMISSÃO EXECUTIVA PODERÁ, RESPEITANDO OS OBJETIVOS ESTABELECIDOS PELO ESTATUTO, PROPOR A CRIAÇÃO OU EXTINÇÃO DE PROGRAMAS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA, PARA APROVAÇÃO DA DIRETORIA E DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ARTIGO 1Sº COMPETE AOS MEMBROS DAS COORDENADORIAS E ASSESSORIAS:

1- AO COORDENADOR ADMINISTRATIVO:

1.1-PRATICAR ATOS ADMINISTRATIVOS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA, COORDENANDO SEUS SERVIÇOS E ASSESSORIAS.

1.2- SUPERVISIONAR AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELOS SETORES DE RECURSOS HUMANOS, CONTÁBIL – FINANCEIRO.

1.3- APRESENTAR RELATÓRID DAS ATIVIDADES DA EQUIPE DE APOIO, À DIRETORIA.

1.4- ELABORAR E APRESENTAR DEMONSTRATIVO DE DESPESAS A FIM DE INSTRUIR REPASSES FINANCEIROS NOS CONVÊNIOS VIGENTES.

1.5- MANTER ATUALIZADOS E SOB SUA GUARDA OS LIVROS CONTÁBEIS E ARQUIVOS ADMINISTRATIVOS DA .

1.6- INSTRUIR E DAR PARECERES À DIRETORIA NOS PAPÉIS EM ANDAMENTO, PARA DECISÃO SUPERIOR.

2- AO ASSESSOR JURÍDICO:

2.1- ASSESSORAR E DAR PARECER JURÍDICO A FIM DE INSTRUIR AS DECISÕES DA DIRETORIA, DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DO CONSELHO FISCAL.

2.2- ELABORAR PROPOSTAS, MINUTAS DE CONVÊNIOS, E TEXTOS DE DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS À DIRETORIA, AO CONSELHO E ÀS ASSEMBLÉIAS.

2.3- ACOMPANHAR OS PROCESSOS , EM QUE A **INSTITUTO SOCIAL FIBRA** FOR PARTE INTERESSADA, RÉU OU INTERVENIENTE.

2.4- PROVIDENCIAR REGISTROS DE NOMES, PATENTES, INVENTOS E QUALIFICAÇÕES DO **INSTITUTO SOCIAL FIBRA.**

2.5- PARTICIPAR DAS REUNIÕES DA DIRETORIA, DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E DAS ASSEMBLÉIAS DO **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, QUANDO SOLICITADO;

2.6- EMITIR RELATÓRIOS PARA DIRETORIA ÀS SITUAÇÕES JURÍDICAS DA INSTITUIÇÃO;OS TRABALHOS A SEREM DESEMPENHADOS PELA ASSESSORIA JURÍDICA PODERÃO SER REALIZADOS POR ESCRITÓRIOS ESPECIALIZADOS NOS MAIS DIVERSOS SEGMENTOS.

3- AO SUPERVISOR OE RECURSOS HUMANOS:

3.1-SUBORDINADO AO COORDENADOR ADMINISTRATIVO;

SES
327
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

3.2-CONTROLAR E ADEQUAR O DIMENSIONAMENTO DO QUADRO DE COLABORADORES DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA;

3.3-ELABORAR AS FOLHAS DE PAGAMENTO DOS COLABORADORES DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA

3.4-CONTROLE E MANUTENÇÃD DOS TRIBUTOS;

3.5-PROGRAMAS EDUCATIVOS, DE ATUALIZAÇÃO E APRIMORAMENTO TÉCNICD – PROFISSIONAL DDS FUNCIONÁRIOS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA.

3.6-PROMOVER CURSOS DE CAPACITAÇÃO E ORIENTAÇÃO;

3.7-EMITIR RELATÓRIOS PARA DIRETORIA ÀS SITUAÇÕES DE RH DA INSTITUIÇÃO.

4- AO SUPERVISOR FINANCEIRO:

4.1-SUBORDINADO AO CODRDENADOR ADMINISTRATIVO;

4.2-ELABORAÇÃO DE DEMONSTRATIVD DE DESPESAS E DE RECEITA;

4.3-CONTROLE DA DISPONIBILIDADE FINANCEIRA;

4.4-ELABORAÇÃO DA CONCILIAÇÃO BANCÁRIA;

4.5-CDNTROLE DE TRIBUTOS E OBRIGAÇÕES À PAGAR;

4.6-CONTROLE DE PAGAMENTO À FORNECEDORES DE SERVIÇOS, MATERIAIS, SALÁRID E ORDENADOS;

4.7-ELABORAÇÃO PROCESSUAL DE PRESTAÇÃO DE CONTAS;

4.8-CONTROLE PATRIMDNIAL DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA;

4.9-CONTABILIZAÇÃO DOS ATOS E FATOS CONTÁBEIS;

4.10-APURAÇÃO DO BALANÇO GERAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADD DE EXERCÍCIO;

4.11-ELABORAÇÃO DA PEÇA DRÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO COM A ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO.

5- À COORDENAÇÃO TÉCNICA:

5.1-FORMULAR ESTRATÉGIA E PLANOS;

5.2-ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROJETOS E PROGRAMAS;

5.3-CONCEPÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE NOVOS PRODUTOS E CONDUTAS;

5.4-OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS;

5.5-ELABORAR E PROPOR A PROGRAMAÇÃO ANUAL DA INSTITUIÇÃO;

5.6-ELABORAR PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA ANUAL; COM A COORDENADORIA ADMINISTRATIVA;

5.7-ACOMPANHAR A EXECUÇÃO PROGRAMÁTICA E ORÇAMENTÁRIA E ANUAL, COM A COORDENADORIA ADMINISTRATIVA;

5.8-LEVANTAMENTO DE DADOS E MANUTENÇÃO DE DIFUSÃO DE DADOS ESTATÍSTICOS;

5.9-ELABORAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS PARA CAPTAÇÃO DE RECURSOS E BENEFÍCIOS DA INSTITUIÇÃO;

5.10-COORDENAR A REDE DE INFORMATIZAÇÃO DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA;

5.11-SUPERVISÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS A TERCEIROS;

3712
PROTOCOLO

6- À SECRETARIA EXECUTIVA:

6.1-DAR APOIO ADMINISTRATIVO E INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA AS COORDENAÇÕES E DIRETORIA;

6.2-CONTROLAR ARQUIVOS E PROVER A MANUTENÇÃO DOS MESMOS QUANTO AS ATIVIDADES DA DIRETORIA, CONSELHOS E ASSEMBLÉIAS;

6.3-QUANDO DAS ELEIÇÕES, PROVIDENCIAR URNAS E CÉDULAS PARA ELEIÇÕES CORRELATAS AOS BONS ANDAMENTOS DAS ELEIÇÕES;

6.4-CONTROLAR CORRESPONDÊNCIAS RECEBIDAS E ENVIADAS;

6.5-COORDENAR A SEDE ADMINISTRATIVA NA SUA ORGANIZAÇÃO LIMPEZA E MANUTENÇÃO;

6.6-ADMINISTRAR AS MEDIDAS NECESSÁRIAS À REALIZAÇÃO E COMPLEMENTAÇÕES DAS REUNIÕES PROGRAMADAS NO INSTITUTO SOCIAL FIBRA, INCLUSIVE AS TÉCNICO-CIENTÍFICAS;

6.7-RESPONSABILIZAR-SE PELAS AGENDAS DAS REUNIÕES DOS ÓRGÃOS ADMINISTRATIVOS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA;

6.8-COORDENAR E SUPERVISIONAR AS ATIVIDADES DAS DEMAIS SECRETÁRIAS.

7- A SUPERVISÃO TÉCNICA DE PROGRAMAS:

7.1-ACOMPANHAR, SUPERVISIONAR E ADMINISTRAR RESPECTIVO PROGRAMA;

7.2-ELABORAR E APRESENTAR DEMONSTRATIVO (RELATÓRIO) DOS ATENDIMENTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A DIRETORIA DO **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**;

7.3-ELABORAR E PROPOR PROGRAMAÇÃO DO PRÓXIMO EXERCÍCIO PARA A DIRETORIA DO **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**;

7.4-ACOMPANHAR E ADMINISTRAR AS ATIVIDADES DE ENSINO E EVENTOS DO **INSTITUTO FIBRA**;

PARÁGRAFO ÚNICO. OS COORDENADORES, ASSESSORES E A SECRETÁRIA EXECUTIVA PODERÃO SER DESIGNADOS PARA EXERCER OUTRAS ATIVIDADES, A CRITÉRIO DA DIRETORIA.

ARTIGO 16º. OS ÓRGÃOS ESTATUTÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA DEVERÃO PROGRAMAR AS SUAS REUNIÕES ORDINÁRIAS NA SEGUINTE PERIODICIDADE:

A. **DIRETORIA EXECUTIVA** – MENSAL.

B. **CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO** - QUADRIMESTRAL.

C. **CONSELHO FISCAL** – QUADRIMESTRAL OU EXTRAORDINARIAMENTE

D. **ASSEMBLÉIA GERAL ORDINÁRIA** - ANUALMENTE

PARÁGRAFO 1º. AS AUSÊNCIAS NÃO JUSTIFICADAS ÀS REUNIÕES POR TRÊS VEZES CONSECUTIVAS E CINCO VEZES ALTERNADAS IMPLICARÃO NA DESTITUIÇÃO DO MEMBRO FALTOSO E SUA SUBSTITUIÇÃO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.

PARÁGRAFO 2º. AS REUNIÕES DA DIRETORIA, DOS CONSELHOS SERÃO SECRETARIADAS PELA SECRETÁRIA EXECUTIVA PODENDO CONTAR COM A PRESENÇA DOS COORDENADORES E ASSESSORES DA EQUIPE DE APOIO DE MEMBROS FUNDADORES OU EFETIVOS DESDE QUE PREVIAMENTE SOLICITAOOS.

CAPÍTULO V - DAS ELEIÇÕES E DESIGNAÇÕES PARA OS ÓRGÃOS ESTATUTÁRIOS

ARTIGO 17º. AS ELEIÇÕES PREVISTAS NO ESTATUTO, PARA OS ÓRGÃOS ESTATUTÁRIOS SERÃO REALIZADAS EM ASSEMBLÉIA GERAL, COM PAUTA DIVULGADA COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 10 (DEZ) DIAS.

ARTIGO 18º. AS CHAPAS OU CANDIDATOS DEVERÃO SE INSCREVER COM A ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 48 (QUARENTA E

SES
372
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

desenvolvimento das pessoas, bem como para o alcance dos objetivos da organização, suas vantagens e sua fundamental contribuição para o sucesso pessoal de cada colaborador.

Grande parte dos programas de treinamento objetiva mudar as atitudes reativas e conservadoras das pessoas para atitudes proativas e inovadoras, com o intuito de melhorar o espírito de equipe, a criatividade e a integração. Elencar atividades, treinamentos e atualizações, visando à capacitação profissional implica para os gestores uma análise prévia das peculiaridades da estrutura, traçando um paralelo entre os objetivos do serviço, fragilidades e potencialidades de cada profissional.

A partir de tais critérios é possível determinar quais habilidades e competências devem ser focalizadas no planejamento de um treinamento, que implantado de forma adequada proporcionará vantagens, como: possibilidade de análise das necessidades da unidade e definição de prioridades para cada área de atuação dos colaboradores. Importante ressaltar que os treinamentos não caracterizam somente gastos e despesas, mas um precioso investimento, seja na Organização, como nas pessoas que nela trabalham.

O treinamento não deve ser confundido com a simples realização de cursos que transmitem novas informações. Neste sentido, treinar se traduz em capacitar, o que deve ser encarado como possibilidade de permear meios que levem os colaboradores a atingirem o nível de desempenho desejado pela Organização, por meio de desenvolvimento contínuo dos profissionais. Para isto é necessário uma cultura organizacional favorável e uma gerência comprometida com as mudanças de paradigmas.

Vislumbra-se sempre a potencialidade conferida a partir dos treinamentos, desenvolvimento de novos hábitos, conhecimentos, habilidades e motivação. Atividades como atendimento imediato, rápido e preciso, manipulação de instrumentos e desenvolvimento de técnicas não são atividades estáticas e seus executores, da mesma maneira, vão se transformando para lidar de modo mais adequado possível com estas formas de trabalho.

Percebe-se que treinamento e desenvolvimento de pessoas podem colaborar muito com a produtividade, pois há grande probabilidade de um programa de treinamento interferir na qualidade dos serviços prestados, na segurança dos colaboradores, na diminuição do "retrabalho" e, consequentemente, nos custos operacionais da Organização.

Objetivo

Desenvolver capacidades, habilidades e competências relevantes para o exercício da prática assistencial no Serviço, de forma interdisciplinar e integrada, por meio de diferentes modalidades de treinamento, incluindo a simulação realística.

Metodologia Aplicada (proposta)

- Dinâmicas de grupo;
- Apresentação de vídeos com discussão;
- Realização de cenários clínicos em ambiente realístico;
- Utilização dos Simuladores Reais de Paciente;
- Aulas Teóricas;
- *Debriefing* com os instrutores.

Proposta de Currículo e Objetivos de Aprendizodo

SES 3179 FLS RUBRICA PROTOCOLO

OITO) HORAS, DA RESPECTIVA ASSEMBLÉIA GERAL.

ARTIGO 19º. A VOTAÇÃO NAS ELEIÇÕES DOS ÓRGÃOS ESTATUTÁRIOS DEVERÁ SER NOMINAL, PELOS MEMBROS PRESENTES À ASSEMBLÉIA.

ARTIGO 20º. OS MEMBROS ELEITOS OU INDICADOS PARA O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO NÃO PODERÃO SER PARENTES CONSANGÜÍNEOS OU AFINS ATÉ 3º. GRAU DO GOVERNADOR E SEU VICE, E SECRETÁRIOS DE ESTADO.

ARTIGO 21º. OS MEMBROS DO CONSELHO TÊM MANDATO DE 04 ANOS, ADMITIDA SUA RECONDUÇÃO, COM A ELEIÇÃO DE METADE DE CADA SEGMENTO, A CADA 02 ANOS.

ARTIGO 22º. AS DESIGNAÇÕES E AFASTAMENTOS FEITOS PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E PELA DIRETORIA OEVERÃO SER INFORMADOS E RATIFICADOS, PELOS MEMBROS DA INSTITUTO SOCIAL FIBRA NAS ASSEMBLÉIAS ORDINÁRIAS ANUAIS.

PARÁGRAFO 1º. À SECRETÁRIA EXECUTIVA CABERÁ PROVIDENCIAR TODO MATERIAL NECESSÁRIO PARA O BOM ANDAMENTO DAS REUNIÕES E DAS ELEIÇÕES NAS ASSEMBLÉIAS.

PARÁGRAFO 2º. OS MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DEVERÃO TER SUPLENTES A FIM DE SUBSTITUÍ-LOS NAS REUNIÕES QUANDO HOUVER ALGUM IMPEDIMENTO.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

ARTIGO 23º. AS CONTRATAÇÕES DE OBRAS E SERVIÇOS, BEM COMO AS COMPRAS E ALIENAÇÕES, DEVERÃO OBEDECER AO REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E SERVIÇOS DO INSTITUTO SOCIAL FIBRA, APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO.

ARTIGO 24º. AS JUSTIFICATIVAS DE AUSÊNCIA ÀS ASSEMBLÉIAS, REUNIÕES DOS CARGOS DIRETIVOS E DOS CONSELHOS, DEVERÃO SER FEITAS COM ANTECEDÊNCIA, COMUNICADAS NO INÍCIO DOS TRABALHOS E REGISTRADAS EM ATA.

ARTIGO 25º. AS ABERTURAS DE CONTAS BANCÁRIAS, OS CHEQUES EMITIDOS E AS MOVIMENTAÇÕES FINANCEIRAS DEVERÃO SER ASSINADOS OBRIGATORIAMENTE PELO DIRETOR PRESIDENTE E POR MAIS UM DOS DIRETORES DA ENTIDADE.

LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI

DIRETOR PRESIDENTE

4.1.9 APRESENTAÇÃO DE PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE / CAPACITAÇÃO

Deverá ser estabelecido um Núcleo de Educação Permanente que trabalhará articulado com o RH e demais coordenações do hospital, cabendo a este núcleo o planejamento e a implantação de programas de treinamentos e desenvolvimento de pessoal, estimulando os colaboradores à constante necessidade de aprendizado e crescimento profissional. O NEP deverá desenvolver uma relação de confiança a fim de estimular o desenvolvimento de novas habilidades mantendo a motivação trazida pelos parceiros internos e externos. Colabora, planeja e executa treinamentos, oficinas, palestras.

O desafio da qualidade total em discussões contemporâneas tem levado as organizações a se adaptarem a este novo contexto produtivo, por diferentes caminhos, utilizando para isto metodologias que direcionem para a utilização dos recursos materiais e humanos, objetivando uma adequação plena do serviço prestado pelos colaboradores.

Considerando o contexto ampliado de prestação de serviços em saúde, e os desafios enfrentados pelos profissionais desta área no desempenho de suas funções, destaca-se a importância do treinamento para o

Módulo 1: Acolhimento com classificação de risco

Público alvo: Médicos e Enfermeiros (equipe multidisciplinar)

Objetivos:

- Desenvolver a abordagem clínica centrada no usuário, de forma integral, interdisciplinar e resolutiva;
- Desenvolver um plano de ação adequado em colaboração com o usuário, a partir da informação recolhida na anamnese e no exame físico;
- Desenvolver a relação médico/usuário com respeito pela autonomia deste;
- Desenvolver um plano de ação adequado em colaboração com o usuário, a partir da informação recolhida na anamnese, no exame físico e nos exames complementares;
- Aplicar estratégia de promoção de saúde e prevenção de doença, nos casos de orientação;
- Promover habilidades para priorização dos atendimentos;
- Qualificar a porta de entrada e fluxos da unidade.
-

Curso	Alunos	Carga Horária
Acolhimento com classificação de risco	Maximo de 30	16 horas

Módulo 2: Manuseio das vias aéreas

Público alvo: Médicos

Objetivos:

- Desenvolver capacidades e habilidades relevantes para o manuseio emergencial das vias aéreas;
- Propedêutica de vias aéreas;
- Manuseio das vias aéreas;
- Técnicas não invasivas;
- Técnicas invasivas.

Curso	Alunos	Carga Horária
Manuseio de Vias Aéreas	Maximo de 30	08 horas

Módulo 3: Cardiologia

Público alvo: Médicos e enfermeiros (equipe multidisciplinar)

SES 3776 RS RUBRICA PROTOCOLO

Objetivos:

- Desenvolver capacidades e habilidades para o atendimento da parada cardiopulmonar e demais emergências cardiológicas (intra e extra-hospitalar);
- Interpretação de ECG;
- Suporte básico e avançado à vida;
- Síndrome Coronariana Aguda;
- Arritmias Cardíacas e Síncope;
- Insuficiência Cardíaca Descompensada.

Curso	Alunos	Carga Horária
Situações criticas em Cardiologia	Maximo de 30	16 horas

Módulo 3 A: BLS - Basic Life Support

Público alvo: Técnicos de Enfermagem

Objetivos:

- Capacitar para o reconhecimento de várias situações de emergências potencialmente fatais;
- Capacitar para a realização da Reanimação Cardiopulmonar, com o uso do Desfibrilador Externo Automático;
- Capacitar para a realização de manobras de desobstrução das vias aéreas de modo seguro, oportuno e eficaz.

Observações:

O curso inclui habilidades de resgate de vítimas adultas, lactentes e crianças, em ambientes fora do hospital e intra-hospitalares;

O Curso de SBV para Profissionais de Saúde baseia-se em um vídeo didático e divide-se em diversas lições. Muitas lições seguem o sistema "pratique enquanto assiste", que permite ao aluno assistir ao vídeo enquanto pratica as habilidades em um manequim;

Anatomia e fisiologia do aparelho cardiorrespiratório.

Curso	Alunos	Carga Horária
BLS	Maximo de 30	08 horas

Módulo 4: Emergências Clinicas

Público alvo: Médicos e Enfermeiros (equipe multidisciplinar)

Objetivo:

- Desenvolver capacidades e habilidades relevantes para lidar com as principais emergências clínicas e traumáticas (intra e extra-hospitalar): insuficiência respiratória aguda; síndromes glicêmicas; sepsemias; AVC; tromboembolismo pulmonar; dengue; doenças sexualmente transmissíveis e meningites; emergências psiquiátricas e intoxicações exógenas.

Curso	Alunos	Carga Horária
Emergências clinicas	Maximo de 30	08 horas

Módulo 4 A: Emergências Clinicas

Público alvo: Técnicos de Enfermagem

Objetivos:

- Insuficiência respiratória aguda;
- Sepse;
- AVC;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Dengue;
- Emergências psiquiátricas;
- Intoxicações exógenas.

Curso	Alunos	Carga Horária
Emergências Clinicas	Maximo de 30	08 horas

Módulo 5: ATLS (International Trauma Life Support - Nível Avançado)

Público alvo: Médicos e Enfermeiros (equipe multidisciplinar)

Objetivos:

Capacitar para o atendimento sistematizado nos primeiros dez minutos e durante o transporte de paciente vítima de trauma;

Capacitar para o atendimento inicial ao politrauma no adulto e na criança, com postura profissional adaptada aos tipos de eventos possíveis, no seu contexto real do mundo do trabalho;

Capacitar para a tomada de decisão rápida e eficiente;

Capacitar para o manuseio dos principais equipamentos usados em reanimação, no contexto hospitalar e pré-hospitalar, dando ênfase ao material usado em emergência;

- Capacitar para o manuseio básico das vias aéreas com dispositivos auxiliares: técnicas de ventilação no adulto e na criança; uso de cânulas oro e nasofaríngeas; obstrução de VAS; técnicas de desobstrução com demonstração do material utilizado em VA avançada;
- Capacitar para a confirmação primária e secundária da colocação da via aérea avançada, com identificação de intercorrências relacionadas à intubação (obstrução, pneumotórax, extubação, falha de equipamento, entre outras);
- Capacitar para a interpretação clínica da oximetria de pulso, com ênfase nos problemas comuns na sua leitura;
- Capacitar para as técnicas de monitorização cardíaca;
- Capacitar para as técnicas, indicações e cuidados em imobilizações no trauma;
- Capacitar para exame da vítima: exame primário, secundário e de reavaliação;
- Capacitar para o suporte básico de vida no adulto;
- Capacitar para as condutas no atendimento ao trauma de tórax, cabeça, abdome, coluna, extremidades, queimaduras, traumas no idoso, gestantes e crianças;
- Capacitar para noções de triagem e atendimento a múltiplas vítimas;
- Capacitar para a discussão de casos clínicos, por meio de estações práticas.

Curso	Alunos	Carga Horária
Situações Criticas de Trauma - ATLS	Maximo de 30	16 horas

Módulo 5 A: BTLS - Basic Trauma Life Support

Público alvo: Técnicos de enfermagem.

Objetivos:

Proporcionar manuseio de algumas das principais classes medicamentosas na prática;

Biomecânica do trauma;

Abordagem do politraumatizado;

Demonstração de técnicas;

Choque e reposição volêmica;

Vias aéreas;

Imobilização/extricação;

Trauma raquimedular;

Queimadura;

TCE, trauma torácico e abdominal.

Observação:

Durante o treinamento serão abordados conceitos teóricos sobre farmacocinética e farmacodinâmica dos hipnóticos, opióides, bloqueadores neuromusculares, aminas vasoativas e drogas vasodilatadoras.

Curso	Alunos	Carga Horária
BTLS	Maximo de 30	16 horas

Módulo 6: PALS - Pediatric Advanced Life Support

Público alvo: Médicos e Enfermeiros (equipe multidisciplinar)

Objetivos:

- Contextualização e ensaio clínico por meio de discussão de casos, com ênfase na abordagem pré, trans e pós parada cardiorrespiratória na criança; obstrução e desobstrução das vias aéreas superiores; atendimento inicial ao choque e insuficiência respiratória;
- Importância dos distúrbios do ritmo em pediatria e uso do desfibrilador semi-automático e manual; reconhecimento do choque traumático e cardiogênico; diagnóstico e condução das principais arritmias letais;
- Contexto sistêmico de determinada doença aguda e/ou crônica agudizada na criança, culminando com o despertar para as possibilidades diagnósticas e identificação do melhor tratamento emergencial para cada caso;
- Noção das bases fisiopatológicas dos mecanismos de doenças e saber indicar as possibilidades terapêuticas em cada caso;
- Técnicas básicas e avançadas para acesso emergencial das vias aéreas no RN, lactente e escolar;
- Noções mínimas de farmacologia aplicada às urgências cardiológicas;
- Leitura básica de um eletrocardiograma;
- Mecanismo de trauma: correlação do mesmo com reconhecimento de lesões;
- Acesso básico e avançado das vias aéreas; controle pós-acesso;
- Principais diferenças entre o atendimento do adulto e da criança;
- Toracocentese e pericardiocentese: indicações, técnicas e possíveis evoluções pós-procedimento;
- Sedação e analgesia;
- Principais lesões traumáticas envolvendo risco de vida imediato ou potencial: obstrução de VAS; TCE; pneumotórax hipertensivo; tamponamento cardíaco, contusão miocárdica; hemotórax maciço; hérnia diafragmática traumática; choque no trauma;
- Sedação e analgesia.

Curso	Alunos	Carga Horária

PALS	Maximo de 30	16 horas

Módulo 7: Cuidados ao Paciente Crítico

Público alvo: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

Objetivos:

Desenvolver capacidades e habilidades para reconhecer e tratar as principais condições clínicas no paciente crítico;

Conceitos de monitorização hemodinâmica;

Farmacologia Aplicada ao paciente crítico;

Dor, sedação e delirium;

Suporte Nutricional e suas implicações para o enfermeiro;

Distúrbios hidro-eletrolíticos e ácido-base;

Crises convulsivas;

Hipertensão intracraniana;

Insuficiência Renal Aguda.

Curso	Alunos	Carga Horária
Cuidados ao Paciente Critico – Técnico(a) de Enfermagem	Maximo de 30	16 horas

Curso	Alunos	Carga Horária
Emergências Clinicas -Enfermagem	Maximo de 30	16 horas

Módulo 8: Ventilação Mecânica Básica e Avançada.

Público alvo: Médicos e Enfermeiros (equipe multidisciplinar).

Objetivos:

Compreender os conceitos, as indicações e contra-indicações dos principais métodos de ventilação artificial;

Anatomia e fisiologia do aparelho cardiorrespiratório;

Epóxi e princípios fisiopatológicos;

Princípios básicos de ventilação mecânica;

Modos essenciais de ventilação mecânica;

Ventilação mecânica não invasiva;

Métodos de desmame;

Ventilação mecânica na injúria pulmonar;

Auto-peep e estratégia de recrutamento alveolar.

Custos estimados:

Curso	Alunos	Carga Horária
Ventilação Mecânica Básica e Avançada	Maximo de 30	16 horas

Módulo 9: Farmacologia Aplicada

Público alvo: Enfermeiros e Técnicos de enfermagem.

Proporcionar manuseio de algumas das principais classes medicamentosas na prática;

Hipnóticos;

Opióides;

Bloqueadores neuromusculares;

Aminas vasoativas;

Drogas vasodilatadoras.

Curso	Alunos	Carga Horária
Farmacologia aplicada ao paciente critico – enfermeiros(as)	Maximo de 30	08 horas

Curso	Alunos	Carga Horária
Farmacologia aplicada ao paciente critico – técnicos (as) de enfermagem	Maximo de 30	08 horas

Observação:

Durante o treinamento serão abordados conceitos teóricos sobre farmacocinética e farmacodinâmica dos hipnóticos, opióides, bloqueadores neuromusculares, aminas vasoativas e drogas vasodilatadoras.

Programas de Educação ou Treinamentos voltados para a melhoria de processos ou de caráter preventivo

A área de Educação Continuada deverá promover a capacitação dos seus profissionais na realização dos procedimentos técnicos de enfermagem, com treinamentos de riscos biológicos por área de atuação, bem como os treinamentos de prevenção através da conscientização para o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) nas respectivas atividades de cada área, para todos os segmentos de profissionais de saúde do hospital.

Deverá também realizar os seguintes treinamentos:

- Curso para recém admitidos da área de enfermagem;

- Curso de semiotécnica para todos os enfermeiros, visando a primeira etapa da sistematização da assistência de enfermagem, a fim de definir um padrão assistencial da enfermagem do hospital;

- Cursos de reciclagem de técnicas básicas e especializadas aos profissionais de enfermagem.

O Programa de Qualidade deverá promover:

- uma palestra mensal incentivando a reflexão sobre novas idéias, opiniões e comportamentos, propiciando temas importantes para o desenvolvimento e formação de uma consciência coletiva de qualidade;

- reuniões temáticas, de estudo e conceitos em Administração Hospitalar e Gestão da Qualidade, objetivando o aprendizado da média gerência do hospital sobre Gestão e Melhoria de Processos, e Estatística, com exercícios práticos aplicáveis na área de atuação dos participantes.

O Serviço de Recursos Humanos, através da sua área de Desenvolvimento de Pessoal, deverá atuar em atividades de treinamento, como exemplo:

Atividade: Treinamento– Serviço Social

Tema : Adoecimento/Hospitalização

Objetivo: Oferecer informações e oportunidade para reflexão sobre o significado do adoecimento e da hospitalização nas diversas fases do desenvolvimento humano, reforçando a importância do trabalho do Serviço Social no tratamento do paciente.

População: Assistentes Sociais e Auxiliares Administrativos lotados no Serviço Social, com 12 horas/treinamento/funcionário.

Atividade: Pesquisa Clima Organizacional

Objetivo: Orientação a grupo de voluntáos para desenvolver um trabalho de pesquisa de clima organizacional.

População: voluntários, num total de 12 horas/treinamento.

Atividade: Pesquisa/intervenção - Grupo Convocação - Serviço Social

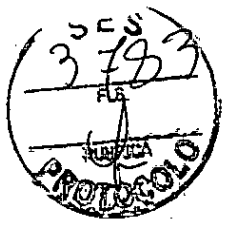
Objetivo: Verificar junto ao grupo os motivos das dificuldades de relacionamento profissional e pessoal, bem como orientar o grupo e a chefia.

População: Grupo de Convocação (04 funcionários + gerente) do Serviço Social, num total de 3 horas/treinamento/funcionário.

Atividade: Treinamento Serviço Social - Pronto Socorro

Objetivo: Realizar um diagnóstico do grupo de trabalho do Serviço Social do Pronto Socorro, estabelecendo perfil do grupo, clima organizacional e possibilidades de intervenção, que visem "fortalecer" o grupo para trabalhar com as condições adversas e típicas do PS.

População: Auxiliares, Assistentes Sociais e Gerente, num total de 12 horas



treinamento/funcionário.

Atividade: Curso de Aperfeiçoamento - Área Administrativa – Unidades de serviço

Objetivo: Promover maior desenvolvimento do grupo de trabalho, através da discussão de temas associados à sua prática, bem como gerar condições facilitadoras para a maior integração grupal e valorização profissional.

População: funcionários da área administrativa das unidadaes de serviço, num total de 08 horas/treinamento/funcionário/encontro.

Atividade: Treinamento Recepção - revisão de processo

Objetivo: Oferecer condições para o desenvolvimento de atitudes profissionais mais adequadas e humanizadas no processo de atendimento ao usuário, bem como preparar o grupo de trabalho para revisão de seus processos.

População: funcionários recepção, num total de 14 horas/treinamento/funcionário.

Atividade: Trocando Experiências

Objetivo: Oportunizar uma troca efetiva de experiências entre várias áreas do hospital, com objetivo de tornar comum possíveis situações de maior dificuldade, bem como soluções alternativas também possíveis.

População: Fórum aberto a todos os funcionários, residentes da FCM, com média de 30 pessoas por encontro.

Período: encontros mensais de 1 hora e 30 minutos cada um.

Atividade: Divisão de Nutrição e Dietética - treinamento corpo técnico (nutricionistas)

Objetivo: Analisar, discutir e implementar um processo a revisão de processos de trabalho.

População: nutricionistas, mais gerente da área, num total de 36 horas/treinamento/funcionário.

4.1.10 REGULAMENTO E MANUAL DE NORMAS E RDTINAS.

NORMAS, ROTINAS E PRDCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CHEFIA DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

- Coordenar e supervisionar o Serviço de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os sistemas de qualidade
- Prever, elaborar e distribuir o quadro da Equipe de Enfermagem, qualitativamente e quantitativamente nas unidades, por turno de trabalho
- Estabelecer o regime de trabalho, visando o melhor atendimento ao paciente e a satisfação do funcionário
- Analisar e avaliar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes
- Valorizar ao máximo o profissional, acreditando em sua capacidade de trabalho e lealdade à instituição
- Visitar diariamente todas as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe e, na medida do possível, visitar pacientes, especialmente os mais graves
- Respeitar a especialidade do profissional, facilitando o exercício de suas atividades

- Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, que deve ser cuidado de forma integral e personalizada
- Convocar e presidir reuniões com a Equipe de Enfermagem
- Participar na elaboração de programas teórico-práticos de Educação Continuada e mensurar os resultados obtidos
- Manter uma inter-relação com os demais serviços do hospital para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente
- Prever materiais e equipamentos necessários ao funcionamento das diversas unidades, junto aos Enfermeiros Encarregados e Supervisores
- Controlar e avaliar o material e o equipamento em uso, solicitando reposição ou conserto quando necessário
- Participar da elaboração do Orçamento do Hospital e controlar os custos de Enfermagem.
- Auxiliar os setores envolvidos com a compra de equipamentos, instrumentais e outros, nos testes de avaliação para emitir parecer técnico
- Avaliar a equipe e permitir que seja avaliada(o) quanto ao desempenho e atuação no serviço
- Participar de pesquisas na área de saúde para publicação de trabalhos ou apresentação em eventos
- Cooperar com as Escolas de Enfermagem e outras instituições educacionais que procuram o hospital como campo de estágio
- Elaborar um planejamento estratégico com objetivos de curto, médio e longo prazos, envolvendo a equipe de enfermagem e cobrando os resultados esperados
- Representar o corpo de enfermagem administrativamente
- Representar a instituição perante o Conselho Regional de Enfermagem
- Participar do processo de seleção e recrutamento do pessoal de Enfermagem
- Efetuar a revisão e análise das Evoluções de Enfermagem

SUPERVISOR DE ENFERMAGEM

- Acompanhar a evolução do serviço e o estado clínico dos pacientes, através do recebimento e da passagem de plantão, nas áreas de sua competência
- Visitar os pacientes internados, inteirando-se de suas necessidades
- Acompanhar as necessidades da Unidade de Emergência, Cirúrgico, Unidade Terapia Intensiva e outras áreas, atendendo às suas solicitações
- Supervisionar assiduidade, pontualidade e disciplina da Equipe de Enfermagem de suas áreas
- Observar postura profissional e apresentação das pessoas no serviço, intervindo quando necessário
- Colaborar no planejamento da escala mensal de trabalho, efetuando remanejamento, quando necessário
- Participar e promover o inter-relacionamento entre as diversas unidades de enfermagem
- Cooperar com a Educação Continuada na realização de suas programações
- Cooperar com a chefia do Serviço de Enfermagem em todos os empreendimentos planejados, sugerindo atualizações e mudanças que julgar convenientes
- Auxiliar os enfermeiros das unidades na resolução dos problemas encontrados
- Avaliar técnicas e rotinas de serviço, ajudando nas suas mudanças e implantação
- Registrar ocorrências e alterações acentuadas no tratamento aos pacientes
- Auxiliar no controle dos custos das unidades
- Executar tarefas afins

ENFERMEIRO ENCARREGADO DE UNIDADE/SETOR

- Dirigir a unidade/setor sob sua responsabilidade, com competência técnica e abrangência científica para atingir o objetivo proposto pelo serviço
- Distribuir a Equipe de Enfermagem para o atendimento individualizado, dentro das condições do paciente e capacidade profissional de cada funcionário

SES
3755
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Avaliar a qualidade do desempenho de seu pessoal
- Participar dos programas de Educação Continuada
- Supervisionar, orientar e promover a educação em serviço, junto ao seu pessoal
- Elaborar plano de assistência de enfermagem para o paciente
- Visitar diariamente os pacientes para inteirar-se de suas necessidades
- Prestar cuidados de enfermagem aos pacientes de alto risco
- Trabalhar em parceria com os profissionais, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e outros
- Manter inter-relacionamento com os demais serviços: lavanderia, limpeza, farmácia e outros
- Acompanhar a visita médica visando a informação, avaliação e estabelecimento de cuidados com os pacientes
- Observar e conscientizar toda a equipe para o uso e observância das precauções universais
- Assistir a passagem do plantão
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina da equipe de enfermagem
- Elaborar escalas de serviço, folgas e férias para a equipe de sua área, dentro das necessidades da instituição e melhor funcionamento das unidades
- Promover reuniões periódicas com a equipe informando-os de mudanças e decisões e mantendo-os atualizados
- Controlar o orçamento e os custos da unidade/setor
- Manter, preservar e controlar todos os equipamentos, instrumentos, instalações, materiais e medicamentos à disposição para atendimento dos pacientes
- Comunicar e cobrar das áreas competentes e responsáveis na eventualidade de manutenção
- Orientar os pacientes e familiares
- Acompanhar as solicitações de exames de rotina, medicamentos e materiais de almoxarifado
- Fornecer dados e/ou elaborar estatísticas para melhorar o controle do serviço
- Cooperar com a chefia do Setor de Enfermagem em todos os empreendimentos planejados, sugerindo atualizações e mudanças que acreditar convenientes
- Observar postura profissional e apresentação das pessoas ao serviço, interferindo quando necessário
- Elaborar planejamento estratégico com objetivos de curto, médio e longo prazos, envolvendo a unidade, definindo os turnos de trabalho, cobrando resultados
- Providenciar para os pacientes, agendamento de exames, encaminhamento ao Cirúrgico ou outra unidade, avaliando o transporte dos mesmos
- Acompanhar o pré e pós operatórios e exames especiais, prestando os cuidados específicos aos pacientes
- Solicitar a presença do médico ou outro profissional, quando a situação do paciente se alterar
- Ministrar medicamentos que exijam controles e cuidados especiais e fazer procedimentos mais complexos
- Orientar a equipe como evitar acidentes de trabalho
- Executar tarefas afins

ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ENFERMEIRO ENCARREGADO DA UTI

- Trabalhar em estreita colaboração com a Chefia da UTI, criando uma cultura interna de parceria no grupo, bem como com as equipes de outras especialidades
- Atender melhor e eficazmente ao paciente, para a recuperação menos traumática e mais tranqüila
- Inteirar-se de todas as necessidades da unidade e conduzi-las com bom senso para chegar ao resultado desejado
- Receber o plantão e após avaliar os pacientes com a equipe, distribuir os cuidados, conforme a capacidade técnica de cada funcionário
- Delegar funções aos profissionais capacitados, tornando-os auto-suficientes no desempenho das suas tarefas

SES 3786 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Fazer a escala diária e mensal, considerando as preferências pessoais para criar maior comprometimento individual
- Trabalhar com a sistematização da assistência, envolvendo os Enfermeiros e Técnicos dos diversos turnos, avaliando os resultados
- Acompanhar o desempenho do(a) Atendente de Enfermagem no cuidado e limpeza do material, equipamentos e aparelhos, bem como observar o funcionamento dos mesmos e solicitar seu conserto quando necessário
- Trabalhar com a Farmácia e Almoxarifado de forma a facilitar o acesso e a chegada dos medicamentos e materiais de consumo, com a rapidez necessária, para o bom andamento do serviço
- Levantar com a equipe as necessidades de atualização e programar com a Educação Continuada a revisão de técnicas e discussão teórica sobre assuntos relacionados ao desenvolvimento da equipe e a melhoria da assistência
- Dar assistência integral aos pacientes sob sua responsabilidade, anotando, passo a passo, as observações no prontuário, realizando a evolução dos mesmos
- Levantar a necessidade de aumento ou reposição de equipamentos e materiais e opinar sobre a marca, modelo e características dos que devem ser adquiridos
- Observar e cobrar com rigor as despesas de internação do paciente em UTI
- Demonstrar o máximo de respeito e imparcialidade a cada membro da equipe para melhor desempenho das suas funções
- Elaborar planejamento estratégico com objetivos de curto, médio e longo prazos, envolvendo as unidades de turnos de trabalho e também cobrando resultados
- As demais atribuições estão descritas nas do Enfermeiro Encarregado de Unidades

ENFERMEIRO ASSISTENCIAL EM UTI

- Cooperar com o Enfermeiro Encarregado da unidade para o bom desempenho do serviço
- Receber e passar plantão, inteirando-se do estado dos pacientes e andamento do serviço da unidade
- Fazer cuidados integrais e acompanhar os pacientes mais dependentes
- Prever e orientar, em casos de isolamento, todos os envolvidos nos cuidados e serviços de apoio como: UAN, Higiene e Manutenção
- Executar cuidados especiais aos pacientes com cateter, drenos, curativos, Swan-ganz, bioimpedância, hemodiálise e outros, como ventilometria e coleta de material para gasometria
- Acompanhar a visita médica, fornecer os resultados dos exames e alterações apresentadas pelos pacientes
- Discutir a dieta com a nutricionista em casos de alterações gastrointestinais e interagir com a fisioterapia quando necessária
- Facilitar o trabalho para os médicos, ajudando-os a praticar a medicina de forma mais eficaz
- Ocupar-se com os acompanhantes e visitantes, os auxiliando e orientando em suas incertezas e angústias
- Contribuir para a redução dos custos, mantendo a qualidade de assistência aos pacientes
- Avaliar o desempenho dos componentes da equipe sob sua responsabilidade
- Elaborar relatórios e dados estatísticos mensais e anuais
- Executar tarefas afins

ENFERMEIROS DO CENTRO CIRÚRGICO

ENFERMEIRO ENCARREGADO DO CENTRO CIRÚRGICO

- Criar um bom entrosamento entre a parte funcional e as demais equipes, que utilizam o Cirúrgico, incentivando um clima operacional de respeito mútuo, criatividade e produtividade
- Iniciar o trabalho operatório visitando as Salas de Cirurgia, de Recuperação Anestésica e o Pré-Operatório
- Dominar as técnicas de assepsia e os novos métodos de esterilização
- Acompanhar o controle de qualidade da Central de Materiais e Esterilização

SES
3787
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Conhecer a capacidade técnica dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e usar o potencial profissional de cada um na execução dos serviços
- Acompanhar o desenrolar dos serviços diários e a fase final de cada paciente atendido na recuperação anestésica
- Participar da escolha dos equipamentos e opinar sobre a qualidade instrumental
- Compreender as equipe médicas como clientes principais dentro da instituição
- Saber avaliar um dia de trabalho
- Elaborar um planejamento estratégico com objetivos de curto, médio e longo prazo envolvendo a unidade em todos os turnos de trabalho e também cobrando resultados
- Demais atribuições estão relacionadas nas do Enfermeiro Encarregado de Unidades

ENFERMEIRO DAS SALAS DE CIRURGIA

- Coordenar e controlar, diariamente, a programação das salas de cirurgia
- Solicitar que os pacientes sejam encaminhados em tempo hábil, para que não haja atraso nas cirurgias
- Verificar se as salas estão devidamente compostas, de acordo com cada especialidade
- Controlar as salas de cirurgia na véspera e remanejar as circulantes, conforme necessidade
- Receber o paciente para a cirurgia, checar jejum, presença de próteses, maquiagem, esmaltes, jóias e outros
- Checar a sala na qual o paciente será operado
- Supervisionar as técnicas de assepsia, uso adequado da paramentação e escovação das mãos
- Receber e acompanhar visitas e estudantes
- Notificar o enfermeiro da Central de Materiais e Esterilização, quando for usado material especial para cirurgia e discutir com ele os cuidados e usos apropriados
- Providenciar a cobrança e reposição de material específico, quando usado
- Conferir fichas de gastos das salas e classificar quanto ao porte e potencial de contaminação, se houver
- Notificar o enfermeiro do Cirúrgico e o da CCIH quanto às patologias e infecções, caso hajam
- Fazer escala mensal de plantão e distribuição diária por área
- Avaliar o serviço burocrático quanto ao lançamento dos gastos na ficha do paciente
- Desempenhar tarefas afins

ENFERMEIRO DA RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA

- Manter o ambiente preparado com material necessário, oxímetro, monitor cardíaco, material para nebulização e outros
- Fazer visita pré-operatória ao paciente em seu quarto, orientando-o sobre cuidados específicos que possam facilitar a cirurgia e tornar sua recuperação menos traumática
- Receber o paciente na Sala de Cirurgia, prestar cuidados integrais, verificar sondas (abertas ou fechadas), drenos, cateteres, drogas de risco como morfina e outros, controlar e anotar alterações
- Avaliar o índice AK e monitorizar o paciente, se necessário
- Solicitar a avaliação e assinatura do anestesista para alta do paciente
- Acompanhar o transporte do paciente para a UTI, sempre que possível e necessário
- Orientar o transporte para as unidades de origem e verificar se isso é feito adequadamente
- Checar o prontuário, verificar se está tudo correto, anexar laudos dos exames de Raios X e outros exames que foram utilizados para o ato operatório
- Orientar e treinar auxiliares ou técnicos para a execução dos serviços, se deles necessitar
- Controlar materiais e equipamentos do setor, mantendo-os em condições de uso
- Comunicar as intercorrências ao Enfermeiro Encarregado e/ou ao Anestesista
- Anotar na folha de gastos e cobrar da equipe os gastos de todo procedimento e materiais usados para o paciente

ENFERMEIRO DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

SES 3789 PROTOCOLO

A unidade da Central de Materiais e Esterilização deve estar estruturada de forma a receber, preparar, esterilizar, guardar e distribuir materiais, instrumental e roupas usados no Cirúrgico, UTI e demais unidades de atendimento ao paciente.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

- Manter o equilíbrio emocional e as atividades operacionais da equipe
- Orientar, treinar e delegar o trabalho à equipe acompanhando diretamente a execução das técnicas
- Observar a limpeza, preparo, esterilização e estocagem do material estéril
- Supervisionar a rotina da manutenção preventiva dos aparelhos de esterilização, fazendo teste microbiológico diariamente de acordo com a rotina pré estabelecida
- Encaminhar os resultados dos testes para a CCIH para análise e modificações, se necessárias
- Providenciar conserto ou substituição do material danificado
- Prover, com antecedência, o material especial solicitado pela equipe cirúrgica
- Receber e conferir o material que está em consignação temporária e/ou permanente, solicitando reposição quando for utilizado
- Manter atualizada a lista do instrumental das caixas de cirurgia, a fim de que se possa reconhecê-las
- Verificar as condições de uso e conservação dos materiais, equipamentos e mobiliário
- Orientar a equipe como evitar acidentes de trabalho, cobrando a utilização de EPI
- Observar e conscientizar toda a equipe para o uso e observância das precauções universais
- Colaborar na formação de programas de educação em serviço, juntamente com a Educação Continuada, supervisionando e avaliando os resultados
- Observar e acompanhar as atividades de recolhimento do instrumental cirúrgico usado, sua limpeza, desinfecção prévia, preparo e encaminhamento para esterilização
- Providenciar junto ao enfermeiro do Cirúrgico medidas de avaliação quando da falta de instrumental ou de sua avaria após serem utilizados em sala de cirurgia
- Acompanhar estagiários e visitantes
- Assistir a programas científicos, cursos e congressos específicos de sua área
- Fazer análise de custo x benefícios sobre as rotinas implantadas e a serem inovadas
- Encaminhar, após conferência, o material a ser re-esterilizado por óxido de etileno e recebê-los em perfeitas condições de uso
- Prever e manter em estoque, para reposição imediata, instrumental e outros materiais
- Cumprir e fazer cumprir os regulamentos e rotinas do serviço e do hospital

ENFERMEIRO DA EDUCAÇÃO CONTINUADA

ATRIBUIÇÕES

- Estabelecer e executar atividades de ensino de enfermagem a níveis formal e informal, desenvolvendo programas de treinamento contínuo de pessoal em serviço
- Diagnosticar as necessidades técnicas básicas e de interesse do pessoal de enfermagem
- Programar e administrar cursos de reciclagem para as equipes de enfermagem dos diversos setores do hospital
- Colaborar com a equipe de enfermagem na elaboração das novas normas e rotinas do serviço de enfermagem e na avaliação das existentes
- Promover, estimular e administrar atividades educativas ao pessoal da enfermagem, visando a eficácia e eficiência da instituição
- Planejar e cooperar com as atividades que visem a valorização do profissional de enfermagem
- Fomentar a postura ética e profissional da equipe de enfermagem, favorecendo a melhoria da assistência de enfermagem dentro da instituição
- Fomentar, participar e coordenar atividades de pesquisa em assuntos da enfermagem

SES
3789
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Participar das comissões que visem melhorar a assistência de enfermagem na instituição
- Prover e manter material didático para as diversas atividades educativas na enfermagem
- Apresentar relatórios semestrais e anuais das atividades realizadas, assim como programas a serem desenvolvidos
- Coordenar e aplicar prova seletiva para recrutamento de pessoal de enfermagem a nível médio e superior
- Participar de atividades com a equipe de enfermagem, favorecendo a motivação, o auto conhecimento, o senso crítico e seu o inter relacionamento
- Coordenar, planejar e escalar grupos de estágios na área de enfermagem, junto às escolas interessadas em utilizar as dependências da instituição

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

ATRIBUIÇÕES

- Receber e admitir os pacientes que chegam ao setor realizando, com a supervisão da enfermeira, neste momento, o histórico da enfermagem
- Cuidar dos pacientes internados no setor
- Supervisionar os cuidados dispensados aos pacientes pelos auxiliares de enfermagem
- Cumprir e fazer cumprir as determinações dos médicos responsáveis pelo tratamento dos pacientes
- Administrar e coordenar a administração pelos auxiliares de enfermagem dos medicamentos prescritos aos pacientes
- Anotar em formulário próprio – Folha de Evolução de Enfermagem – a evolução, os procedimentos e as eventuais intercorrências
- Organizar o setor com as condições necessárias para receber os pacientes
- Manter o setor limpo e arrumado
- Praticar, promover e manter o silêncio no setor
- Realizar os procedimentos determinados pelos médicos
- Confortar e amparar os pacientes
- Tratar os pacientes com zelo, carinho e respeito sempre os chamando pelo nome
- Atender com carinho, atenção e respeito os familiares dos pacientes
- Assistir aos médicos na realização dos cuidados e procedimentos afins
- Anotar em livro próprio todos os fatos ocorridos com o paciente durante sua permanência no setor
- Cuidar com zelo dos equipamentos utilizados no setor para a monitorização e tratamento dos pacientes
- Conduzir os pacientes a outros setores, quando necessário seu deslocamento para a realização de um exame ou procedimento
- Contactar, quando solicitado pelo médico, outros profissionais para pareceres ou procedimentos especializados
- Supervisionar a atuação dos auxiliares de enfermagem na limpeza dos materiais, instrumentos e equipamentos utilizados no setor
- Informar aos médicos as intercorrências observadas com relação ao paciente e ao funcionamento do setor
- Vestir roupa branca e sapatos brancos dentro dos padrões adequados ao ambiente hospitalar
- Auxiliar a enfermeira na solicitação à farmácia, no aprazamento na prescrição médica dos medicamentos prescritos pelo médico
- Montagem e preparo dos equipamentos do setor para sua pronta utilização
- Auxiliar a enfermeira a realizar a conferência diária dos materiais, medicamentos e equipamentos do setor
- Verificar a data, hora e providenciar o preparo (prescrito para os pacientes) para a realização dos exames solicitados e os meios necessários para a sua execução
- Não deixar o setor sem providenciar que outro profissional o substitua
- Obedecer ao seu horário/plantão de trabalho
- Receber o plantão da equipe anterior

SEI 3490 FLS. ROBRICA PROTOCOLO

- Verificar a escala de pacientes feita pelo Supervisor
- Receber o paciente no setor
- Fazer a admissão do paciente em impresso próprio e evolução de enfermagem registrando data, hora, tipo de cirurgia e hora de encaminhamento ao Cirúrgico, bem como verificando se o paciente porta alguma prescrição ou solicitação de pré-operatório
- Avisar ao paciente sobre a necessidade de retirar e guardar no armário objetos pessoais, como: relógios, colares, brincos, próteses, carteiras, celulares, livros, bolsas e etc...
- Encaminhar o paciente ao Cirúrgico, quando solicitado pelo Supervisor do setor, provido dos exames pré-operatórios e prescrição, com a devida admissão
- Receber o paciente do Cirúrgico, observando o estado geral do paciente, drenos e demais observações
- Ler a prescrição do paciente, observando: medicação, horários, dose e via de administração e demais observações
- Verificar e registrar os sinais vitais logo após que aferidos
- Verificar, observar, anotar e avisar o Supervisor sobre as condições do paciente, sendo clínico ou cirúrgico
- Anotar na Evolução de Enfermagem do Paciente as observações, procedimentos executados e material gasto, bem como os procedimentos realizados em seu plantão
- Passar o plantão para a equipe posterior, com informações suficientes para o prosseguimento do serviço
- Comunicar imediatamente ao Supervisor de Plantão qualquer intercorrência
- Atender as solicitações e ordens dos supervisores nos serviços realizados no setor
- Prestar assistência de enfermagem em serviços de proteção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com o plano estabelecido
- Prestar cuidados de conforto e de higiene aos pacientes em estado grave, sob supervisão da enfermeira
- Observar, registrar sinais e sintomas apresentados pelos pacientes
- Realizar procedimentos, como:
  - Lavagem gástrica
  - Lavagem intestinal
  - Irrigação vesical
  - Sondagens (nasogástrica e vesical)
  - Aspiração orotraqueal
  - Verificar sinais vitais
  - Colher material para exames de laboratório
  - Ministrar medicamentos
  - Fazer curativos
  - Oxigenioterapia
  - Nebulização
  - Enteroclisma
  - Aplicação de calor ou frio
  - Prestar cuidados de enfermagem pré e pós operatório
  - Pesar e mensurar o paciente
  - Circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar
  - Realizar procedimentos de desinfecção e esterilização
  - Prestar cuidados de higiene e conforto
  - Auxiliar o paciente a alimentar-se ou alimentá-lo
  - Zelar pela limpeza e ordem dos materiais, equipamentos e da unidade
  - Fazer orientações de alta e pós alta
  - Realizar os procedimentos pós óbito
  - Proceder as anotações de enfermagem
- Executar atividades de apoio, tais como: preparo de ambientes, disposição do material para exames, tratamentos, intervenções cirúrgicas e atendimento obstétrico

3491
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Prevenir e controlar sistematicamente a infecção hospitalar

DIARISTA

- Organizar e zelar pelos Prontuários e Prescrições dos Pacientes
- Registrar as altas, transferências internas e externas e os óbitos ocorridos no setor, no Livro de Registro Clínico
- Solicitar à farmácia, em formulário próprio, os materiais e medicamentos para os pacientes internados, com assinatura e carimbo do profissional responsável
- Receber e conferir os materiais e medicações solicitadas com os que foram entregues pela farmácia, antes de liberá-los para os pacientes
- Prover o setor com os impressos próprios
- Encaminhar ao faturamento as prescrições, bem como toda a documentação do paciente após sua alta hospitalar, transferência ou óbito
- Comunicar, receber e enviar ao setor devido, a prorrogação de internação dos convênios
- Informar ao supervisor os problemas pertinentes à ausência de medicações, ausência de prescrições e demais documentos do prontuário
- Fazer a marcação de cirurgias, em livro próprio, de acordo com a disponibilidade de quartos, registrando dados da cirurgia como: data, horário, nome do paciente com seu telefone, titulo da cirurgia, nome do cirurgião com seu telefone, convênio do paciente, registrando ainda se haverá necessidade de material especial para o procedimento
- Devolver ss medicações e materiais não utilizados, em formulário próprio, para a farmácia que tiveram mudança de medicação, alta hospitalar, transferência e óbito
- Depois de efetuado todo o trabalho burocrático do setor, dar suporte ao pessoal de enfermagem nos cuidados aos pacientes internados
- Comunicar ao supervisor de plantão qualquer intercorrência sucedda na sua ausência
- Atender as solicitações e ordens dos supervisores nos serviços realizados no setor

PESSOAL SEM FORMAÇÃO ESPECÍFICA

ATRIBUIÇÕES DO ATENDENTE DE ENFERMAGEM

- Arrolar, identificar e encaminhar roupas e pertences dos pacientes ao setor específico
- Realizar desinfecção concorrente e terminal
- Auxiliar a equipe de enfermagem no transporte de pacientes de baixo risco
- Preparar macas e cadeiras de rodas
- Limpar e manter em ordem o ambiente de trabalho (posto de enfermagem e expurgo)
- Buscar, receber, conferir, distribuir e/ou guardar o material proveniente da Central de Materiais e Esterilização
- Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa vinda da Lavanderia
- Auxiliar nas rotinas administrativas no serviço de enfermagem
- Encaminhar o material colhido para exames laboratoriais
- Ajudar na preparação do corpo após o óbito

FUNCIONÁRIO DA CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO

A Central de Materiais e Esterilização é o conjunto de elementos destinados à recepção e expurgo, preparo e esterilização, guarda e distribuição do material para as unidades do hospital

As atividades da Central de Materiais e Esterilização são divididas em escalas de serviço, de rotatividade semanal, a seguir descritas:

SES 3792 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Receber dos setores os materiais
- Distribuir o material de consumo para os setores
- Controlar o material permanente existente na Central
- Montar o "rack" para a autoclave
- Colocar teste indicador químico, conforme rotina
- Anotar no livro de controle o resultado do indicador químico usado, antes de liberar o material para consumo
- Encaminhar material e manter abastecida a sala interna do Cirúrgico

Preparo das Bandejas

- Receber e lavar as bandejas de anestesia
- Conferir e preparar as bandejas de anestesia e pequenos procedimentos, conforme rotina
- Embalar e identificar o material
- Colocar fita-teste e encaminhar para esterilização

Curativos

- Receber e conferir as pinças entregues
- Montar pacotes, conforme rotina
- Identificar e colocar fita-teste
- Encaminhar para esterilização

Pacotes

- Receber e inspecionar a integridade das roupas
- Efetuar dobradura, conforme rotina
- Montar pacotes de roupas cirúrgicas
- Identificar, colocar fita-teste e encaminhar para esterilização
- Preparar e identificar material de consumo do hospital
- Montar pacotes de bacias e afastadores cirúrgicos
- Preparar e identificar pacotes de compressas
- Confeccionar e embalar "pomponzinhos", monóculos e drenos

Vias respiratórias

- Receber e observar a integridade dos materiais
- Lavar e secar os materiais
- Proceder a desinfecção de alto nível
- Secar e embalar
- Identificar e selar
- Distribuir o material conforme o número recebido

Vidros

- Lavar e embalar vidros
- Identificar e colocar fita-teste
- Confeccionar tampas de vidros para o Setor de Almotolias
- Encaminhar para esterilização

Roupas

- Receber da lavanderia e conferir a roupa destinada aos médicos e funcionários que atuam no Cirúrgico

SES 3793 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Observar a integridade das roupas
- Dobrar as roupas, conforme rotina
- Montar os pacotes individualizados
- Selar e encaminhar para o armário próprio

ACREDITAÇÃO

ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

NÍVEL 1 – PADRÃO

O responsável pelo serviço tem título de Enfermeiro(a).

Os procedimentos, controles e sinais vitais dos pacientes internados são registrados no prontuário, com intervalo inferior a oito horas, em local destinado às anotações de enfermagem

A distribuição da equipe consta de escala de acordo com a habilitação requerida e ajustada às normas locais

NÍVEL 1 – ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar no serviço de pessoal o registro do titulo do responsável pelo serviço, outorgado pelo Conselho de Enfermagem local
- Verificar a existência de supervisão contínua e sistematizada nas diferentes áreas
- Verificar se na composição da escala está assegurada a cobertura ou a disponibilidade de pessoal durante 24 horas
- Verificar se o número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem é maior do que a do pessoal não habilitado
- Verificar no prontuário a Evolução de Enfermagem, registro de procedimentos relativos à prescrição médica e de enfermagem e controles pertinentes

NÍVEL 2 – PADRÃO

O responsável pelo Serviço de Enfermagem e os supervisores tem título de Enfermeiro e participam da seleção, treinamento e dimensionamento do pessoal, observam as normas, rotinas e procedimentos operacionais escritos, elaboram relatórios e estatísticas para tomada de decisões clínicas, gerenciais e eventuais auditorias internas

Os profissionais de enfermagem, com menos de um ano de serviço no hospital, recebem instruções específicas na instituição

NÍVEL 2 – ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar se todo profissional de enfermagem admitido pelo hospital recebe treinamento teórico e prático ministrado por enfermeiro(a)
- Verificar no serviço de pessoal o registro do título profissional do responsável pelo serviço e demais supervisores
- Observar a forma de participação da enfermagem na seleção, dimensionamento e administração da equipe de enfermagem, feita pela chefia do serviço
- Verificar a relação de profissionais contratados no último ano e questioná-los sobre a capacitação recebida dentro do estabelecimento
- Verificar, em cada posto de enfermagem, a existência de normas e instruções atualizadas sobre procedimentos de rotina do serviço (Manuais de Normas, Rotinas e Procedimentos)

NÍVEL 3 – PADRÃO

SES 3796 RS RUBRICA PROTOCOLO

O programa de trabalho do Serviço de Enfermagem evidencia a adequação de novas tecnologias visando a qualidade da assistência prestada, avaliando continuamente a satisfação do cliente

NÍVEL 3 – ITENS DE VERIFICAÇÃO

- Verificar se o Serviço de Enfermagem faz levantamentos do grau de satisfação do usuário, se investiga as causas de insatisfação e se propõe soluções
- Verificar com o responsável pelo serviço o método de distribuição de tarefas
- Verificar em uma amostra aleatória de 20 (vinte) prontuários, o uso de terminologia adequada nas anotações, registro e controles de sinais vitais e assinatura do responsável
- Verificar na amostra aleatória de prontuários acima referidos e nas unidades de internação, a existência de protocolos, resultados de estudos ou qualquer outro método de avaliação dos processos e resultados
- Verificar se o corpo de enfermagem participa de reuniões clínicas multiprofissionais
- Verificar a participação da enfermagem nas comissões de auditoria/revisão dos prontuários e de controle da infecção hospitalar, entre outras
- Verificar se existem planejamento e organização do atendimento de enfermagem, definidos em normas e rotinas
- Verificar se existem práticas de avaliação dos procedimentos de enfermagem e de seus resultados

ROTINAS ADMINISTRATIVAS RELACIONADAS AO PACIENTE

ADMISSÃO DO PACIENTE NA INTERNAÇÃO

ROTINAS

- Receber o paciente no posto de enfermagem
- Conferir o prontuário quanto ao número do leito e o nome do paciente
- Acompanhar o paciente ao leito

Realizar procedimentos de admissão

Realizar anotação de enfermagem

Verificar exames e procedimentos que necessitam ser realizados

Arrumar o prontuário

Comunicar a Unidade de Nutrição e Alimentação a internação

ADMISSÃO DO PACIENTE NA UTI

NORMAS

A admissão em uma UTI pode ser um acontecimento particularmente traumático

A aparência física da unidade pode impressionar, assustar e intimidar

Pessoas estranhas, com senso de urgência, falam sobre o paciente e raramente com ele

O paciente se sente em uma situação de pouco controle da qual não pode escapar

ROTINAS

- A enfermagem deve proporcionar o máximo de conforto possível ao paciente admitido

SES 3795 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- O paciente pode ser admitido para tratamento clínico, cuidados pré e pós-operatórios e cuidados pós exames hemodinâmicos e cada caso tem seus cuidados específicos
- A equipe de enfermagem deve ser avisada quando o paciente necessitar de equipamentos ou cuidados especiais, anteriores à sua internação, sempre que possível
- A existência de vaga deve ser questionada pela equipe, antes da admissão do paciente
- Quando possível a enfermeira deve conversar com os familiares ou responsáveis dando-lhes orientações de enfermagem e preenchendo o Histórico de Enfermagem
- O box desocupado deve estar constantemente preparado para possíveis internações de emergência
- O paciente e seu responsável devem ser recebidos com cortesia e cordialidade pela equipe de enfermagem

PROCEDIMENTOS

- Montar o box de acordo com as necessidades do paciente
- Verificar com o enfermeiro da unidade solicitante o estado geral do paciente e suas necessidades, repassando-as à equipe de enfermagem da UTI
- Montar prancheta com impressos próprios: ficha de balanço hídrico e evolução de enfermaqem
- Paramentar-se com EPI para receber o paciente
- Transferir o paciente da maca para a cama
- Instalar monitor cardíaco e oximetria de pulso
- Receber o prontuário com as prescrições, exames e pertences do paciente
- Verificar sinais vitais
- Realizar breve exame físico, observando nível de consciência, condições da pele e de higiene, acesso venoso e demais procedimentos
- Efetuar os procedimentos cabíveis para o momento
- Retirar a paramentação e lavar as mãos
- Anotar em livro próprio de admissão de paciente na UTI: nome, data, horário, procedência, médico e assinar com letra legível
- Realizar relatório de enfermagem contendo todas as informações sobre a admissão, exame físico e procedimentos realizados
- Transferir o paciente a UTI através do sistema informatizado

ADMISSÃO DO PACIENTE CLÍNICO E PRÉ-CIRÚRGICO

NORMAS

O paciente e seu acompanhante devem ser recebidos com cortesia e cordialidade pela Equipe de Enfermagem

O paciente e seu acompanhante devem ser informados sobre o horário de visitas, entrada de alimentos, permanência de acompanhantes, visitas médicas e demais rotinas do setor, no ato da admissão

ROTINAS

- Comunicar, imediatamente, ao médico responsável sobre a admissão do paciente
- Registrar a admissão do paciente no livro do setor
- Orientar o acompanhante para trazer os objetos de uso pessoal: escova de dentes, creme dental, chinelo, pente, escova, etc...
- Os pertences do paciente devem ser guardados em saco plástico, identificados e encaminhados ao setor de pertences (recepção) ou entregues ao seu acompanhante
- Certificar-se dos pedidos de exame para marcação, orientação de jejum e demais cuidados
- Certificar-se da dieta prescrita e enviá-la para a Nutricionista
- Se o paciente for pré-cirúrgico, certificar-se do uso de prótese dentária, jóias, esmalte nas unhas e retirá-los
- Conferir a prescrição médica em relação aos cuidados pré-cirúrgicos (tricotomia, lavagem intestinal, etc...)

3796 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Receber os exames complementares (RX, ECG, exames laboratoriais) e acondicioná-los no prontuário do paciente

PROCEOIMENTOS

- Lavar as mãos
- Receber o paciente, chamando-o pelo nome
- Encaminhar o paciente ao seu quarto/enfermaria e mostrar suas dependência, instalações e equipamentos disponíveis
- Apresentar o paciente aos seus companheiros de quarto/enfermaria e auxiliá-lo na troca, se necessário
- Acomodar o paciente e verificar seus sinais vitais, conforme rotina
- Realizar os cuidados pré-operatórios, conforme prescrição médica
- Lavar as mãos
- Proceder o relatório de admissão do paciente: condições em que ele chegou, sinais e sintomas observados, sinais vitais, procedimentos realizados, etc...

AOMISSÃO OO PACIENTE PÓS-CIRÚRGICO, PÓS-ALTA DA UTI

NORMAS

- O paciente e o acompanhante devem ser recebidos com cortesia e cordialidade pela Equipe de Enfermagem
- Os familiares e acompanhante devem ser informados sobre os horários de visitas, entrada de alimentos, permanência de acompanhantes, visitas médicas e demais rotinas do setor, no ato da admissão

ROTINAS

- Comunicar, imediatamente, ao médico responsável sobre a admissão do paciente
- Registrar a admissão do paciente no livro do setor
- Orientar o acompanhante para trazer os objetos de uso pessoal: escova de dente, creme dental, chinelo, toalha, pente, etc...
- Os pertences do paciente devem ser guardados em saco plástico, identificados e entregues ao acompanhante
- A Equipe de Enfermagem do setor deve receber e auxiliar na transferência do paciente para o leito
- A Equipe de Enfermagem do setor recebe o prontuário, exames (RX, ECG, Tomografia, exames de laboratório, etc...) e os pertences do paciente e os acondiciona em seus devidos lugares
- Se o paciente for pré-cirúrgico, certificar-se do uso de prótese dentária, jóias, esmalte e retirá-los
- No paciente de Pós-Operatório, os sinais vitais devem ser verificados na seguinte ordem:
  - no ato da admissão
  - após 30 minutos
  - depois de 1 hora
  - conforme prescrição médica ou rotina o setor (4/4 horas ou 6/6 horas), desde que os mesmos se mantenham estáveis

Oevem ser observados e anotados no relatório de Enfermagem os seguintes ítens:

- as condições em que o paciente chegou (nível de consciência)
- presença de traqueostomia, curativo, drenos, sondas, etc...
- sinais vitais
- dieta prescrita

PROCEOIMENTOS

SCS 3797 R.S. RUBRICA PROTOCOLO

- Lavar as mãos
- Receber o paciente, chamando-o pelo nome
- Encaminhar o paciente ao quarto e mostrar suas dependências
- Apresentar o paciente aos colegas de quarto
- Oferecer a roupa do hospital ao paciente e auxiliá-lo na troca
- Recepcionar e auxiliar na transferência do paciente da maca para o leito
- Instalar frascos de soro e/ou NPT, bolsa coletora de diurese, frascos de SNG e/ou drenos em seus devidos lugares
- Instalar oxigenioterapia e/ou nebulização contínua, conforme prescrição médica
- Observar e avaliar o nível de consciência
- Observar as condições dos curativos, drenos, traqueostomia e presença de sangramentos
- Controlar e anotar débitos de drenos e sondas
- Conferir a prescrição médica em relação aos cuidados pré-cirúrgicos (tricotomia, lavagem instestinal, etc...)
- Certificar-se dos pedidos de exames e tomar as devidas providências: marcação, orientação de jejum e demais cuidados
- Informar à UAN sobre a dieta do paciente
- Proceder à Evolução da Enfermagem.

ALTA HOSPITALAR

NORMAS

O paciente recebe alta quando o médico responsável pelo mesmo, a transcreve e assina no prontuário

O profissional de Enfermagem transporta o paciente, em cadeira de rodas ou maca, até a saída do hospital

ROTINAS

- Chamar a(o) secretária(o) para preencher a Autorização de Saída
- Fazer as orientações de alta (dieta, medicamentos, retorno, etc...) para o paciente, familiares ou acompanhantes
- Certificar-se do registro no setor de Pertences e solicitar a sua devolução

PROCEDIMENTOS

- Auxiliar o paciente a se vestir, se for necessário
- Entregar a Autorização de Saída e os pertences do paciente aos seus familiares
- Registrar a alta do paciente no livro de registro do setor
- Levar ou encaminhar o paciente até a saída do hospital
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, horário e as condições em que o paciente saiu do hospital
- Recolher ao setor a maca ou cadeira de rodas, utilizada para transportar o paciente
- Proceder a desinfecção terminal do leito, conforme rotina

ALTA HOSPITALAR

- Verificar se a alta hospitalar foi prescrita
- Comunicar a alta ao setor de Recepção e Internação
- Orientar o paciente para a alta, fornecendo as receitas (quando houver)
- Aguardar familiar responsável e/ou acompanhante para retirar o paciente
- Acompanhar o paciente e o familiar responsável até a Recepção e Internação
- Realizar fechamento da evolução de enfermagem, constando hora e condições da alta
- Arrumar o prontuário, conforme modelo de organização já implantada

3799
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Protocolar o prontuário, para posterior recolhimento pelo setor de Faturamento
- Comunicar a alta ao Serviço de Limpeza, para higienização do quarto/leito

ALTA DA UTI

NORMAS

A alta será prescrita pelo médico e quando necessário discutida com a enfermeira

O prontuário do paciente permanecerá no setor até ser recolhido pela secretária

ROTINAS

Higienizar o paciente

Organizar seus pertences e encaminhá-los junto com o paciente

Relatar a alta no livro de registro do setor

Proceder à limpeza terminal e organizar a unidade

CUIDAOOS COM O CORPO APÓS ÓBITO

NORMAS

O Óbito deve ser comunicado ao Serviço de Assistência Social do Hospital, em horário comercial nos dias úteis e ao Plantão Administrativo no período noturno e nos finais de semana

Reunir os objetos de uso pessoal do paciente falecido os encaminhando para a Chefia de Enfermagem ou Recepção do Pronto Socorro ou Recepção do Hospital, devidamente relacionados

Registrar o óbito e o horário no sistema informatizado do hospital ou em livro próprio

ROTINAS

- Após encaminhar o corpo ao necrotério/morgue/capela do hospital, o profissional de Enfermagem deve se dirigir ao médico responsável pelo paciente ou ao plantonista, para juntamente com a papeleta do paciente obter o Atestado de Óbito e levá-lo para o setor de origem do paciente
- Quando o Óbito não for constatado pelo médico responsável, ele deve ser imediatamente comunicado sobre o ocorrido
- Nas ocasiões em que ocorreram manobras de ressucitação, devem ser feitas as devidas anotações na Evolução de Enfermagem e os respectivos gastos

PROCEDIMENTOS

- Realizar anotações de enfermagem no prontuário, constando data e hora do óbito e os procedimentos realizados
- Solicitar a Declaração de Óbito
- Chamar o médico plantonista, caso o médico responsável não esteja no setor, para constatar o óbito
- Entregar a Oeclaração de Óbito ao médico para preenchimento, juntamente com o Livro de Registro de Óbitos
- Tirar cópia do Atestado de Óbito e anexá-lo ao Livro de Registro de Óbitos
- Solicitar a presença de familiar ou responsável, caso não esteja presente no momento da intercorrência para o recebimento da notícia do óbito por parte do corpo clínico

3799
FLS.
RUBRICA

- Comunicar o óbito ao setor de Recepção e Hospedagem
- Paramentar-se com EPI
- Desligar todos os equipamentos conectados ao corpo
- Calçar luvas de procedimento
- Retirar sondas, cateteres, drenos, soros, tubos, cânulas, etc...
- Proceder a higiene do corpo, se for necessário
- Forrar uma maca
- Colocar o corpo sobre a maca
- Envolver o corpo com lençol
- Preencher o Aviso de Óbito
- Registrar o Óbito no livro do setor
- Levar o corpo ao necrotério/morgue/capela do hospital juntamente com o impresso de aviso de óbito preenchido e o prontuário do paciente
- Entregar ao Serviço Social o prontuário e o aviso de óbito
- Retornar ao setor
- Recolher e organizar todo o material utilizado
- Realizar a desinfecção terminal do leito, conforme rotina
- Retirar o EPI
- Lavar as mãos

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Quaisquer que sejam os procedimentos adotados, devem ser realizados com dignidade e respeito
- Ao fazer o transporte do corpo, evitar que outros pacientes o vejam
- Sempre que possível, fechar as portas dos quartos
- Em caso de hemorragia digestiva com sangramento exteriorizado por vias aéreas superiores, quando o tamponamento com algodão não for suficiente, poderá ser utilizada atadura gessada

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NORMAS

A Transferência Interna do Paciente é feita mediante solicitação médica

ROTINAS

- Solicitar o leito à Central de Vagas, especificando se é feminino ou masculino, se é limpo ou contaminado
- As transferências para os setores de Pronto Socorro e UTI, são feitas em caráter de urgência, sendo autorizadas pelo enfermeiro responsável do setor e/ou plantonista
- A transferência programada é feita mediante a confirmação do setor, para qual o paciente irá, quando o leito já estiver pronto

PROCEDIMENTOS

- Receber a confirmação de que o leito já está pronto ou a autorização do enfermeiro responsável e/ou plantonista
- Reunir o prontuário, exames, medicamentos e objetos pessoais
- Registrar a transferência do paciente no livro do setor
- Auxiliar na transferência do paciente do leito para a maca ou cadeira de rodas
- Repassar ao colega de enfermagem que está recebendo o paciente sobre o seu estado geral
- Recolher ao setor a maca ou cadeira de rodas utilizada no transporte do paciente
- Proceder a desinfecção terminal do leito ou enfermaria desocupada

3800
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES INTERCLÍNICAS

- Solicitar novo leito para o paciente
- Informar as condições do paciente à enfermeira da unidade solicitada
- Verificar se o novo leito está pronto
- Comunicar a mudança ao setor de Recepção e Internação
- Preparar o paciente
- Separar o prontuário e pertences quando houver
- Comunicar ao familiar responsável a mudança de local do paciente
- Protocolar o Prontuário
- Entregar o prontuário e encaminhar o paciente aos cuidados da nova equipe de enfermagem
- Auxiliar na acomodação do paciente no novo leito
- Providenciar limpeza terminal do leito desocupado

INFORMAÇÃO MÉDICA AOS FAMILIARES

- Orientar os acompanhantes sobre o horário da presença do médico na unidade
- Comunicar ao médico sobre a presença do familiar
- Encaminhar o familiar ao médico
- Prestar esclarecimentos ao familiar, quando solicitado, porém sem informar prognóstico devendo esta informação ser dada somente pelo corpo médico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PNEUMONIA

- Manter vias aéreas pérveas
- Prevenir aspiração
- Tapotagem
- Controlar temperatura e respiração
- Administrar antipirético CPM
- Verificar T
- Verificar freqüência e padrão de respiração
- Verificar presença de batímetro de asa de nariz
- Observar presença de gemência
- Avaliar coloração da pele
- Observar presença de dor torácica e abdominal
- Observar presença de retração intercostal
- Prevenir desidratação
- Hidratação venosa CPM
- Observar sinais de desidratação (turgor, elasticidade)
- Realizar balanço hídrico
- Estimular ingestão de líquido quando possível
- Promover repouso
- Proporcionar ambiente tranqüilo
- Evitar estímulo desnecessário
- Manter repouso no leito (Fowler ou sua preferência)
- Diminuir ansiedade
- Oferecer recreação apropriada
- Manter a presença dos pais (no caso de paciente criança)
- Oferecer cuidados constantes, permanecendo junto à criança
- Promover educação em saúde

SES 3901 Fls. RUBRICA PROTOCOLO

- Aspiração e O2 CPM se necessário

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA LÚPUS

- Administrar corticóides CPM
- Orientar quanto à necessidade de restrição de atividades
- Observar a necessidade de modificação da dieta (hipossódica, hipoproteica)
- Orientar quanto a cuidados com raios solares
- Observar mudanças de comportamentos
- Orientar a família quanto ao quadro da patologia
- Oferecer apoio à família e ao paciente
- Orientar recreação e atividade escolar apropriada, no caso de paciente criança

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE RENAL (Síndrome Nefrótica)

- Prevenir e controlar infecções agudas
- evitar contato com pessoas infectadas
- manter assepsia e limpeza rigorosas
- administrar antibióticos CPM
- verificar sinais vitais e atentar para PA
- Prevenir aumento de edema e avaliá-lo
- controlar dieta
- administrar diurético CPM
- administrar albumina CPM
- restrição hídrica CPM
- pesar diariamente em jejum
- medir circunferência abdominal
- realizar balanço hídrico
- Administrar dieta hiperproteica, hipercalórica e hipossídica
- Orientar repouso, quando necessário
- Oferecer recreação apropriada para a idade
- Prevenir solução de continuidade na pele
- manter cuidados rigorosos com a pele, limpando-a várias vezes ao dia, secando-a bem (pálpebras edemaciadas devem ser limpas com solução salina morna)
- sustentar órgãos edemaciados (suspensórios)
- realizar mudança de decúbito freqüentemente
- estimular movimentação ativa (moderada)
- Oferecer apoio aos pais, demais familiares e acompanhantes
- ouví-los
- ajudá-los a solucionar problemas
- oferecer educação em saúde
- Buscar orientação escolar

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA HIDROCEFALIA

- Avaliar a hidrocefalia
- Medir o perímetro cefálico diariamente
- Observar sinais de hipertensão craniana (irritabilidade, fadiga, cefaléia, náusea, vômito)
- Prevenir úlcera de compressão na cabeça
- Mudança de decúbito a cada 2hs
- Medidas de higiene e cuidados com a pele

SES 3902 RUBRICA PROTOCOLO

- Promover conforto
- Apoiar a cabeça do paciente ao movimentar
- Estimulação
- Higiene geral
- Manter a nutrição e hidratação
- Horários flexíveis de refeições
- Refeições pequenas e freqüentes
- Prevenir complicações pós-operatória
- Manter o paciente em posição horizontal
- Mudança de decúbito, tentando posicioná-lo sobre o lado não operado
- Observar sinais de infecção e hipertensão craniana
- Observar e manter cuidados com dreno e local de cirurgia
- Reduzir a ansiedade de familiares e acompanhantes
- Oferecer apoio
- Explicar procedimentos
- Responder perguntas
- Orientar quanto à assistência pós-hospitalização

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (TCE)

- Observar alterações de comportamento
- Observar presença de tontura, cefaléia, náusea e vômito
- Orientar o acompanhante quanto à:
- sinais relativos ao quadro e às medicações prescritas
- presença constante ao lado do paciente se criança (queda, convulsão)
- possibilidade de quadro tardio
- possibilidade de retardo no desenvolvimento do paciente se criança

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA ISOLAMENTO

- Manter quarto privativo
- Identificar o quarto como sendo de isolamento e o tipo
- Fazer uso de EPI: avental, máscara e luvas
- Lavar as mãos ao entrar e sair do quarto
- Rotular sacos de roupas de cama e do paciente, como [CONTAMINADO], para ser enviado para a lavanderia
- Realizar desinfecção corrente e terminal
- Orientar visitas e restringí-la

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA CATETERISMO CARDÍACO

- Preparar o paciente e a família
- Orientar jejum de 8hs, se menor de 2 anos e de 12hs, se maior de 2 anos
- Verificar sinais vitais e peso
- Orientar quanto ao tempo do procedimento e o retorno à enfermaria ou quarto
- Encaminhar acompanhante e o paciente até a sala do procedimento
- Se em MMII, manter repouso por 24 horas
- Controlar temperatura e pulso
- Observar e realizar curativo com soro fisiológico 0,9% e povidine
- Administrar antibiótico CPM

SES
3907
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM NUTRIÇÃO ENTERAL

- Usar luvas de procedimento durante o manuseio da sonda
- Não utilizar dieta preparada há mais de 24 horas
- Trocar intermediário (1 x ao dia) e frasco (conforme número de refeições)
- Trocar fixação diariamente
- Controlar gotejamento CPM (fluxo contínuo e regular)
- Observar integridade da sonda
- Lavar a sonda com 5ml de SF 0,9%, após cada alimentação
- Observar a ocorrência de distensão abdominal (caso ocorra, fechá-la e lavá-la)
- Posicionar o paciente sentado ou em Fowler durante a administração da dieta e medicamentos
- Verificar eliminações intestinais (freqüência, quantidade, aspecto)
- Conferir a dieta com a prescrição
- Pesar a criança 1 x ao dia, em jejum, observando o crescimento
- Orientar e preparar a criança e a família para o tratamento
- Observar a ocorrência de náuseas, vômitos, cólicas, constipação, diarréia
- Verificar sinais vitais, atentando para T
- Realizar restrição física em crianças que retirem a sonda
- Estimular e treinar os pais para que assumam os cuidados com a alimentação
- Estimular alimentação VO quando possível
- A alimentação deve ser infundida por bomba de infusão, para o controle rigoroso do gotejamento, acompanhando durante a mesma, a aceitação da criança
- Verificar eliminações intestinais (freqüência, quantidade, aspecto)
- Manter a sonda fechada quando não estiver em uso
- Cuidados de Enfermagem

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HIPERTERMIA

NORMAS

- A febre é qualquer elevação anormal da temperatura
- A enfermeira deve realizar um exame físico e verificar a existência de sinais de infecção, atentando-se para lesões de pele, vias aéreas superficiais, condições de incisões cirúrgicas, locais de punções e suspensão de hemoderivados ou NPT caso esteja em curso
- Comunicar ao médico plantonista e relatar qualquer intercorrência
- O excesso de calor ou frio aumenta o consumo de O2 por aumento do metabolismo
- Hipo e Hipertermia trazem sérias conseqüências fisiológicas ao recém-nato como diminuição da FR, apnéia, hipoglicemia, acidose e até falência cardiorespiratória

ROTINAS

- Verificar a temperatura de h/h
- Expor a criança retirando excesso de roupas e cobertores
- Quando possível reduzir a temperatura ambiente
- Estimular a ingestão de líquidos frios, também para evitar desidratação quando possível
- Iniciar aplicação de frio-compressas úmidas ou banho de 15 a 30 minutos, verificando em seguida a temperatura
- Administrar antitérmico CPM
- Checar temperatura do berço aquecido quando em RN, bem como sinais de desidratação
- Atentar para o efeito rebote após a diminuição da temperatura

SES
3304
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Hidratar a pele da criança com hidratante próprio ou óleo de girassol quando submetida a longo tempo de compressas úmidas

APLICAÇÃO DE COMPRESSAS FRIAS

NORMAS

Realizar este procedimento após observação da enfermeira ou do médico

A enfermeira deve monitorizar sinais de lesões de pele durante ou após o uso de compressas frias

ROTINAS

- Iniciar com água fria e, se necessário, diminuir a temperatura gradativamente
- Aplicar as compressas somente até um terço do corpo de cada vez
- Dar preferência pelas regiões das axilas, virPedro Ils, mediastinal e pescoço
- Aplicar compressas frias úmidas por 30 minutos, com intervalos de 15 minutos, evitando assim lesão e/ou necrose tissular
- Verificar a temperatura a cada 30 minutos
- A região axilar a ser verificada a temperatura deve estar seca e sem uso de compressas
- Evitar calafrios e atentar-se para queda brusca de temperatura, pois os tremores causam exaustão da criança
- Trocar a compressa sempre que necessário a fim de manter a temperatura ideal
- Não se deve derramar a água diretamente na criança ou sobre as compressas
- O gelo utilizado deve ser retirado da geladeira de medicações e nela reposto
- Depois de atingida a temperatura adequada, trocar o leito da criança, deixá-la confortável e verificar a temperatura de hora em hora
- Proporcionar privacidade à criança quando necessário
- Se houver sinais de infecção, calçar luvas de procedimento

MATERIAIS

- Bacia ou balde
- Compressas e/ou fraldas
- Água fria e ou gelo/gelóx
- Termômetro
- Biombo, se necessário
- Luvas de Procedimento, se necessário

PROCEDIMENTOS

- Certificar-se da necessidade
- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Comunicar o procedimento, se necessário
- Umedecer as compressas sem deixá-las gotejando
- Aplicar as compressas em locais apropriados por 30 minutos
- Verificar a temperatura após 30 minutos, bem como aspectos da pele
- Esfriar as compressas sempre que necessário
- Recolher o material após alcançada a temperatura adequada
- Deixar o paciente confortável e o leito organizado
- Lavar as mãos

- Relatar na prescrição e comunicar quaisquer intercorrências

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HIPOTERMIA

NORMAS

- A hipotermia é a diminuição anormal da temperatura
- A hipotermia causa vasoconstrição periférica e pulmonar, aumenta o consumo de O2 diminuindo sua oferta aos tecidos
- Em recém-nato pode acarretar acidose metabólica pelo aumento do ácido lático e ocorrer estresse respiratório

ROTINAS

- Certificar-se da temperatura do paciente antes de aplicar medidas terapêuticas
- Proporcionar um isolamento térmico apropriado evitando circulação de ar
- Providenciar materiais para aquecimento
- Manter o paciente confortável, melhorar o bem estar e monitorizar a dor
- Quando possível oferecer líquidos mornos ao paciente
- Informar ao médico e a enfermeira no caso de queda brusca da temperatura para que sejam tomadas as medidas necessárias

APLICAÇÃO DE CALOR

NORMAS

- O calor promove vasodilatação aumentando o fluxo sanguíneo, melhora o aporte de O2 e nutrientes às células reduzindo o desconforto e a dor

ROTINAS

- O calor é potencialmente causa de lesão tecidual quando usado incorretamente
- Crianças apresentam maior suscetibilidade às lesões teciduais
- A temperatura axilar deve ser controlada a cada 30 minutos durante a aplicação de calor
- Relatar ao médico ou a enfermeira quando houver queda brusca de temperatura para
- que sejam tomados os devidos cuidados
- Dar preferência à aplicação de calor seco, pois o calor úmido tem maior probabilidade de causar queimadura e hipóxia tecidual
- O aquecimento deve ser lento pois quando rápido, pode causar uma brusca vasodilatação periférica e conseqüentemente hipotensão, principalmente em recém nato
- Atentar para o efeito rebote após o aumento da temperatura
- A enfermeira deve realizar um exame físico buscando possíveis causas da hipotermia
- Caso o calor seco não produza o efeito desejado, providenciar compressas úmidas quentes ou banho de imersão ou aspersão
- Atentar quanto à elevação rápida da temperatura
- Manter a pele do paciente hidratada

MATERIAIS

- 1 Lençol
- 1 Cobertor
- Foco de Luz
- Termômetro

SES 3906 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Verificar a temperatura axilar
- Cobrir o paciente com lençol e cobertor
- Posicionar o foco de luz sobre o cobertor sem tocá-lo
- Monitorizar a temperatura a cada 30 minutos
- Informar a enfermeira ou médico caso haja persistência da hipotermia
- Descobrir o paciente aos poucos, após obter a temperatura adequada
- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Relatar na prescrição e informar intercorrências

Obs.: Caso haja necessidade de compressas úmidas, seguir a técnica anterior para compressas frias. Apenas adequar a temperatura da água para aproximadamente 36,5O a 40O C, conforme a necessidade.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM SONDA NASOGÁSTRICA PARA ALIMENTAÇÃO

- Usar luvas de procedimento durante o manuseio da sonda
- Observar a reação do paciente à administração
- Orientar o paciente a não tracionar ou remover a sonda
- Verificar as condições da sonda
- Realizar higiene oral e nasal
- Realizar rodízio de fixação
- Posicionar o paciente sentado ou em Fowler durante a administração da dieta e medicamentos
- Verificar se a alimentação está de acordo com a prescrição
- Controlar o gotejamento, mantendo-o constante
- Lavar a sonda com 20ml de AD após infusão de dieta ou medicação
- Manter o paciente em Fowler por 30 minutos após a alimentação
- Verificar eliminações intestinais (freqüência, quantidade e aspecto)
- Manter a sonda fechada, quando não estiver em uso

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM SONDA VESICAL DE DEMORA

- Usar luvas de procedimento durante o manuseio da sonda e do sistema
- Verificar genitália observando presença de secreção, vermelhidão e inchaço
- Manter a bolsa coletora abaixo do nível da bexiga, sem tocar no chão
- Fechar a presPedro II de segurança se tiver que elevar o sistema acima da altura da bexiga
- Evitar tracionar, dobrar e torcer a sonda
- Manter permeabilidade da sonda
- Evitar manuseio desnecessário
- Realizar rodízio da fixação
- Realizar troca do sistema fechado quando necessário (contaminação, vazamento) e controlar o tempo de permanência da sonda
- Esvaziar a bolsa coletora a cada 6 horas ou quando estiver cheia
- Controlar diurese (coloração, aspecto, quantidade, odor)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DE MÉOIA DURAÇÃO

- Conduzir o paciente à sala de procedimento
- Estabelecer um contato acolhedor com o acompanhante e o paciente, explicando o procedimento

SES 350 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Utilizar luvas de procedimento durante a instalação e manipulação do cateter
- Manter técnica asséptica durante instalação e manipulação do cateter
- Verificar presença de dor, inchaço e vermelhidão na área puncionada
- Remover o cateter no caso de infiltração, hematoma, obstrução
- Realizar assepsia das conexões de borracha, com álcool 70% antes de administrar fluídos
- Testar a permeabilidade com 5ml de soro fisiológico 0,9% ou AD antes da infusão
- Infundir medicação conforme o tipo e prescrição
- Observar presença de extravasamento durante a administração da medicação
- Infundir soro fisiológico 0,9% ou AD após administrar medicação
- Trocar curativo quando estiver sujo e úmido
- Substituir intermediário quando estiver obstruído
- Orientar a não tracionar o acesso e não retirá-lo
- Evitar aferir PA no membro puncionado
- Não coletar sangue pelo acesso

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM ACESSO VENOSO CENTRAL

- Verificar condições do cateter
- Verificar no local de inserção, a presença de vermelhidão, secreção, dor, calor
- Observar reação do paciente à administração
- Manter técnica asséptica durante a manipulação
- Verificar permeabilidade do acesso
- Realizar curativo oclusivo com soro fisiológico 0,9% e PVPI tópico nas primeiras 24 horas; aberto após esse intervalo e tipo sanduíche quando estiver contaminado; removendo-o quando estiver sujo e úmido
- Não realizar coleta de sangue pelo acesso
- Infundir medicamento conforme tipo e prescrição
- Substituir intermediário quando estiver obstruído
- Orientar a não coçar, não tracionar, não torcer

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM DRENAGEM PLEURAL COM SELO D'ÁGUA

- Colocar solução asséptica (soro fisiológico 0,9% ou AD) no frasco em torno de 250ml
- Identificar o frasco com data, hora de instalação, nível original da solução e nome de quem preparou o frasco
- Conectar o dreno ao tubo do frasco
- Trocar o frasco coletor pelo menos uma vez ao dia, anotando rigorosamente o volume e aspecto do líquido drenado
- Evitar que o tubo de drenagem forme alças
- Ordenhar o dreno de hora em hora
- Manter frasco abaixo do nível do tórax e pinçar o dreno quando isso não for possível
- Observar presença de respiração rápida e superficial, cianose, queixa de opressão torácica, enfisema subcutâneo, sintomas de hemorragia
- Administrar analgésico CPM
- Trocar curativo de dois em dois dias ou sempre que houver secreção
- Retirar o dreno quando indicado, passar solução anti-séptica no orifício de inserção do dreno, cortar os pontos de fixação com lâmina, clampear o dreno, retirar em um só movimento, realizar curativo compressivo
- Orientar a família sobre o procedimento e os cuidados, respondendo suas perguntas e dando apoio frente aos problemas apresentados

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM INALOTERAPIA

- Preparar o material necessário de forma asséptica
- Identificar o material com etiqueta: data e horário de instalação
- Conectar o fluxômetro adequadamente, testando o fluxo de O2 ou ar comprimido
- Colocar o paciente em uma posição confortável, sentado ou em Fowler
- Orientar o paciente e acompanhante sobre o procedimento
- Orientar, quando possível, que o paciente inspire lenta e profundamente com os lábios entreabertos
- Secar a máscara com gaze, recolocá-la na embalagem e mantê-la na cabeceira do paciente previamente identificado na máscara
- Trocar nebulizador a cada 24 horas
- Observar reação do paciente e secreções eliminadas

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA PÓS-OPERATÓRIO

- Orientar o paciente a praticar exercícios de respiração diafragmática, pelo menos a cada 2 horas, realizando inspiração máxima de 3/5 segundos
- Incentivar o paciente que deambule o quanto antes o que facilitará a expansão da parede torácica e que estimulará a freqüência respiratória
- Orientar o paciente quanto à mudança de decúbito para favorecer a expansão pulmonar e para facilitar o movimento do diafragma
- Incentivar o paciente a praticar exercícios de tossir de 2/2 horas
- Incentivar o paciente a realizar exercícios com as pernas de hora/hora, de acordo com as suas limitações
- Incentivar o paciente a deambular precocemente de acordo com a gravidade da intervenção e com seu estado
- Administrar/verificar a medicação anticoagulante CPM
- Assegurar a administração de líquidos, seja por via oral ou intravenosa
- Orientar o paciente a estabelecer uma progressão lenta na ingestão de alimentos
- Estimular o paciente a deambular e realizar exercícios para retorno de peristaltismo
- Verificar se ocorreu distensão vesical

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE CARDIOPATIA

- Verificar e registrar sinais FC, FR, PA e T
- Observar e avaliar colorações (peri-labial, leito ungueal); pulsos (apical e periférico), respiração e pressão arterial
- Observar o estado geral, atentando para diminuição de peso, ingesta alimentar e intolerância às atividades
- Ajustar as atividades físicas à condição e capacidade do paciente
- Administrar medicamentos prescritos, atentando para diluição, para prevenir ototoxicidade e nefrotoxicidade
- Evitar expor o paciente a extremos de temperatura ambiente
- Manter jejum, para a realização de exames solicitados e a cirurgia
- Estimular repouso e sono
- Reduzir a ansiedade do paciente, auxiliando-o para que se mantenha calmo
- Alimentar o paciente lentamente, oferecendo porções pequenas e mais freqüentes
- Diminuir a ansiedade do paciente, respondendo-lhe as perguntas, através do apoio adequado
- Orientar o paciente no tempo e lugar e explicar-lhe a natureza dos equipamentos e procedimentos

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FOTOTERAPIA

- Utilizar um berço com fototerapia composto de lâmpadas azuis e brancas

3809
FLS.

- Manter as lâmpadas à 45 cm do recém nato
- Colocar máscara sobre os olhos do recém nato com cobertura opaca prevenindo danos às retinas
- Certificar-se que os olhos do recém nato estejam fechados ao colocar a máscara para evitar lesões oculares
- Assegurar que a máscara esteja justa o suficiente para ficar no lugar mas não apertada impedindo a circulação ou pressionando os globos oculares
- Manter a máscara sempre limpa para evitar infecções
- Remover a máscara quando estiver fora da fototerapia
- Manter o recém nato despido, com genitais cobertos com fraldas, coletando urina e fezes, deixando a superfície da pele exposta à luz
- Observar sinais de pressão causada pela cobertura dos olhos e genitais
- Mudar o recém nato de posição a cada 2 horas aliviando as articulações e permitindo exposição de toda a superfície do corpo
- Desligar as lâmpadas por 2 a 5 minutos pelo menos a cada 8 horas, para aliviar os olhos quanto há presença de irritação ou vermelhidão
- Monitorar a quantidade, consistência e freqüência das fezes
- Limpar as nádegas do recém nato a cada evacuação, mantendo a integridade da pele, pois a bilirrubina aumenta a mobilidade gástrica, resultando em fezes amolecidas que podem causar lesões e ruptura da pele e até desidratação
- Aumentar a ingestão hídrica (aleitamento materno), controlando eliminações, prevenindo a desidratação

ROTINAS RELACIONADAS À HIGIENE DO PACIENTE

HIGIENE CORPORAL

A higiene é a ciência da saúde e sua preservação.

A boa higiene significa as medidas que uma pessoa observa, a fim de manter a pele e anexos, os dentes e a boca limpos e em boas condições.

ROTINAS

- Banho de Leito
- Banho de Aspersão: chuveiro
- Banho de Imersão: banheira

FINALIDADES

- Limpeza e conservação da integridade cutânea, mediante a retirada de gordura e partículas visíveis da pele
- Conforto do paciente
- Estímulo à circulação
- Preservação da integridade da pele e mucosas
- Prevenção de infecções
- Prevenção de lesão em tecidos subjacentes
- Relaxamento muscular e exercício físico

RESPONSABILIDADE

- Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem

HIGIENE ORAL

NORMAS

3910
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- O profissional de Enfermagem executa a higiene oral do paciente totalmente dependente
- O procedimento é realizado, no mínimo, uma vez por período

Finalidades:

- proporcionar conforto ao paciente
- prevenir infecções na boca
- efetuar a limpeza e conservação dos dentes
- combater infecções já instaladas
- contribuir para a melhor aceitação dos alimentos
- evitar que haja odor desagradável na boca
- evitar a cárie dentária

ROTINAS

- Em pacientes que são independentes, porém, por algum motivo estão acamados, o profissional de Enfermagem apenas fornece o material necessário, para que ele execute a sua higiene oral
- Se não houver contra indicação, o paciente é colocado em posição fowler no leito
- Para paciente parcialmente dependente, o profissional de Enfermagem o auxilia a realizar sua higiene oral

MATERIAIS

- Copo com água
- Gaze ou algodão
- Espátula
- Fita adesiva
- Cubra rim
- Solução dentifrícia
- Escova para dentes, espátula
- Solução anti-séptica bucal
- Pano limpo
- Vaselina
- Luvas de procedimentos

PROCEDIMENTOS – PACIENTE PARCIALMENTE DEPENDENTE

- Lavar as mãos
- Separar todo o material e colocá-lo na mesa auxiliar
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Calçar as luvas de procedimento
- Colocar a cuba rim junto à maxila do paciente
- Colocar o pano limpo sob o queixo do paciente
- Molhar a escova e colocar creme dental –ou- molhar a espátula na solução dentifrícia diluída no copo com água
- Auxiliar o paciente na escovação ou limpeza da cavidade bucal
- Limpar os dentes com movimentos circulares das gengivas para as bordas, tomando cuidado de alcançar os molares, com espátulas ou pinças envoltas em gaze em solução anti-séptica bucal
- Limpar a língua com outra gaze, tendo cuidado de não provocar vômitos
- Certificar-se que todos os dentes estão limpos e que não existam resíduos ou crostas
- Oferecer água para o paciente bochechar e cuba rim próximo a sua boca para receber a água usada
- Oferecer água para o paciente bochechar e cuba rim para despejar a água usada
- Enxaguar a escova na cuba rim, com o restante da água

SES 3811 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Secar ou ajudar o paciente a secar a boca
- Lubrificar os lábios do paciente com vaselina
- Recolher o material e guardar o que pertence ao paciente
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário, procedimento realizado e eventuais intercorrências

PROCEDIMENTOS – PACIENTE TOTALMENTE DEPENDENTE OU INCONSCIENTE

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou em posição fowler –ou- apenas lateralizar a cabeça (paciente inconsciente)
- Colocar o pano limpo sob o queixo do paciente
- Calçar luvas
- Montar a espátula com gaze e umedecê-la com solução dentifrícia, diluída no copo com água
- Agastar as bochechas do paciente com a mão não dominante e iniciar a limpeza
- Limpar os dentes, gengiva, palato e língua, trocando as gazes quantas vezes for necessário e desprezá-las na cuba rim
- Oferecer água para o paciente bochechar, se o mesmo puder colaborar –ou- enxaguar com gaze umedecida com água
- Secar a boca do paciente com pano limpo
- Lubrificar os lábios do paciente com vaselina
- Recolher o material
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado e intercorrências

OBS.: Em pacientes neurológicos, que apresentem contratura de mandíbula, é recomendável que se utilize pinça no lugar da espátula, podendo ser pinça Kelly do pacote de curativos

BANHO DE ASPERSÃO

ROTINAS

- Se o paciente é independente ou parcialmente dependente e estiver em condições, ele deve ser encaminhado ao banheiro, com auxílio ou não, podendo também fazer uso da cadeira de banho
- Em caso do paciente ser parcialmente dependente, o profissional de Enfermagem o auxilia a se lavar, enxugar e se vestir
- Em se tratando de paciente independente, o profissional de Enfermagem fornecer o material necessário, para que o mesmo realize sua higiene corporal

BANHO NO LEITO

NORMAS

O banho no leito é realizado mediante avaliação e orientação

A privacidade do paciente deve ser preservada

ROTINAS

- O profissional de Enfermagem aproveita o momento do banho para avaliar as condições da pele do paciente, sua mobilidade e força muscular e também proporcionar massagem para ativar a circulação e conforto

3912
R.S.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Se houverem curativos a serem trocados, realizá-los após o banho

MATERIAIS

- Biombo
- Jarro com água
- Bacias
- Luvas de procedimento
- Soro fisiológico
- Comadre
- Hamper
- Roupas para o leito e para o paciente:
- 02 lençóis para forrar a cama
- fronhas
- 01 lençol para traçado
- 01 impermeável
- toalhas de banho e de rosto
- 01 cobertor, se necessário
- 01 lençol para fraldão ou fralda descartável, se o paciente tiver incontinência
- 01 blusa
- 01 calção, se o paciente não tiver incontinência
- Sabonete
- Desodorante e creme hidratante (se o paciente os tiver)

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o biombo
- Fechar janelas e/ou desligar ar condicionado
- Colocar água morna na bacia, diluindo o sabão líquido
- Calçar as luvas de procedimento
- Soltar lençóis da cama
- Retirar a roupa do paciente, mantendo-o coberto com o lençol de cima
- Forrar o travesseiro com a toalha
- Limpar os olhos do canto interno para o externo, trocando os lado do pano, utilizando soro fisiológico
- Limpar a cavidade nasal com cotonete e soro fisiológico e auricular com soro fisiológico
- Lavar, enxaguar e enxugar a face e o pescoço
- Lavar, enxaguar e enxugar o braço, que está mais afastado de quem está trabalhando, na direção da mão para a axila e cobri-lo
- Repetir o processo com o outro braço
- Expor a região do tórax e abdome, lavar, enxaguar e enxugar com movimentos circulares e cobri-la
- Lavar, enxaguar e enxugar a perna, que está mais afastada de quem está trabalhando e cobri-la
- Repetir os passos com a outra perna
- Colocar o pé do paciente, que está mais afastado, dentro da bacia e firmá-lo
- Lavar, enxaguar e retirá-lo da bacia e enxugá-lo
- Repetir os passos com o outro pé
- Proceder a higiene intima, desprezando o pano no hamper

SES
3913
RUBRICA
PROTOCOLO

- Colocar o paciente em decúbito lateral direito, esquerdo ou ventral, ou pedir ao paciente, se ele puder colaborar
- Lavar, enxaguar e enxugar a região dorsal, posterior do pescoço, lombar e glútea, com movimentos circulares
- Fazer massagem para ativação da circulação e aplicação do creme hidratante
- Colocar o paciente em decúbito dorsal
- Colocar a comadre
- Orientá-lo para que faça a higiene íntima, quando possível e/ou auxiliá-lo
- Retirar a comadre
- Oferecer água limpa, para que o paciente lave as mãos
- Arrumar a cama, trocando toda roupa de cama
- Forrar o travesseiro
- Vestir o paciente e passar desodorante ou creme hidratante, se ele os tiver
- Pentear o cabelo do paciente
- Levar todo o material utilizado para o expurgo, providenciando sua limpeza com solução desinfetante
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, condições observadas da pele, queixas do paciente, etc...

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Atenção com a temperatura da água (36O a 40O)
- Evitar expor desnecessariamente o paciente
- Colocar a roupa de cama suja dentro do saco descartável e encaminhar o hamper para o expurgo
- Atenção com as unhas: cortá-las e limpá-las, sempre que necessário
- Observar as condições do couro cabeludo e dos cabelos, utilizando xampu, se necessário
- Observar sinais de condições físicas anormais, isto é, pele seca, boca seca, hipertermias e disfunção muscular, etc...
- Este procedimento deverá ser realizado de 24/24 horas ou sempre que necessário, de acordo com a prescrição de enfermagem
- Para pacientes que colaboram com o profissional de Enfermagem oferecer o material, para que eles façam a sua higiene intima e a seguir a bacia e o sabonete para lavar as mãos
- Para pacientes inconscientes ou totalmente dependentes, o ideal é que o banho seja realizado por duas pessoas
- A água deve ser trocada quantas vezes for necessário

HIGIENE INTIMA

NORMAS

- O procedimento é realizado durante o banho no leito ou quando houver necessidade
- A privacidade do paciente deve ser preservada

Finalidades:

- prevenir infecções
- preparar o paciente para exames e tratamentos
- combater infecções já instaladas
- conforto e limpeza da genitália

MATERIAIS

- Bacia ou jarra com água morna

PROTOCOLO

- Cuba rim
- Comadre ou compadre
- Lençóis (para forrar a cama, traçado e fraldão)
- Sabonete líquido ou sólido
- Panos limpos
- Luvas de procedimentos
- Impermeável forrado
- Toalha de banho
- Falda descartável (se o paciente tiver)
- Fita adesiva
- Biombo
- Hamper

PROCEDIMENTOS – HIGIENE INTIMA FEMININA

- Lavar as mãos
- Reunir o material, dispondo-o sobre a mesa auxiliar
- Explicar a paciente o que vai ser feito
- Colocar o biombo
- Calçar luvas de procedimentos
- Diluir o sabão com água
- Retirar a roupa da paciente
- Retirar o excesso de fezes com o próprio fraldão, antes de iniciar o procedimento (se o paciente tiver incontinência fecal)
- Colocar a comadre e deixar a paciente com as pernas flexionadas e afastadas
- Colocar um lençol sobre a região abdominal e deixar a bacia do lado em que se está trabalhando
- Iniciar a limpeza com pano umedecido e ensaboado, da raiz da coxa para a região pubiana, do lado mais afastado para o mais próximo
- Prosseguir com a limpeza dos grandes e pequenos lábios, com movimentos únicos, de frente para trás, dobrando para dentro as partes utilizadas do pano
- Despejar água sobre a região pubiana, enxaguando com auxílio de um pano
- Lavar a região anal, com pano úmido e ensaboado dobrado para dentro ou partes dos panos utilizados, com movimentos únicos de frente para trás,
- Enxaguar com auxílio de um pano
- Enxugar a região genital e retirar a comadre
- Enxugar a região anal
- Proceder as trocas das roupas da cama e do paciente
- Esvaziar a comadre no vaso sanitário
- Recolher o material
- Tirar as luvas
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, anormalidades observadas, características das eliminações, etc...

PROCEDIMENTOS – HIGIENE INTIMA MASCULINA

- Lavar as mãos
- Reunir o material, dispondo-o sobre a mesa auxiliar
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Colocar o biombo

SES
3314
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Calçar luvas
- Retirar o excesso de fezes com o próprio fraldão, antes de iniciar o procedimento (se o paciente tiver incontinência fecal)
- Colocar o compadre e deixar o paciente com as pernas afastadas
- Cobrir as pernas do paciente com lençol e expor a região genital
- Iniciar a limpeza pela região pubiana com pano umedecido e ensaboado, com movimentos de cima para baixo, alcançando o escroto
- Ensaboar o corpo do pênis, expor a glande e limpar com movimentos circulares, na direção do meato para fora
- Despejar água sobre a região pubiana e sobre o pênis, recolocar o prepúcio em sua posição normal
- Ensaboar a parte posterior do escroto e região anal, com movimento unidirecionados, dobrando para dentro as partes utilizadas do pano
- Enxaguar a região, despejando água sobre a mesma
- Enxugar com um pano limpo, a região pubiana, o pênis e o escroto
- Retirar o compadre e enxugar a região anal
- Proceder as trocas das roupas da cama e do paciente
- Esvaziar o compadre no vaso sanitário
- Recolher o material
- Tirar as luvas
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, anormalidades observadas, características das eliminações, etc...
- OBSERVAÇÕES
- Pode-se utilizar um frasco de soro, limpo e vazio, cortado ao meio para realizar o enxágüe no procedimento
- Deve-se evitar expor o paciente, durante a realização do procedimento
- Este procedimento deverá ser realizado pelo próprio paciente, se estiver em condições

ROTINAS RELACIONADAS À HIGIENE DA ENFERMAGEM

LAVAGEM SIMPLES DAS MÃOS

NORMAS

- A lavagem das mãos é obrigatória antes e depois da realização de qualquer procedimento

ROTINAS

- A lavagem das mãos deve ser realizada:
- ao se iniciar e terminar o turno de trabalho
- após o uso do toalete
- após assoar o nariz
- antes e imediatamente após o contato direto com o paciente
- antes do preparo de medicações
- quanto tiver sujeira visível nas mãos

MATERIAIS

- Água corrente
- Sabão líquido

PROCEDIMENTOS

3996
FLS
PROTOCOLO

- Abrir a torneira com a mão dominante
- Molhar as mãos sem encostar na pia
- Ensaboar as mãos friccionando-as por 15/30 segundos, obedecendo a seguinre seqüência:
- palma das mãos
- dorso das mãos
- espaços interdigitais
- polegar
- articulações
- unhas e extremidades dos dedos
- punhos
- enxaguar as mãos, retirando totalmente o resíduo do sabão
- enxugar com papel toalha
- fechar a torneira utilizando o papel toalha

CALÇAR LUVAS

NORMAS

- A luva estéril é utilizada em procedimentos invasivos como: sondagem vesical, passagem de intracath, punção abdominal e lombar, drenagem torácica e intubação traqueal

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Abrir o pacote de luvas e retirar o pacote interno, dobrado em forma de envelope
- Colocar o pacote sobre superfície lisa e seca
- Erguer a dobra do envelope do lado esquerdo, com a mão esquerda e apanhar a luva pelo punho, com os dedos polegar e indicador da mão direita
- Introduzir a mão esquerda dentro da luva, com os dedos unidos e a palma da mão voltada para cima, até o punho, sem contaminar
- Levantar a dobra do envelope do lado direito, com a mão direita, introduzir os dedos indicador, médio, anular e mínimo da mão esquerda e erguê-la
- Introduzir a mão direita dentro da luva, com os dedos unidos e a palma da mão voltada para cima, até o punho, sem contaminar
- Ajustar a luva firmemente, utilizando uma das mãos para ajeitar a outra

RETIRAR AS LUVAS

PROCEOIMENTOS

- Segurar a luva da mão direita pelo punho e com a mão esquerda retirá-la de modo que ela fique do avesso
- Continuar segurando a luva da mão direita e introduzir os dedos indicador e médio da mão direita por dentro da luva da mão esquerda
- Retirar a luva, virando-a pelo avesso, de modo que fique uma luva dentro da outra
- Desprezar as luvas no saco de lixo do carrinho de curativo
- Verificação dos Sinais Vitais

AFERIÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Obtenção de parâmetros vitais do paciente, através da observação, tato e aparelhos, que irão registrar valores normais e anormais.

SES
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

FINALIDADES

- Obter dados sobre o estado do paciente, auxiliando no esclarecimento do diagnóstico e do tratamento
- Regular a atividade do paciente de acordo com sua capacidade física e mental

RESPONSABILIDADE

- Equipe de Enfermagem

MATERIAIS

- Almotolia com álcool a 70%
- Recipiente com bolas de algodão
- Termômetro
- Relógio com ponteiro de segundos
- Manguito e efignomanômetro
- Estetoscópio

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente e solicitar sua colaboração
- Deixar o paciente confortável no leito ou cadeira
- Retirar o termômetro do recipiente, limpá-lo com uma bola de algodão embebida em álcool a 70%
- Enxugar a axila do paciente
- Colocar o termômetro no côncavo axilar do paciente, mantendo-o com o braço encostado ao tórax com a mão tocando o ombro do lado oposto, deixando o termômetro durante 3 minutos, registrando a temperatura
- Colocar os dedos médio e indicador sobre uma artéria superficial do paciente, comprimindo-a levemente, contar os batimentos durante 1 minuto, anotando o resultado. Caso necessário, registrar a tensão e o ritmo.
- Contar os movimentos respiratórios durante 1 minuto, enquanto o termômetro está sob a axila, registrar o número de incursões, caso necessário registrar a coloração das extremidades dos lábios e o estado geral do paciente
- Apoiar o braço do paciente e verificar a pressão arterial, ao nível do coração
- Colocar o manguito e ajustá-lo acima do cotovelo
- Colocar o estetoscópio sobre a artéria braquial na prega do cotovelo e colocar o manômetro em posição de leitura
- Fechar a válvula de ar e insuflar o manguito
- Observar no manômetro o ponto em que se ouve o primeiro som que é o batido pré-sistólico, para após se ouvir um som claro e regular, é o som sistólico, que será anotado como tensão máxima
- Observar a mudança definida do som, onde o som claro passa para um som surdo, é a tensão
- Retirar o manguito do braço do paciente
- Deixar o paciente confortável
- Guardar o material
- Lavar as mãos
- Comunicar a enfermeira qualquer alteração no padrão de normalidade
- Registrar os parâmetros obtidos no prontuário do paciente

PRESSÃO ARTERIAL

SES
3919
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

O fluxo sangüíneo vindo do coração, através de um elaborado sistema de vasos, encontra uma resistência a qual requer determinada tensão para vencer.

FATORES DETERMINANTES

- A tensão arterial é a resultante de dois fatores principais:
- a quantidade de sangue que o coração descarrega no sistema arterial, na unidade de tempo (volume/minuto)
- resistência oposta ao fluxo sangüíneo em sua passagem, através das artérias para os capilares e veias (resistência periférica)

FATORES QUE MODIFICAM A TENSÃO ARTERIAL

- Fisiológicos: idade, sexo, exercício, emoções, digestão e a posição do corpo
- Patológicos: perturbações no aparelho circulatório, esclerose, drogas, toxinas, choque, hemorragias, febre, etc...

PRESSÃO ARTERIAL NORMAL

- Máxima ou sistólica: varia entre 110 a 140 mmHg
- Mínima ou diastólica: varia entre 60 a 80 mmHg

FREQÜÊNCIA OE VERIFICAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

Será determinada pelo plano assistencial de enfermagem, dependendo do estado do paciente. Porém, como rotina geral do serviço, deverá ser verificado de 6/6hs (no mínimo). Em casos específicos, como por exemplo: pós-operatórios imediatos, paciente em uso de medicações que alterem os sinais vitais, eles poderão ser verificados até de 15/15 minutos (dopamina, dobutamina, xilocaína, nipride, estreptoquinase, etc...)

NORMAS

Aguardar 1 minuto, caso seja necessário repetir o procedimento

ROTINAS

- Verificar a pressão arterial de 6/6hs ou conforme prescrição médica

MATERIAIS

- Bandeja contendo:
- Esfigmomanômetro
- Estetoscópio
- Algodão
- Álcool a 70%

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Levar o material à unidade do paciente
- Explicar o procedimento ao paciente
- Deixar o paciente sentado ou deitado
- Limpar as olivas e diafragma do estetoscópio, com álcool a 70%
- Expor o braço do paciente, evitando compressão no local
- Colocar o manguito ao redor do braço do paciente, ajustando 4 dedos acima das pregas do cotovelo

3819
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Localizar com os dedos a artéria braquial na dobra do cotovelo
- Colocar o estetoscópio no ouvido
- Segurar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria
- Fechar a válvula da pêra de borracha
- Insuflar o ar do manguito até o desaparecimento de todos os sons
- Abrir a válvula vagarosamente
- Observar no manômetro a descida gradual do ponteiro e quando auscultar o primeiro ruído, este indicará o número correspondente à pressão sistólica (máxima)
- Manter a válvula aberta e observar no manômetro o ponto em que o som ouvido foi o último, sendo que este indicará a pressão diastólica (mínima)
- Abrir totalmente a válvula da pêra de borracha e deixar sair todo o ar do manguito
- Retirar o estetoscópio
- Retirar o manguito do braço do paciente
- Limpar as olivas do estetoscópio com algodão embebido em álcool à 70%
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, horário, valor obtido e o respectivo gasto

PULSO

É a ondulação exercida pela expansão das artérias seguindo a contração do coração.

O pulso é um dos mais convenientes métodos de informações da condição do paciente.

LOCAIS ONDE PODE SER VERIFICADO

Artérias, radial, temporal, carótida, braquial, femoral e pediosa

PONTOS A OBSERVAR

Freqüência, regularidade, volume

FATORES QUE AFETAM O PULSO NORMAL

- Fisiológicos: Aceleram – emoções, digestão, exercícios
  Diminuem – choque e colapsos
- Patológicos: Aceleram – febre e doenças agudas
  Diminuem – choque e colapsos

NORMAS

- Não usar o polegar para verificar o pulso
- Não verificar o pulso após exercícios físicos

ROTINAS

- Verificar o pulso de 6/6hs ou segundo a prescrição médica
- Comunicar as anormalidades ao enfermeiro e/ou ao médico
- Verificar o pulso nas artérias temporal, radial, femural e carótida
- Colocar o paciente sentado ou deitado

MATERIAIS

- Relógio com ponteiro de segundos

SES 3920 R.S. RUBRICA PROTOCOLO

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito
- Colocar o paciente em posição confortável
- Colocar os dedos indicador, médio ou anular juntos sobre a artéria, fazendo uma leve pressão sobre a mesma
- Sentir a pulsação e iniciar a contagem do número de batimentos por 1 minuto
- Observar o ritmo e volume da respiração
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem a data, horário, valor obtido e se houve alguma anormalidade

RESPIRAÇÃO

Consiste na inspiração ou entrada de ar nos pulmões e na expiração ou saída de ar dos pulmões. É a troca de gases entre o organismo e o meio exterior e consiste na absorção do oxigênio e eliminação do gás carbônico.

PONTOS A OBSERVAR

- Freqüência e seus valores

CARÁTER DA RESPIRAÇÃO

- Profunda, superficial, estertorosa, ofegante

TIPOS

- Eupnéia, dispnéia, bradipnéia, taquipnéia, apnéia, otropnéia, Cheyne Stokes

FATORES QUE AFETAM A RESPIRAÇÃO

- Fisiológicos: Aceleram – emoções, exercícios e banhos frios

  Diminuem – banho quente e sono

- Patológicos: Aceleram – infecções respiratórias, DPOC, pneumonia, doenças nervosas e Cardíacas, afecções cerebrais, aumento de tensão intracraniana

  Diminuem – coma diabético-urêmico, drogas deprimentes

RDTINAS

- Verificar a freqüência respiratória de 6/6hs ou conforme prescrição médica
- Comunicar as anormalidades ao enfermeiro ou ao médico
- Colocar o paciente sentado ou deitado

MATERIAL

- Relógio com ponteiro de segundos

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Simular a verificação do pulso e observar os movimentos do tórax ou abdome
- Contar durante 1 minuto os movimentos de inspiração e expiração

SES
3921
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Observar o ritmo, profundidade e freqüência da respiração durante 1 minuto
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem a data, horário, valor obtido e se houver anormalidade

TEMPERATURA

É o nível de calor que chega a um determinado corpo.

FATORES QUE ALTERAM A TEMPERATURA

Fisiológicos:

Depende do local em que é verificado e estes podem ser:

Bucal . . . . . 36,2OC a 37OC

Retal . . . . . 36,4OC a 37.2OC

Axilar . . . . . 36OC a 36,8OC

Depende da hora em que é verificada, mais baixa durante a manhã e mais alta à noite

Patológicos

Aumentam: processos inflamatórios, infecções, doenças neurológicas, doenças cardícas, etc...

Diminuem: drogas deprimentes do SNC, choque, depressão mental, etc...

VARIAÇÕES ANORMAIS DE TEMPERATURA

- Hipotermia . . . . . abaixo de 36OC
- Estado febril . . . . . de 37,5OC a 38OC
- Febre . . . . . de 38OC a 39OC
- Pirexia . . . . . de 39OC a 40OC
- Hiperpirexia . . . . . de 40OC a 41OC

ROTINAS

- Verificar a temperatura do paciente de 6/6hs ou conforme prescrição médica
- Comunicar as anormalidades ao enfermeiro ou ao médico
- Colocar o paciente sentado ou deitado

MATERIAIS

- 1 termômetro clínico
- bolas de algodão
- álcool a 70%
- bandeja/cuba-rim

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Levar o material até a unidade do paciente
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito

3922
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%
- Enxaguar o termômetro com algodão seco
- Reduzir a coluna de mercúrio do termômetro a 35O C
- Enxugar a axila do paciente com a própria roupa, sem friccioná-la
- Colocar o bulbo do termômetro no ponto central da concavidade axilar com a pele
- Flexionar o antebraço do paciente e apoiá-lo sobre o tórax
- Deixar o termômetro no local, durante 3 minutos
- Retirar o termômetro, segurando-o pela haste
- Proceder a leitura
- Limpar o termômetro com algodão embebido em álcool a 70%
- Reorganizar o material
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem a data, horário, valor obtido e respectivo gasto

SISTEMA CARDIOVASCULAR

PUNÇÃO VENOSA PROFUNDA

É a introdução de um cateter, em uma veia profunda (subclávia ou jugular) através de uma punção.

FINALIDADES

- Via de acesso para cateteres de monitorização hemodinâmica
- Administração de drogas injetáveis em grande quantidade, por longo tempo
- Via de acesso para suporte nutricional parenteral

RESPONSABILIDADE

- Médico e equipe de enfermagem auxiliando no procedimento e nos cuidados de manutenção da via

MATERIAIS

- Agulhas 30 x 08
- Agulhas 40 x 12
- Almotolias de álcool iodado – 1%, PVPI tópico, éter
- Bandeja de subclávia
- Campos estéreis
- Capote
- Cateter de subclávia
- Conexão com 4 vias, para infusão
- Equipo simples
- Escova de PVPI degermante
- Fio de sutura, não absorvível, agulhado
- Gaze
- Gorro
- Luvas estéreis
- Máscara
- Micropore
- Seringas de 10 ml
- Seringas de 20 ml
- Solução glicosada ou fisiológica 250ml
- Tricotgomizador
- Xilocaína 2% sem vasoconstrictor

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Separar o material a ser utilizado, preparando o frasco de solução, enchendo o equipo e extensão, encaminhando-os à unidade do paciente
- Orientar, de forma clara, o acompanhante e o paciente sobre o procedimento a ser realizado
- Encaminhar o paciente à sala de procedimento
- Colocá-lo em posição de Trendelenburg, com um coxim sob a cintura escapular no sentido longitudinal com a cabeça virada para o lado oposto da punção
- Fazer tricotomia, se necessário
- Proceder a degermação do local da punção com a escova de PVPI degermante, na região intraclavicular até o pavilhão auricular superior e até o externo medialmente
- Fornecer o material solicitado pelo médico, auxiliando no procedimento
- Manter o local limpo e seco
- Organizar o ambiente encaminhando o material ao expurgo, dispensando cuidados necessários
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento executado e intercorrências no prontuário do paciente
- Encaminhar solicitação de Raio X de controle

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Deverá ser mantida observação constante em relação a permeabilidade do cateter
- Caso ocorra obstrução, deverá ser usada uma seringa de 1 ml com água destilada para aspiração do trombo
- O curativo oclusivo será necessário devido ao grande risco de tração do mesmo

PUNÇÃO VENOSA COM SCALP

NORMAS

- Puncionar a veia, quando prescrito pelo médico
- A troca do scalp deve ser feita a cada 72 horas

ROTINAS

- Puncionar outra veia do paciente sempre que houver edema, flebite ou obstrução do vaso que está sendo utilizado
- Após a punção venosa anotar no relatório e checar o soro, colocando data, horário e assinatura
- Nos casos em que o paciente apresentar fragilidade de pele, deverá ser colocado um tecido entre a pele e o garrote
- Oesprezar o material descartável utilizado em recipiente próprio
- O material perfuro cortante deve ser desprezado em recipiente rígido e com tampa
- O restante do material deverá ser desprezado no saco de lixo do carrinho de curativo

MATERIAIS

- Bandeja contendo:
- 1 scalp
- esparadrapo
- garrote
- gazes
- bolas de algodão embebido em álcool a 70%
- soro montado com equipo

3924
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 par de luvas de procedimento não estéril
- tala, se necessário

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material e levá-lo para junto do paciente
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Rasgar o esparadrapo nos tamanhos desejados
- Retirar o scalp da embalagem, conectá-lo ao equipo do soro e preenchê-lo com a solução
- Calçar as luvas
- Observar detalhadamente e escolher o local e a veia apropriada
- Garrotear cerca de 10cm acima do local escolhido
- Pedir ao paciente para fechar e abrir a mão algumas vezes, conservando-a fechada
- Procurar sentir a veia com as pontas dos dedos
- Fazer a anti-sepsia do local com álcool
- Desprezar o algodão na bandeja
- Retirar a proteção do scalp
- Esticar a pele e introduzir a agulha na veia com o bisel voltado para cima, observando o refluxo sangüíneo
- Soltar o garrote
- Abrir o soro lentamente
- Repetir todo o procedimento, caso não consiga sucesso na punção
- Retirar as luvas
- Fixar o scalp com o esparadrapo, utilizando a tala se necessário
- Controlar o gotejamento, conforme a prescrição
- Organizar o material
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem o procedimento feito e o material gasto

PUNÇÃO VENOSA COM CATETER PERIFÉRICO

É a introdução de uma agulha ou cateter em uma veia periférica,

FINALIDADES

- Administrar drogas injetáveis
- Obtenção de amostras sangüíneas para exames laboratoriais
- Administrar hemoderivados

NORMAS

- Puncionar a veia quando prescrito pelo médico
- A troca de cateter venoso periférico deve ser feita a cada 72 horas

ROTINAS

- Puncionar outra veia do paciente sempre que houver edema, flebite ou obstrução do vaso que está sendo utilizado
- Após a punção venosa anotar na Evolução de Enfermagem e checar o soro, colocando data, horário e assinatura
- Nos casos em que o paciente apresentar fragilidade da pele, deverá ser colocado um tecido entre a pele e o garrote

SES
3425
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Desprezar o material descartável utilizado em recipiente próprio
- O material perfuro cortante deve ser desprezado em recipiente rígido e com tampa
- O restante do material deverá ser desprezado no saco de lixo do carrinho de curativo
- Trocar o curativo quando estiver úmido, sujo, despregado ou quando for necessária a inspeção no local da inserção

MATERIAIS

- Algodão
- Almotolia com álcool a 70%
- Bandeja
- Cateter/scalps
- Conexão com 4 vias para infusão
- Equipo de soro
- Esparadrapo/micropore
- Frasco com solução prescrita
- garrote
- luva de procedimento
- relógio com ponteiro de segundos
- seringa
- tala
- toalha ou compressa
- tricotomizador

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Separar o material na sala de procedimentos, preparar a solução a ser administrada, conectando e enchendo o equipo e extensão
- Orientar de forma clara o paciente e seu acompanhante sobre o procedimento a ser realizado
- Encaminhar o paciente para a sala de procedimentos
- Rasgar o esparadrapo nos tamanhos desejados
- Calçar as luvas
- Observar detalhadamente e escolher o local e a veia apropriada
- Realizar tricotomia do local, se necessário, colocar o membro sobre a toalha
- Garrotear o membro escolhido, cerca de 10cm acima do local escolhido
- Pedir ao paciente para fechar e abrir a mão algumas vezes, conservando-a fechada
- Procurar sentir a veia com as pontas dos dedos
- Retirar o cateter da embalagem
- Fazer a anti-sepsia do local com algodão embebido em álcool 70% com movimentos no mesmo sentido, por três vezes
- Desprezar o algodão na bandeja
- Tracionar a pele, limitando a área de punção
- Introduzir o cateter lateralmente na veia, até iniciar o refluxo sangüíneo
- Retirar o mandril aos poucos e terminar de introduzir o cateter
- Soltar o garrote
- Conectar o equipo e abrir o soro lentamente
- Fazer fixação temporária
- Repetir todo o procedimento, caso não consiga sucesso na punção
- Retirar as luvas
- Fixar o cateter com esparadrapo, utilizado a tala se necessário
- Controlar o gotejamento, conforme a prescrição

SES 3396 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Retornar o paciente à unidade de internação
- Deixar o paciente confortável
- Organizar o material
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem o procedimento feito e o material gasto

OBSERVAÇÕES GERAIS

- locais de preferência para coleta de sangue e administração de pequena quantidade de medicamentos são: mediana basílica, cefálica, basílica (na prega do cotovelo)
- locais de preferência para instalação de infusão contínua: veia radial, cubital, veias do dorso da mão e as supracitadas, acima da prega do cotovelo
- somente utilizar uma única vez o cateter a cada tentativa de punção
- desprezar material perfuro cortante em local determinado
- trocar sistema (equipo de soro e conexão) a cada 24 horas
- efetuar observação constante do local de punção, quanto a edema, hematoma, calor, rubor, ponto de necrose e, na sua ausência de anormalidade, retirar imediatamente
- efetuar observação criteriosa do gotejamento prescrito, segundo escala de nível/hora
- identificar frasco de soro com rótulos específicos e assinatura do responsável
- tempo de permanência da punção no mesmo local, onde não apresenta anormalidades no máximo 72 horas
- evitar punção em MMII, pois podem causar trombose venosa
- em caso de administração de medicamento venoso freqüente, sem necessariamente infusão contínua associada, instalar cateter heparinizado, cujo tempo de permanência será de 72 horas
- antes de proceder a administração de medicamento por esta via, deverá ser aspirado o conteúdo do interior da extensão do cateter e após a introdução do medicamento, recolocar nova solução previamente heparinizada
- utilizar suporte de soro que não limite os movimentos
- solução heparinizada
- fórmula: 0,1 de heparina 5.000UI/ml + 9,9 ml de água destilada ou 0,2 de heparina 5.000UI/ml + 9,8 ml de água destilada
- utilizar extensão para aumentar comprimento do equipo
- observar se o paciente é portador de alguma alergia a esparadrapo, micropore, transporte, etc...
- bomba de infusão
- filtro bacteriológico de solução endovenosa
- orientar o paciente/acompanhante quanto à importância de:
- não tracionar o cateter
- não deitar sobre o membro puncionado
- não alterar o gotejamento de infusão
- não fechar a roldana do equipo durante banho ou transporte para exames, mudança de leito/enfermaria
- não manipular ou retirar a fixação
- não soltar a contensão dos MMSS quando fizer uso
- informar quanto a presença de dor

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CATETERISMO VENOSO CENTRAL

ROTINAS

- O profissional de enfermagem auxilia o médico durante todo o procedimento
- Após o procedimento, o paciente é encaminhado para RX de controle do local da ponta do cateter
- Devem ser feitas as anotações na Evolução de Enfermagem e os respectivos gastos

3917
FLS.
PROTOCOLO

MATERIAIS

- Bandeja de intracath contendo:
- 1 pinça de antissepsia
- 1 pinça dente de ratoi 14 cm
- 1 porta-agulha Mayo Hegar
- 1 tesoura Metzenbaun
- 1 avental
- 1 máscara
- 1 gorro
- 2 campos
- 1 seringa de vidro de 10ml
- 5 unidades de gaze

PROCEDIMENTOS

- Providenciar todo o material necessário e levá-lo à unidade do paciente
- Colocar o paciente em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada para o oposto onde vai ser inserido o cateter
- Auxiliar o médico a se paramentar (avental, máscara, gorro e luvas)
- Oferecer solução anti séptica
- Oferecer ampola de xilocaína para o médico aspirá-la
- Após a punção, testar o refluxo sangüíneo, abaixando o frasco do soro até que retorne sangue
- Realizar o curativo
- Recolher o material e recompor a unidade
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem e o material gasto

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL

NORMAS

- O curativo do cateter venoso central deverá ser feito seguindo técnica asséptica e ser trocado a cada 24 horas
- No caso de deslocamento do cateter, nunca reintroduzi-lo

ROTINAS

- Realizar curativo e deixá-lo aberto, salvo exceções
- Serão consideradas exceções:
- o paciente que apresentar lesões de pelo próximos ao catéter
- o paciente ser traqueostomizado e, nestes casos, o curativo deverá ser mantido ocluído com gaze e esparadrapo
- Observar e anotar as condições da pele e/ou presença de secreção no local da inserção
- Na presença de sinais de infecção (hiperemia no local, secreção purulenta, febre) o cateter deve ser retirado e a ponta enviada para cultura

CURATIVO DE CATETER VENDSO CENTRAL ABERTO

MATERIAL

- 1 carrinho de curativo contendo:
- 1 pacote de curativo

3823
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 frasco de soro fisiológico
- Solução de PVPI tópico
- Balde forrado com saco de lixo

PRDCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica
- Montar a pinça Kelly com gaze
- Umedecer a gaze com soro fisiológico
- Proceder a limpeza do local da inserção do cateter, da placa protetora do cateter e da região ao redor do cateter, utilizando uma gaze para cada
- Secar o local de inserção do cateter e placa protetora do cateter com uma gaze, e a região ao redor do cateter com outra gaze
- Aplicar PVPI tópico seguindo a ordem do item 7
- Retirar o excesso da solução, seguindo a ordem do item 8
- Lavar as mãos
- Recolher o material e recompor a unidade
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento feito e o aspecto do curativo
- Anotar os gastos em impresso padronizado

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL DCLUSIVO

MATERIAIS

- Um carrinho de curativo contendo:
- 1 pacote de curativo
- 1 frasco de soro fisiológico
- Solução de PVPI tópico
- 1 pacote de gazes
- Esparadrapo
- Benzina
- Balde forrado com saco de lixo

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Abrir o pacote de curativo, com técnica asséptica
- Montar pinça Kelly com gaze
- Umedecer a gaze com benzina
- Retirar o curativo anterior, abrindo o esparadrapo no sentido da placa protetora para o canhão da agulha do cateter
- Desprezar a primeira pinça do pacote, na borda do campo estéril
- Montar a 2A pinça Kelly com gaze
- Umedecer a gaze com soro fisiológico
- Proceder a limpeza do local da inserção do cateter, da placa protetora do catéter e da região ao redor do cateter, utilizando uma gaze para cada

SES 3829 RS FLS 4 PROTOCOLO

- Secar o local de inserção do cateter e placa protetora do cateter com uma gaze e a região ao redor do cateter com outra gaze
- Aplicar PVPI tópico segundo a ordem do item 11
- Retirar o excesso da solução com gaze, seguindo a ordem do item 12
- Retirar as marcas do esparadrapo com benzina
- Colocar uma gaze dobrada ao meio, de cada lado da inserção do cateter
- Ocluir o local com esparadrapo
- Fixar a placa protetora com duas tiras de esparadrapo
- Lavar as mãos
- Recolher o material e recompor a unidade
- Anotar na Evolução da Enfermagem o procedimento feito e o aspecto do curativo
- Anotar os gastos em impresso padronizado

PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

- É a pressão existente nas grandes veias de retorno ao coração direito (cava superior e inferior). Mede a relação entre o volume e a capacidade da bomba cardíaca em impulsionar o sangue para o corpo.
- É determinada, colocando-se um cateter nos sistemas venosos centrais adaptado a uma coluna de água.

FINALIDADES

- É um dado valoroso, que juntamente com outros vai ajudar ao diagnóstico e tratamento dos diversos tipos de choque. É utilizada também para controlar o volume de infusão, quando se faz necessário administrar líquidos ou sangue em grandes quantidades ou com muita rapidez.

RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem (instalação e aferição)

NORMAS

- Verificar a PVC conforme prescrição médica
- Trocar o sistema (equipo de PVC e soro) a cada 48 horas

MATERIAIS

- 1 equipo de PVC
- 1 frasco de soro fisiológico 0,9% - 250ml
- 1 régua de nível
- esparadrapo
- 1 dispositivo de 2 ou 4 vias para infusão parenteral ou 1 torneirinha de 3 vias
- suporte de soro

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material e encaminhá-lo à unidade do paciente
- Lavar as mãos
- Orientar, de forma clara, o acompanhante e o paciente sobre o procedimento que irá ser realizado
- Encaminhar o paciente para a sala de procedimentos
- Posicionar o paciente em decúbito horizontal com a cabeceira e pés a 00 sem travesseiro
- Marcar a linha média axilar ou externo
- Posicionar a régua-nível nesta marca e marcar a altura junto ao suporte de soro

- Colocar a fita centimetrada, fixando-a com esparadrapo no suporte, de modo que o ponto zero coincida com a marca no suporte
- 9. Fixar o equipo com esparadrapo junto à fita, partindo do ponto zero
- Conectar o equipo ao cateter, adaptando um three-way entre eles
- Verificar se a coluna líquida está repleta e se não estiver, completá-la interrompendo o fluxo para o paciente, abrindo a pinça da coluna centimetrada
- Abrir three-way para o circuito de PVC e observar o rebaixamento e oscilações do líquido na coluna
- Abrir a pinça (extremidade superior), clampear o ramo central do frasco de soro e observar a descida da coluna líquida. A PVC será lida quando a oscilação se establizar em um ponto, sendo considerado o valor mais baixo da oscilação
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem e respectivos gastos

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Valores normais da PVC axilar variam de 6 a 12cm H2O
- Movimentos característicos da coluna de água, quando o cateter está corretamente posicionado no sistema venoso:
  - inicialmente a queda é rápida
  - oscilações simples, sincrônicas, com a respiração atingindo 1 a 2 cava e 4 a 5 no átrio direito
  - se as oscilações estão sincronizadas com o pulso, deve-se reavaliar a posição do cateter, pois, na maioria das vezes, está em contato com o sistema ventricular, causando erros na leitura
  - em pacientes no respirador, o valor será sempre mais elevado, pois o aumento da pressão intratorácica afeta a PVC. No momento da leitura, o respirador deverá ser desconectado do paciente
  - se a coluna líquida não descer, abrir o braço do paciente, pois o cateter pode estar em contato com a parede da veia
  - pedir ao paciente para respirar profundamente, se possível, pois isto ajuda na descida da coluna líquida

causas de erro:

- má colocação do cateter
- obstrução do cateter
- hematoma na região próxima ao cateter
- posição do paciente alterando a linha base
- trocar solução e equipo a cada 24hs

SISTEMA GASTROINTESTINAL

SONDAGEM NASOENTERAL

NORMAS

- A sondagem deverá ser feita mediante prescrição médica
- O acesso nasoenteral é de responsabilidade do enfermeiro

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem a realização do procedimento

SES
3931
FLS.
PROTOCOLO

- Realizar higiene freqüente das narinas com vaselina e da cavidade oral com solução (cepacol, água bicarbonatada)
- Trocar a fixação da sonda enteral sempre que o esparadrapo ou micropore estiver sujo, úmido e/ou despregado

MATERIAIS

Bandeja contendo:

- 1 sonda enteral com mandril
- Lubrificante (xilocaina gel ou vaselina líquida)
- Esparadrapo
- 1 pacote de gazes
- Seringa da 10 ou 20ml
- 1 par de luvas de procedimento não estéril
- Estetoscópio
- Cuba rim
- Benzina

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material na bandeja e levar à unidade do paciente
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito
- Colocar o paciente em posição semi-fowler (decúbito dorsal e cabeceira elevada à 45O)
- Mensurar a extensão da sonda que será introduzida (do lóbulo da orelha à ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide, acrescendo mais 10 cm)
- Proceder a marcação do local, colocando neste ponto da sonda uma tira de esparadrapo
- Calçar luvas
- Umedecer uma gaze com o lubrificante e passá-lo na sonda, desprezando a gaze na cuba rim e no caso de reutilização da sonda, injetar 2ml de vaselina no interior da sonda para facilitar a remoção do mandril
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda e pedir sua colaboração
- Avaliar a permeabilidade das narinas
- Introduzir cuidadosamente a sonda através da narina escolhida, até a naso-faringe e neste momento solicitar que o paciente vá deglutindo concomitantemente, com a introdução da sonda
- Ficar atento para a introdução da sonda na traquéia, principalmente em pacientes inconscientes, se ocorrerem sinais de asfixia ou tosse, retirando imediatamente e recomeçando o procedimento
- Retirar cuidadosamente o mandril da sonda
- Verificar se a sonda está no estômago do seguinte modo: aspirar o conteúdo gástrico ou injetar 10ml de ar e auscultar os ruídos na região epigástrica, com auxílio do estetoscópio
- Remover com benzina a oleosidade da pele do nariz
- Fixar a sonda com esparadrapo ou micropore, sem tracionar a asa do nariz
- Manter a sonda fechada
- Recolher o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: procedimento realizado, intercorrências e respectivos gastos

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

NORMAS

SES
3932
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

A sondagem nasogástrica deverá ser feita mediante prescrição médica

Nos deslocamentos de sonda durante o pós-operatório, não reintroduzir a sonda sem antes manter contato com o médico

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem a realização do procedimento, volume e aspecto do conteúdo gástrico quando o sistema for aberto
- Fazer higiene freqüente das rotinas com vaselina e da cavidade oral com solução anti séptica (cepacol, água bicarbonatada)
- Trocar a SNG a cada 7 dias ou quando necessário
- Trocar a fixação da sonda, sempre que o esparadrapo estiver sujo, úmido e/ou despregado
- Nos casos em que a sonda for ficar por período prolongado, manter paciente com a cabeceira elevada a 30O
- Quando a finalidade da sonda for de alimentação, administrar 50ml de água para lavar a sonda, exceto para pacientes que exijam restrição hídrica

MATERIAIS

Um carrinho contendo:

- 1 SNG (numeração conforme solicitada)
- 10 ml de xilocaína gel ou vaselina líquida
- 10 cm de esparadrapo
- 5 unidades de gazes
- 1 seringa de 10 ou 20 ml
- 1 par de luvas de procedimento
- Estetoscópio
- Cuba rim

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em semi-fowler (decúbito dorsal e cabeceira elevada a 45O)
- Medir a extensão que a sonda será introduzida (do lóbulo da orelha à ponta do nariz e deste até o apêndice xifóide)
- Proceder a marcação do local, colocando neste ponto da sonda uma tira de esparadrapo
- Umedecer a gaze com o lubrificante e passá-lo na sonda, desprezando a gaze na cuba rim
- Avaliar a permeabilidade das narinas
- Comunicar ao paciente a introdução da sonda e pedir sua colaboração
- Introduzir cuidadosamente a sonda através da narina escolhida, até a nasofaringe e neste momento solicitar ao paciente que vá deglutindo concomitantemente com a introdução da sonda. Caso encontre resistência não forçar a introdução da sonda, retirar e recomeçar em outra narina.
- Ficar atento para a introdução da sonda na traquéia, principalmente em pacientes inconscientes, se ocorrerem sinais de asfixia ou tosse, retirando imediatamente a sonda e recomeçar o procedimento
- Verificar se a sonda está no estômago
- Fixar a sonda com esparadrapo
- Deixar a sonda aberta ou fechada, conforme prescrição médica
- Recolher o material utilizado e deixar a unidade em ordem

- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, intercorrências e respectivos gastos

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR SONDA NASOENTERAL

NORMAS

- Alimentar o paciente por SNE, assim que for prescrito pelo médico
- Obedecer rigorosamente os horários prescritos e o intervalo entre as dietas
- O equipo de frasco de dieta é trocado a cada 24 horas

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem, as alterações ou complicações relacionadas à administração da dieta
- As dietas podem permanecer até 8 horas sob refrigeração e devem ser retiradas 30 minutos antes de serem administradas
- Administrar 50ml de água nos intervalos, a menos que o paciente tenha restrição hídrica

MATERIAIS

- Frasco com dieta montado com equipo de soro

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Certificar-se de que o rótulo contém as informações corretas: nome do paciente, número do leito ou quarto, horário, tipo de dieta, volume
- Verificar se a dieta está em temperatura ambiente
- Inspecionar o frasco, quanto às alterações de cor, presença de corpo estranho, etc...
- Retirar o ar do equipo do frasco, fechá-lo bem e levá-lo até a unidade do paciente
- Colocar o paciente em posição semi-fowler 45O, se o paciente estiver em condições ou 30O no mínimo
- Orientar o paciente quanto ao que vai ser feito
- Colocar o frasco com dieta em suporte, próximo ao leito do paciente
- Conectar o equipo do frasco à sonda nasoenteral
- Abrir o rolete do equipo e controlar gotejamento, de acordo com as condições do paciente
- Administrar 50ml de água, após o término da dieta
- Recolher o material e deixar a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem

ADMINISTRAÇÃO DE DIETA POR SONDA NASOGÁSTRICA

NORMAS

- Alimentar o paciente SNG, assim que for prescrito pelo médico
- Comunicar ao médico/enfermeiro, caso o paciente apresente intercorrências (estase, vômitos, diarréia, etc...)
- O equipo de dieta é trocada a cada 24 horas

ROTINAS

SES
3234
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Anotar na Evolução de Enfermagem as alterações ou complicações relacionadas à alimentação por SNG
- As dietas podem permanecer até 8 horas sob refrigeração e devem ser retiradas 30 minutos antes de serem administradas
- Aspirar a sonda antes de administrar a dieta, se houver resíduo maior que 50% do volume administrado anteriormente, suspender a mesma e comunicar o médico/enfermeiro
- O conteúdo gástrico aspirado deve ser devolvido pela sonda, a fim de evitar distúrbo hidroeletrolítico
- Administrar 50ml de água nos intervalos das dietas, a menos que o paciente tenha restrição hídrica

MATERIAIS

- Seringa descartável de 20ml
- Cuba rim
- Frasco de dieta montado com equipo

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Certificar-se de que o rótulo contém as informações corretas: nome do paciente, número do leito ou quarto, horário, tipo de dieta, volume
- Realizar inspeção visual do frasco quanto à integridade da embalagem, presença de corpo estranho, alteração da cor, etc...
- Verificar se a dieta está em temperatura ambiente
- Retirar o ar do equipo do frasco, fechá-lo e levá-lo até o paciente
- Orientar o paciente sobre o que vai ser feito
- Aspirar a sonda para verificar estase e o posicioinamento correto da mesma
- Colocar o frasco com alimentação no suporte apropriado
- Conectar o equipo do frasco de dieta à sonda
- Abrir o rolete do equipo e deixar gotejar, de acordo com as condições do paciente
- Deixar o paciente confortável, com cabeceira elevada em 30O, no mínimo
- Lavar a sonda com 50ml de água, após o término da dieta
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem e respectivos gastos

LAVAGEM GÁSTRICA

NORMAS

- É a introdução de solução no estômago do paciente através de uma sonda com finalidade de lavar e drenar resíduos
- A lavagem gástrica é feita conforme prescrição médica

FINALIDADES

- No preparo de pacientes para algumas cirurgias
- No preparo de paciente para endoscopia
- Nos casos de envenenamento não causados por substâncias corrosivas ou cáusticas

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem, o aspecto e a quantidade da secreção gástrica drenada
- Nos casos de lavagem gástrica em que haja necessidade de injetar grande quantidade de solução fisiológica, deve-se conectar o frasco do soro diretamente à sonda

SES
3935
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- O volume máximo de soro fisiológico infundido, de cada vez, deve ser de no máximo 250ml para evitar vômitos e distensões

MATERIAIS

- Sonda nasogástrica caliborsa
- 1 seringa descartável de 20m
- I pinça
- 1 par de luvas de procedimento
- 1 recipiente graduado
- 1 coletor com conexão
- recipiente com solução prescrita
- 1 cuba rim
- Soro fisiológico (quantidade conforme anotação de enfermagem)
- 1 tubo látex de 1 mt
- toalha de papel

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material necessário
- Lavar as mãos
- Preparar e colocar a solução prescrita no recipiente graduado
- Explicar o procedimento ao paciente, solicitando sua colaboração
- Trazer o material e colocá-lo na mesa de cabeceira do paciente
- Proteger o tórax do paciente com uma toalha de papel
  - Colocar o paciente em posição que facilite o desenvolvimento do procedimento dando preferência ao semi Fowler
  - Caso o paciente não esteja sondado, realizar cateterização gástrica
  - Pinçar a sonda nasogástrica
  - Aspirar a solução indicada, com a seringa de 20ml e a adaptá-la à sonda
  - Desfazer o pinçamento da sonda, introduzir a solução prescrita, cuidando para não deixar que o corpo da seringa se esvazie completamente
  - Pinçar a sonda, aspirar mais solução e introduzir novamente na sonda
  - Continuar o processamento até completar o volume prescrito
  - Após a introdução de todo o volume prescrito, deixar drenar por sifonagem
  - Adaptar a conexão do coletor à sonda, a fim de completar a drenagem
  - Retirar a toalha e deixar o paciente em posição confortável
  - Organizar o material e deixar o ambiente em ordem
  - Levar o material para o expurgo, medir a drenagem
  - Lavar as mãos
  - Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem: data, horário, procedimento realizado, características do líquido drenado e os respectivos gastos

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Certificar-se que a sonda está no estômago, antes da infusão
- Não fazer lavagem gástrica sobre pressão, pois lesa a mucosa gástrica e provoca regurgitamento, podendo ocorrer aspiração do conteúdo gástrico

RETIRADA DE SONDA NASOENTERAL E/OU NASOGÁSTRICA

NORMAS

3936
PLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Retirar a sonda conforme prescrição médica

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem o horário da retirada da sonda

MATERIAIS

- Carrinho de curativos contendo:
- 1 pacote de gazes
- Benzina
- Saco de lixo
- Papel toalha

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Proteger o tórax do paciente com papel toalha
- Retirar o esparadrapo com auxílio de gaze embebida em benzina
- Solicitar ao paciente que inspire profundamente e expire lentamente, enquanto estiver retirando a sonda
- Desprezar a sonda no saco de lixo do carrinho de curativos e levá-lo ao expurgo
- Guardar o material e organizar a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário, procedimento realizado e respectivos gastos

ENEMA

NORMAS

- O procedimento é realizado mediante prescrição médica
- A privacidade do paciente deve ser preservada

ROTINAS

- Se o paciente relatar desconforto ou incapacidade de reter líquido, suspende-se a infusão por um período de 10 a 15 minutos, reiniciando-se então o procedimento
- Nos casos em que o paciente insistir com as queixas, suspende-se o procedimento e comunica-se ao médico
- O paciente deve ser orientado para não desprezar o conteúdo da comadre e nem dar descargas, para que o profissional de Enfermagem possa avaliar o efeito do procedimento

MATERIAIS

- 1 par de luvas de procedimento não estéril
- 5 unidades de gazes
- Frasco com solução padronizada (quantidade conforme prescrição médica)
- 1 equipo macrogotas
- 10ml xilocaína geléia
- Comadre
- 1 sonda retal (número conforme o paciente)

SES
3927
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Colocar biombo
- Pendurar o frasco de solução no suporte, retirar o ar do equipo e fechar
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a perna direita flexionada e expor as nádegas
- Calçar luvas
- Conectar a sonda retal ao equipo
- Colocar xilocaína geléia na gaze e lubrificar a extremidade da sonda (de 8 a 10 cm)
- Pedir para o paciente respirar profundamente para promover o relaxamento
- Afastar a nádega localizada superiormente, com a mão não dominante e introduzir delicadamente a sonda (de 8 a 10 cm)
- Abrir o rolete do equipo e deixar correr, lentamente, a solução
- Observar as reações do paciente e fechar o rolete do equipo antes que ente ar pela sonda
- Retirar a sonda retal, pedindo para o paciente manter contraído o esfíncter anal
- Orientar o paciente para que permaneça, por 10 minutos, na mesma posição
- Deixar a comadre ao lado do paciente na cama ou auxiliá-lo a ir ao banheiro
- Recolher o material
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário, procedimento realizado, efeito obtido, reações e queixas do paciente
- Anotar os gastos em impresso padronizado

OBS.: O procedimento pode ser infundido gota-gota, sendo denominado de protóclise com a finalidade de aumentar o tempo de contato da solução com as fezes e, desta fora, dissolver fecalomas (fezes impactadas).

CLISTER

NORMAS

- O procedimento é realizado conforme prescrição médica
- A privacidade do paciente deve se preservada

ROTINAS

- O paciente é informado a não desprezar o conteúdo da comadre e nem dar descarga, para que o profissional de Enfermagem possa avaliar o efeito do procedimento

MATERIAIS

- 1 par de luvas de procedimento não estéril
- 10ml de xilocaína geléia
- Frasco de solução glicerinada 12%
- 5 unidades de gaze
- Comadre
- 1 sonda retal

PROCEDIMENTOS

38 39 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o biombo
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo, com a perna direita flexionada e expor as nádegas
- Calçar as luvas
- Abrir o frasco de solução e conectar a sonda retal ao mesmo
- Colocar a xilocaína geléia na gaze e lubrificar a sonda retal (de 8 a 10cm)
- Pedir para o paciente respirar, profundamente, para promover relaxamento
- Afastar a nádega, localizada superiormente, com a mão não dominante e introduzir delicadamente a sonda retal (de 8 a 10 cm)
- Comprimir o frasco de solução, até que todo o conteúdo seja infundido lentamente no intestino
- Observar as reações do paciente e orientá-lo para que permaneça, por 10 minutos, na mesma posição
- Retirar a sonda e pedir para o paciente manter o esfincter anal contraído
- Deixar a comadre ao lado do paciente, na cama ou auxiliá-lo a ir ao banheiro
- Recolher o material e retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário, procedimento realizado, efeito obtido, reações e queixas do paciente
- Anotar os gastos em impresso apropriado

NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

NUTRIÇÃO ENTERAL

É o apoio nutricional por via enteral, administrado por gotejamento contínuo, de fórmulas previamente definidas.

FINALIDADES

- Garantir uma nutrição adequada
- Corrigir a desnutrição calórico-protéica
- Suprir as necessidades metabólicas, decorrentes de certas patologias
- Promover apoio nutricional, de forma mais segura, simples e econômica

RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem (administração)

MATERIAIS

- Equipo específico para bomba infusora ou equipo para alimentação enteral
- Bomba infusora/suporte
- Gaze
- Agulha 30x8
- Frasco de água destilada

PROCEDIMENTOS

- Não utilizar dieta preparada há mais de 24 horas
- Trocar intermediário (1 x ao dia) e frasco (conforme número de refeições)
- Trocar fixação diariamente

SES 3932 FLS RUBRICA PROTOCOLO

- Controlar gotejamento CPM (fluxo contínuo e regular)
- Observar integridade da sonda
- Lavar a sonda com 5ml de soro fisiológico 0,9%, após cada alimentação
- Observar a ocorrência de distensão abdominal (caso ocorra, fechá-la e lavá-la)
- Verificar eliminações intestinais (freqüência, quantidade e aspecto)
- Conferir a dieta com a prescrição
- Pesar o paciente, se criança, 1 x ao dia, em jejum, observando crescimento
- Orientar e preparar o paciente criança e a família, para o tratamento
- Observar a ocorrência de náuseas, vômitos, cólicas, constipação, diarréia
- Verificar sinais vitais, atentando para a temperatura
- Realizar restrição física em crianças que retirem a sonda
- Estimular e treinar os pais para que assumam os cuidados com a alimentação
- Estimular alimentação via oral, quando possível
- A alimentação deve ser infundida por bomba de infusão, para o controle rigoroso do gotejamento, acompanhando durante a mesma, a aceitação da criança

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Ficar atento para aumento de peso súbito, sinais de edema, desidratação e outras possíveis complicações
- Registrar incidente como vômito e diarréia
- A ingesta e a eliminação deverão ser documentadas cuidadosamente
- Exames laboratoriais periódicos são feitos, para determinar as condições renais, hepáticas e hematológicas
- Realizar controle de glicose urinária, segundo prescrição
- Existem 3 tipos de fórmulas enterais, que diferem quanto a densidade calórica, osmolalidade e conteúdo de lactose e gordura
- Se o paciente apresentar diarréia ou náusea, a velocidade da infusão deverá ser diminuída
- Se ocorrer vômitos intensos e/ou aspiração da infusão, esta deverá ser interrompida
- As medidas de asseio, temperatura e volume da infusão, velocidade do fluxo e ingesta adequada de líquido são criticamente importantes
- As alimentações são administradas, quer por gravidade (gotejamento) ou por bomba controlada contínua que seja volumétrica (ml/h) ou peristáltica (gt/h)
- As causas habituais da diarréia, em pacientes que recebem alimentação por sonda, são: infecciosas, isquêmicas e inflamatórias. Com mais freqüência resulta de atrofia intestinal, sobrecarga osmótica, má-absorção, intolerância à lactose, medicamentos concomitantes (antiácidos, antibióticos) e impactação fecal com fezes líquidas

NUTRIÇÃO PARENTERAL

É uma oferta intravenosa de nutrientes para manter o paciente em balanço nitrogenado positivo e em equilíbrio nutricional, quando existe a impossibilidade de se utilizar as vias digestivas normais.

FINALIDADE

- Fornecer nutrientes orgânicos ao paciente debilitado

RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem – na administração e controle

PROCEDIMENTOS

SES
3940
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Lavar as mãos
- Introduzir ou implantar via de acesso
- Assegurar a localização e permeabilidade de via de acesso
- Instalar a nutrição parenteral, controlando tempo de início, gotejamento, etc...
- Manter via de acesso permeável
- Registrar no prontuário o horário e duração da infusão

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Para melhor controle da solução parenteral, deverá ser colhida amostra da mesma, logo após o preparo e também uma amostra ao final da infusão, mandando-as para cultura. Uma vez a cada 30 dias
- Caso haja um intervalo entre o término da infusão e o início da próxima etapa, utilizar soluções hipertônicas de glicose para manutenção da permeabilidade do cateter e evitar súbita baixa da taxa de glicose circulante
- Durante a utilização da nutrição parenteral, deve-se controlar os níveis de glicose urinário e sangüíneo, bem como densidade urinária num período de, no máximo, 6/6 hs
- Deve-se manter controle rigoroso sobre curativos e equipos
- Nunca utilizar outras soluções na mesma via que a nutrição parenteral
- A troca dos curativos deve seguir rotina própria

SISTEMA RESPIRATÓRIO

ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

NORMAS

- Aspirar o paciente conforme prescrição médica ou sempre que necessário
- Aspirar com técnica asséptica
- Deve ser realizado por duas pessoas, obrigatoriamente paramentadas (máscara, óculos, gorro e jalecos)

ROTINAS

- O kit de aspiração (2 mangueiras sintéticas estéreis) é trocado a cada 24hs na CME, conforme horário estipulado
- O conteúdo do frasco coletor é desprezado e o mesmo lavado a cada troca de plantão

MATERIAIS

Sistema de aspiração montado à rede de gases ou aspirador elétrico, testados previamente, composto de:

- vido coletor
- mangueiras sintéticas
- 1 seringa de 10ml
- 1 máscara descartável
- 1 par de luvas estéreis
- sonda de aspiração (numeração variando conforme a idade do paciente, tamanho da cânula endotraqueal, etc...)
- 1 frasco de soro fisiológico de 250ml
- 1 pacote de gazes (5 unidades)
- 1 saco de lixo

3941
FLS.
PROTOCOLO

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material e levá-lo ao leito do paciente
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Verificar tipo e característica da respiração e FR
- Paramentar (colocar máscara, óculos, gorro, luvas e avental)
- Utilizar sonda de aspiração compatível com o número da sonda endotraqueal e conforme característica da secreção
- Abrir a embalagem da sonda de aspiração, expondo apenas a válvula e conectá-la à extremidade do látex
- Abrir o pacote de gazes e o frasco de soro
- Calçar luva estéril (plástica) na mão direita (mão asséptica)
- Retirar a sonda com a mão esquerda, segurando a sonda com a mão direita
- Ligar a fonte de sucção
- Desconectar a cânula de intubação do respirador/nebulizador (2O profissional)
- Introduzir a sonda de aspiração na cânula de intubação ou de traqueostomia com a ponta da mesma dobrada, sem sucção, até o ponto de resistência, a fim de não traumatizar a mucosa
- Despressionar a extensão para criação da sucção, no momento da expiração, fazendo movimentos circulares e lentos (360D), trazendo a sonda para fora do tubo
- Aplicar de 2 a 3ml de soro fisiológico, se a secreção estiver espessa
- Limpar a sonda com gaze
- Aspirar soro fisiológico, até que seja retirada a secreção da extensão
- Repetir o processo quantas vezes for necessário
- Desprezar o material utilizado, em saco de lixo exclusivo para este fim
- Recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário, procedimento feito e os respectivos gastos

OBS: O saco de lixo deve estar fixo na mesa de cabeceira do paciente e ser trocado a cada passagem de plantão

INALAÇÃO

NORMAS

- Aplicar inalação sempre que houver prescrição médica
- O micronebulizador é trocado a cada 24 horas

ROTINAS

- O micronebulizador permanece com o paciente, nas 24 horas em que o mesmo estiver fazendo seu uso
- Ao final do plantão noturno ou após a alta do paciente, o micronebulizaor é recolhido da enfermaria/quarto
- Os micronebulizadores são lavados com água e sabão no expurgo
- Os micronebulizadores devem ser encaminhados, limpos e secos, à Central de Materiais e Esterilização para troca, conforme horário estipulado

MATERIAIS

SES
3941
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 1 conjunto de micronebulizador
- Fluxômetro de ar comprimido
- Água estéril
- Medicação conforme prescrição médica

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Colocar água estéril e medicação no copinho do micronebulizador
- Montar o sistema e levar à unidade
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Conectar o fluxômetro de ar comprimido à rede
- Verificar o funcionamento do sistema
- Posicionar a máscara nas vias respiratórias do paciente
- Abrir o sistema de ar comprimido (+/- 10lt)
- Manter a inalação
- Reorganizar o material
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem: data, horário, procedimento feito e respectivos gastos

NEBULIZAÇÃO CONTÍNUA

NORMAS

- Aplicar nebulização contínua sempre que houver prescrição médica
- Não utilizar soro fisiológico para substituir a água estéril
- O conjunto de nebulização contínua deve ser trocado a cada 48 horas

ROTINAS

- Não havendo mais necessidade de uso da nebulização continua, retirar todo o sistema da rede, encaminhar ao expurgo para lavar com água e sabão
- O conjunto de nebulização contínua deve ser encaminhado, limpo e seco, à Central de Materiais e Esterilização para troca, conforme horário estipulado
- Devem ser feitas as anotações na folha de gastos: data, número de horas de uso de ar comprimido ou oxigênio

MATERIAIS

- 1 conjunto de nebulização contínua (conexão em "T", copo, traquéia, 2 conexões simples)
- Fluxômetro de ar comprimido
- Água estéril

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito
- Conectar o fluxômetro de ar comprimido à rede
- Posicionar a conexão na via de respiração do paciente (nasal/oral ou traquestomia)

3843 FLS. RUBRICA PROTOCOL

- Abrir o sistema de ar comprimido (+/- 10 lt)
- Anotar o procedimento na Evolução de Enfermagem e os respectivos gastos

OXIGENIOTERAPIA

Consiste na administração de oxigênio através das vias aéreas superiores.

FINALIDADE

- Terapêutica em todas as enfermidades que envolvem hipoxia, diminuindo o estado de deficiência respiratória.

RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem

NORMAS

- Oxigenioterapia consiste na administração de O2 em uma concentração acima de 21% com finalidade terapêutica
- A exposição prolongada a concentrações elevadas de O2 podem causar lesões celulares e a funções orgânicas, atingindo retinas e pulmões
- A necessidade de O2 é determinada pela avaliação clínica e pela análise dos gases sangüíneos através da gasometria arterial
- A movimentação de decúbito facilita a mobilização de secreção brônquica
- Deve-se evitar a retirada brusca de O2. Quando suspenso, diminuir o fluxo aos poucos e observar sinais de desconforto apresentado pelo paciente
- O O2 pode ser oferecido através de cateter nasal ou subnasal / Caixa de Hood / Incubadora / Nebulização contínua com máscara
- Não fumar no ambiente que houver uso de oxigênio
- Observar freqüentemente o nível de água do umidificador, que não deve estar abaixo do nível permitido
- Instalar oxigenioterapia mediante prescrição médica, salvo as situações de emergência, em que o enfermeiro se antecipa à ordem médica ou atende à solicitação do mesmo, via telefone
- O sistema é trocado a cada 24 horas

ROTINAS

- Pacientes em oxigenioterapia devem estar monitorizados com oxímetro de pulso
- Manter as vias aéreas umidificadas, abastecendo o umidificador com água destilada a cada 6hs ou conforme a necessidade
- A enfermeira deve estar atenta a quaisquer modificações no estado respiratório do paciente para possíveis alterações na concentração de D2
- Quando necessário proceder aspiração de vias aéreas
- O O2 é inflamável e sendo assim os eletrônicos devem ficar afastados do leito e da fonte primária de O2, sempre que possível
- O paciente em oxigenioterapia não deve usar produtos a base de álcool e óleo próximo a fonte primária de O2
- Deve ser feita a anotação diária do número de horas de uso de O2, na folha de prescrição
- Trocar o cateter a cada 12 horas ou quando o paciente retirá-lo
- Não havendo mais necessidade do uso de oxigênio, retirar todo o sistema da rede, encaminhar ao expurgo para lavar com água e sabão

3844 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Os umidificadores de oxigênio devem ser encaminhados, limpos e secos, à Central de Materiais e Esterilização para troca, conforme horário estipulado
- Deve ser feita a anotação diária, na folha de gastos, do número de horas de uso de oxigênio
- Realizar higiene freqüente das narinas, com gazes embebidas em vaselina
- MATERIAIS
- 1 sonda de aspiração traqueal de fino calibre
- Esparadrapo
- 1 pacote de gazes
- 1 fluxômetro de oxigênio
- 1 conjunto de umidificador
- 1 frasco de água estéril
- Vaselina líquida
- Luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Conectar o fluxômetro e umidificador à rede de oxigênio
- Verificar o funcionamento do sistema
- Calçar luvas de procedimento
- Medir o cateter a ser introduzido, da ponta do nariz do paciente ao lóbulo da orelha e marcar com esparadrapo
- Pegar gaze e lubrificar a extremidade do cateter com vaselina
- Introduzir o cateter através de uma das narinas até a marca do esparadrapo
- Conectar o cateter à extensão do sistema
- Fixar o cateter com esparadrapo na face do paciente
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica
- Reunir o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento feito e os respectivos gastos

OXIGENIOTERAPIA COM CATETER NASAL (cânula nasal, óculos)

NORMAS

- O cateter nasal é um tubo com orifícios na extremidade, através dos quais o D2 flui para dentro da orofaringe
- O cateter nasal pode causar distensão gástrica, irritação das narinas e desconforto geral
- Neste caso o ar ambiente mistura-se com o O2 durante a inspiração

ROTINAS

- O cateter deve ser alternado entre uma narina e outra, de 12 em 12 horas, para evitar ferimentos da mucosa e obstrução do cateter por secreção
- Trocar o cateter no caso de obstrução ou quando a criança retirá-lo
- A enfermeira deve estar atenta quanto a lesões da asa do nariz e hidratá-la se necessário, bem como da face do paciente em contato com o esparadrapo
- Realizar a higiene das narinas, sempre que necessário

SES
3343
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- O kit de umidificador é trocado a cada 24 horas, seguindo escala de serviço, identificando-se data e horário da troca
- A retirada da oxigenioterapia é feita através de prescrição médica ou orientação da enfermeira
- O cateter sub-nsaal é improvisado com o cateter nasal, fazendo-se 2 cortes em sua extensão a fim de obter-se dois orifícios
- Anterior a intubação, o cateter deve estar posicionado na narina do paciente

MATERIAIS

- Cateter de O2 (sonda de aspiração no. 6 ou 8)
- Gazes
- 1 conjunto de umidificador
- 1 fluxômetro de O2
- 1 frasco de H2O estéril (250ml)
- Esparadrapo hipoalergênico
- Luvas de procedimento na presença de secreções
- PROCEDIMENTOS
- Lavar as mãos
- Reunir o material, prepará-lo e levá-lo próximo ao leito
- Solicitar a colaboração do paciente, quando possível
- Colocar água destilada no umidificador (pouco acima do meio)
- Conectar a cânula nasal ao intermediário e este à saída do umidificador
- Verificar se há fluxo através das pontas nasais da cânula
- Calçar luvas de procedimento
- Examinar as narinas e realizar a sua higienização
- Medir o cateter da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, marcar a metade e lubrificá-lo com água
- Firmar a cabeça do paciente com a mão não dominante e introduzir o cateter em uma das narinas com a outra mão, até o local marcado
- Prender o intermediário ao travesseiro e/ou na roupa de cama
- Prender as hastes restantes atrás da orelha do paciente
- Ajustar a velocidade do fluxo, conforme prescrição
- Permanecer junto ao paciente, enquanto ele se adapta ao tratamento, observando suas reações
- Deixar o paciente confortável
- Organizar o material
- Lavar as mãos
- Proceder às anotações de enfermagem e relatar intercorrências

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DE CAIXA DE HUDDSON

NORMAS

- Esta forma de administração de oxigênio, utiliza um capacete, com o qual o paciente recebe O2 umidificado e aquecido, com o mínimo de flutuações nos níveis de O2
- O fluxo de oxigênio não deve fluir diretamente na face do paciente e o capacete não deve oferecer atrito contra seu pescoço, queixo ou ombros

ROTINAS

- O uso de oxi-Hood bem como fluxo de O2 e/ou ar deve estar prescrito pelo médico
- O capacete deve ser lavado com H2O e sabão ante e após seu uso e desinfectado com álcool a 70% em períodos de 24 horas, durante seu uso

SES
3940
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- O paciente deve estar posicionado de forma adequada para que não haja vazamento dos gases pelas laterais e se necessário improvisar com lençol ou fralda de pano
- Evitar ao máximo a retirada do capacete durante o procedimento, entretanto, se for necessário, desconectar a traquéia do capacete e mantê-la próxima à narina do paciente
- O tamanho da caixa de Hood é escolhido segundo o volume de gases desejado e o tamanho do paciente se criança

MATERIAIS

- Caixa de Huddson
- 2 conjuntos de umidificadores
- 2 frascos de H2O destilada (250ml)
- 1 fluxômetro de ar
- 1 fluxômetro de O2
- 1 "Y" para misturar os gases

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material, prepará-lo e levá-lo próximo ao leito
- Solicitar a colaboração do paciente, quando possível
- Conectar os fluxômetros e os umidificadores na rede de ar e O2
- Testar o funcionamento dos sistemas
- Conectar o sistema ao "Y" e este à caixa de Hood
- Posicionar o cliente confortavelmente
- Posicionar o capacete confortavelmente sobre a cabeça do paciente
- Regular os fluxos dos gases CPM ou aumentar um pouco sua concentração até o preenchimento do capacete
- Proceder as anotações de enfermagem e comunicar intercorrências

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DE MÁSCARA DE NEBULIZAÇÃO

NORMAS

- Este sistema oferece O2 umidificado contínuo em forma de névoa
- A máscara deve ficar próxima ao rosto do paciente e não fixa à pele com fitas ou esparadrapos

ROTINAS

- A máscara é improvisada com o kit de inalação ou com a máscara de adulto
- Manter um fluxo de 3 a 5 litros/minuto, conforme indicação médica
- Na ausência da máscara utilizar apenas a traquéia
- Com esse sistema é necessário que haja um controle maior junto à criança, já que a mesma não permanece constantemente com a máscara
- Trocar o kit a cada 48 horas identificando-a com data e hora

MATERIAIS

- 1 conjunto de nebulização contínua (conexão em "T", copo, traquéia, 2 conexões simples)
- 1 frasco de H2O estéril (250ml)
- Fluxômetro de ar comprimido

PROCEDIMENTOS

394
FLS.
RUBRICA

- Lavar as mãos
- Reunir o material, prepará-lo e levá-lo próximo ao leito
- Solicitar a colaboração do paciente
- Conectar o fluxômetro e umidificador à rede de ar
- Testar o funcionamento do sistema
- Conectar a máscara à traquéia e esta ao rosto do paciente
- Deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Proceder às anotações de enfermagem e relatar intercorrências

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DE VENTILAÇÃO MECÂNICA

NORMAS

- O respirador é geralmente utilizado em pacientes no pós-operatório imediato
- A necessidade do ventilador é avaliada pelo médico

ROTINAS

- A equipe de enfermagem deve estar atenta quanto à necessidade de uso do Ventilador Mecânico a fim de agilizar o seu preparo bem como os materiais para intubação endotraqueal (ver técnica)
- O circuito dos respiradores é adquirido na central de material da UTI
- Antes de abrir o pacote do circuito do respirador, deve-se avaliar seu perfeito estado
- A troca do circuito deve ser feita a cada 72 horas, conforme rotina
- Após o uso do Ventilador Mecânico, deve-se proceder a sua desinfecção com álcool a 70% e descontaminação da válvula e suas membranas
- A enfermeira deve estar atenta quanto ao perfeito uso do equipamento, testando-o depois de montado
- O paciente deve ser constantemente avaliado durante a ventilação mecânica, devendo a enfermeira observar sinais de esforço e cianose, bem como avaliar resultados de gasometria
- O circuito do respirador deve estar devidamente montado, protegido e conectado ao respirador em uma unidade para pós-operatório imediato

MATERIAIS

- Circuito de respirador (INTER 3 ou S)
- 1 frasco de H2O estéril (250ml)
- 1 equipo macrogotas
- "Pulmãozinho" de teste ou luva plástica estéril
- Luvas de plástico estéreis

PROCEDIMENTOS

- Buscar o circuito na Central de Materiais
- Avaliar a integridade de todas as peças e se o pacote está completo
- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Abrir o primeiro invólucro do circuito
- Abrir o "pulmãozinho"/luva e colocá-lo sobre o circuito
- Calçar as luvas
- Abrir o segundo invólucro

3344
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Montar o circuito, conforme o manual, sobre o invólucro para não contaminá-lo e acoplar o "pulmãozinho"/luva em sua extremidade
- Conectar o H2O ao equipo e este ao umidificador e preenchê-lo até a indicação do copo
- Conectar o circuito ao respirador conforme manual
- Ligar o respirador e testar seu funcionamento, solicitando ajuda se necessário
- Conectar a extremidade no TOT após regulada pelo médico
- Deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Organizar o material
- Proceder as anotações de enfermagem e comunicar intercorrências

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DE MÁSCARA DE VENTURI

NORMAS

- Sistema utilizado sob prescrição médica e ou fisioterápica
- A concentração de O2 inspirado mantém-se constante

ROTINAS

- Não havendo mais necessidade do uso da máscara de Venturi, encaminhá-la ao expurgo
- A enfermeira deve monitorizar o quadro respiratório do paciente e debater quanto à conduta, se necessário
- Realizar aspirações e/ou higiene nasal antes de posicionar a máscara

MATERIAIS

- Máscara de Venturi e seus anexos
- 1 Umidificador
- 1 Fluxômetro de O2
- 1 Frasco de H2O destilada (250ml)
- Material de aspiração

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material, prepará-lo e levá-lo próximo ao paciente
- Instalar o fluxômetro na rede e o umidificador
- Adaptar a máscara ao umidificador
- Adaptar a máscara à face do paciente sem machucá-la
- Manter o fluxo solicitado em prescrição médica
- Organizar a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder ao registro de enfermagem e comunicar intercorrências

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DE CPAP-NASAL

NORMAS

- A aplicação deste método consiste na administração da mistura de O2 e ar comprimido sob pressão contínua através de dispositivos nasais
- O jogo completo de CPAP deve ser encaminhado limpo e seco para a esterilização

SES
3849
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ROTINAS

- A enfermeira deve estar atenta a sinais de lesões nas narinas e face do paciente e intervir, se necessário
- A utilização de CPAP com ou sem ventilador mecânico é definida pelo médico
- É comum a presença de distensão abdominal e a enfermeira pode estar avaliando a necessidade de SOG aberta
- Manter a cânula nasal bem segura e corretamente posicionada nas narinas, checando com frequência

MATERIAIS

- Ventilador mecânico ou aquecedor + umidificador
- 1 frasco de H2O estéril (250ml)
- Óleo de girassol
- Circuito de CPA

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Montar o circuito ao ventilador de forma asséptica
- Lubrificar as narinas e ajustar o dispositivo nasal
- Posicionar o paciente confortavelmente
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações de enfermagem e comunicar intercorrências
- OBS.: não havendo mais necessidade do uso do CPAP nasal, retirar todo o sistema da rede e encaminhar ao expurgo para desinfecção com H2O e sabão

OXIGENIOTERAPIA ATRAVÉS DO CPAP NASAL SEM VENTILADOR MECÂNICO

MATERIAIS

- Kit para CPAP nasal contendo:
- 2 traquéias
- 2 adaptadores
- 1 pronga, com número de acordo com a criança
- 1 touca
- 2 umidificadores
- 1 fluxômetro de O2
- 1 fluxômetro de ar
- 6 frascos de H2O destilada de 250ml
- Vidro de 1000ml estéril
- 1 conexão em "T"
- Fita adesiva graduada em 60cm e outra sem graduação

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos e reunir o material
- Conectar os fluxômetros à rede
- Colocar H2O nos umidificadores até o nível estabelecido e conectá-los aos fluxômetros
- Colocar 1000ml de H2O destilada no vidro, marcar com fita adesiva o nível de H2O no sentido vertical
- Montar o CPAP e posicionar o vidro em nível mais baixo que o do leito

SES 3950 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

- Adaptar a touca no pólo cefálico do paciente
- Fixar as traquéias com fita adesiva na posição antero-lateral direita e esquerda do pólo cefálico
- Conectar a sonda nas traquéias com os adaptadores
- Conectar a extensão dos umidificadores da O2 e ar à traquéia
- Introduzir uma das traquéias no vidro, em nível indicado pelo médico
- Adequar o fluxo de ar e O2 (FO2), CPM
- Posicionar a criança confortavelmente em decúbito dorsal
- Introduzir a pronga nas narinas da criança, lubrificando-as se necessário
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações de enfermagem e comunicar intercorrências

RETIRADA DO CATETER (nasofaríngeo, óculos, Huddson)

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Fechar a válvula de oxigênio
- Desconectar o intermediário do frasco umidificador
- Descolar o esparadrapo da pele do paciente com gaze umedecida e tirar suavemente o cateter nasofaríngeo, ou apenas soltar as hastes atrás da orelha do paciente, no caso de cateter tipo óculos e desprezar em recipiente para lixo
- No caso de máscara de Huddson, soltar o elástico da mesma, retirando-a da face do paciente e encaminhar para o expurgo, dispensando os cuidados necessários
- Deixar o paciente confortável e o ambiente arrumado
- Lavar as mãos
- Registrar no prontuário do paciente: data, horário em que foi desligado o oxigênio

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Dar o máximo de conforto ao paciente, permitindo-lhe suportar a aplicação, por horas ou dias consecutivos, permitindo ao paciente alimentar-se e conversar durante o procedimento
- Manter o quarto arejado
- Trocar umidificador, intermediário e cânula nasal, nasofaríngeo ou máscara de Huddson a cada 24 horas

Complicações:

- Gás, em excesso, pode exercer efeitos tóxicos sobre os pulmões e o S.N.C., podendo resultar em depressão respiratória, hiperventilação e atelectasia, sinais de intoxicação por O2, vertigens, zumbido, fadiga, mal estar geral, náuseas, vômitos, dores retroesternais, sudorese, alterações dos sinais vitais, distúrbios de consciência e visuais, parestesias de extremidades
- Certificar-se de que a válvula do fluxômetro está fechada, antes de abrir a válvula da fonte de oxigênio, para evitar descarga súbita
- Quando do uso do cateter evitar pontos de necrose, realizando higiene nasal com soro fisiológico a cada 6 horas e lubrificar as narinas com vaselina pomada
- Na troca de cateter a cada 24 horas, alterar o orifício nasal, se possível

CURATIVO DE TRAQUEOSTOMIA

NORMAS

- O curativo é realizado, uma vez por período

SES
3951
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

ROTINAS

- O curativo é feito após a sessão de aspiração traqueal

MATERIAIS

- Carrinho de curativo contendo:
- 1 pacote de curativo
- 1 frasco de soro fisiológico
- PVPI tópico
- Saco de lixo
- PROCEDIMENTOS
- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Abrir o pacote de curativo, seguindo técnica asséptica
- Retirar com a primeira pinça, o curativo anterior e desprezá-lo no saco de lixo
- Ajustar a pinça na borda do campo
- Montar s segunda pinça com gaze e umedecê-la com soro fisiológico
- Proceder a limpeza da pele, por baixo da cânula e ao redor da traqueostomia, com movimentos semicirculares e únicos, trocando os lados da gaze
- Repetir o processo quantas vezes for necessário
- Montar a pinça Kelly com gaze e umedecê-la com PVPI tópico
- Proceder a anti-sepsia da pele ao redor da traqueostomia com movimentos semicirculares e únicos, trocando os lados da gaze
- Montar a pinça com gaze e secar a pele ao redor da traqueostomia
- Dobrar ao meio uma gaze com auxílio da pinça
- Colocar a gaze, por baixo e ao lado, da cânula de traqueostomia com auxílio da pinça
- Repetir o item 12 e colocar a gaze do outro lado da traqueostomia
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, condições da pele ao redor da traqueostomia
- Anotar os gastos em impresso padronizado

TROCA DA CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA

NORMAS

- A troca da cânula de traqueostomia descartável, é realizada a cada 7 dias, ou antes, se for necessário
- A troca da cânula de traqueostomia metálica é realizada diariamente

CONSIDERAÇÕES

- A troca da cânula é feita após a sessão de aspiração e a confecção do curativo
- A cânula de traqueostomia descartável é utilizada na fase aguda da insuficiência respiratória, em que pela instabilidade do quadro do paciente, o mesmo venha necessitar de ventilação artificial (ambu, respirador)
- A cânula de traqueostomia metálica é utilizada, em fase tardia, de complicação respiratória sendo que, comumente, esta possui o lúmen menor que as descartáveis

ROTINAS

SES
3957
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- A troca da cânula é feita após a sessão de aspiração e a confecção do curativo
- Cabe ao enfermeiro da unidade avaliar diariamente o paciente e discutir com o médico por ele responsável, o desmame que consiste na diminuição progressiva da cânula conforme aceitação do paciente, até que se oclua totalmente o orifício de traqueostomia
- Nos casos em que, o paciente tenha dependência permanente da cânula de traqueostomia, o enfermeiro da unidade faz o planejamento de alta que incluirá a orientação e treinamento do paciente (se o mesmo for consciente) e dos familiares, em relação à traqueostomia

MATERIAIS

- Carrinho contendo:
- Cânula de traqueostomia descartável ou metálica estéril
- Luvas de procedimentos
- Luvas estéreis
- Cordonê
- Tesoura estéril

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Calçar luvas de procedimento
- Cortar o cordão de fixação da cânula, com a tesoura estéril e retirá-la cuidadosamente
- Proceder o curativo, conforme técnica descrita
- Abrir o pacote da cânula de traqueostomia, sem contaminá-la
- Calçar luvas estéreis, conforme técnica descrita
- Introduzir a cânula de traqueostomia de forma que a sua curvatura esteja voltada para cima
- Girar a cânula, a medida que vai sendo inserida no orifício, até que ela fique em posição correta
- Fixar a cânula com cordonê
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem
- Anotar os gastos em impresso padronizado

NOTAS:

- Quando a cânula de traqueostomia que foi retirada do paciente, for descartável ela é desprezada no saco de lixo e encaminhada ao expurgo
- No caso da cânula de traqueostomia metálica, ela é lavada, com água e sabão no expurgo e encaminhada para a Central de Materiais e Esterilização
- Pode-se confeccionar um "colar", usando um equipo de soro limpo, desinfetado e cortado, com um pedaço de cordonê passado por dentro, para fixação da cânula de traqueostomia
- Lavar com água e sabão, secar e imergir em hipoclorito por 30 minutos

CURATIVO DE DRENO TORÁCICO

NORMAS

- O curativo é realizado uma vez por dia, ou mais vezes, se for necessário

ROTINAS

SES
3853
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- O curativo é feito após o banho
- O curativo é trocado toda vez que estiver sujo e/ou úmido

MATERIAIS

- Carrinho de curativo contendo:
- Benzina
- Frasco de soro fisiológico
- PVPI tópico
- Pacote de curativo
- Pacote de gazes
- Esparadrapo
- Saco de lixo

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em decúbito dorsal e pinçar a extensão do dreno
- Abrir o pacote de curativo, seguindo a técnica asséptica
- Montar a primeira pinça do pacote, com gaze e umedecer com benzina
- Retirar o curativo anterior e desprezá-lo no saco de lixo do carrinho de curativo
- Colocar a pinça utilizada na borda do campo estéril
- Montar a segunda pinça com gaze e umedecê-la com soro fisiológico

Proceder a limpeza da pele, ao redor do dreno, com movimentos circulares, trocando as gazes quantas vezes for necessário

Proceder a limpeza de cerca de 10 a 15cm do dreno, com movimentos unidirecionados, no sentido da inserção para o frasco coletor

Secar a pele ao redor do dreno e o dreno, trocando as gazes

Aplicar PVPI tópico na pele, ao redor do dreno e no dreno, trocando as gazes

Secar com gaze, para retirar o excesso de anti-séptico, a pele ao redor do dreno e o dreno

Colocar uma gaze dobrada ao meio, em cada lado do dreno, e ocluir com esparadrapo

Cortar duas tiras largas e ocluir cerca de 10cm do dreno, fixando o mesmo ao curativo e abrir sua extensão

Prender o dreno, com uma tira de esparadrapo, a região do flanco do paciente

18. Recolher o material

Lavar as mãos

Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, aspecto do curativo

Anotar os gastos em impresso padronizado

TROCA DO SELO D´ÁGUA DO SISTEMA DE DRENAGEM TORÁCICA

SES
3454
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

NORMAS

- O selo d'água é trocado a cada 12 horas, ou com maior freqüência, se necessário

ROTINAS

- O paciente é orientado a não pinçar o dreno, quando sair do leito para deambular e manter o frasco sempre abaixo do nível da região coxo femural
- O profissional de Enfemagem observa e registra na Evolução de Enfermagem: volume drenado, caraterísticas do débito e se o dreno está oscilante ou não

MATERIAIS

- Luvas de procedimento
- Frasco de soro fisiológico de 250ml
- Comadre

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em decúbito dorsal
- Abrir o frasco de soro e deixá-lo ao alcance da mão
- Calçar as luvas
- Pinçar a extensão do dreno
- Medir o débito contido no frasco, descontando do selo d'água
- Abrir o sistema, removendo a tampa do frasco sem contaminá-la
- Desprezar o conteúdo do frasco na comadre
- Despejar soro fisiológico no frasco de modo que 2cm do intermediário fique imerso no soro
- Fechar o frasco e abrir a extensão do dreno
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, volume drenado e suas características
- Anotar os gastos em impresso padronizado

OBS.

- A demarcação do selo d'água é feita com uma tira de esparadrapo, fixada no sentido horizontal ao nível do soro e nesta é colocada a data, o horário e assnatura
- O dreno pára de oscilar em duas situações:
- obstrução por coágulo
- re-expansão pulmonar, indicando que não há mais conteúdo a ser drenado

SISTEMA UROGENITAL

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

NORMAS

SES
3955
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- A sondagem vesical deverá ser realizada mediante prescrição médica
- A sonda de alívio deverá seguir a mesma rotina da sonda vesical de demora
- Nunca utilizar a mesma seringa para injetar xilocaína e água destilada
- Observar se a prescrição médica indica sonda de Fowley de 2 ou 3 vias, lembrando que a sonda de 3 vias possui uma via para encher o balonete, uma via para a drenagem da urina e a terceira via para a introdução de medicações ou irrigações
- A sonda vesical é um procedimento exclusivo do enfermeiro
- A sonda vesical de demora é trocada somente quando houver urocultura positiva
- O controle da urocultura do paciente sondado é realizado semanalmente
- Quando o paciente apresentar infecção urinária, a sonda vesical deve ser trocada a cada 7 dias e é mantido o controle semanal da urocultura
- Quando não houver mais infecção, ou seja, a cultura de urina for negativa, interrompe-se a troca da sonda vesical, mas mantém-se o controle semanal de urocultura

ROTINAS

- Cabe ao auxiliar/técnico de enfermagem:
- Lavar as mãos
- Realizar higiene íntima ou banho no paciente
- Reunir o material necessário
- Levar o material para junto do paciente
- Colocar o paciente na posição de litotomia
- Comunicar ao enfermeiro
- Permanecer no box para auxiliar no procedimento
- Organizar a unidade, após o procedimento
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: cor, aspecto, odor e volume da urina drenada
- Cabe ao enfermeiro:
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Paramentar-se para o procedimento
- Preparar o material
- Iniciar o procedimento

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA FEMININO

MATERIAIS

- Uma bandeja contendo:
- 01 pinça de antissepsia
- 01 campo fechado
- 01 campo fenestrado
- 01 seringa de vidro de 20ml
- 03 ampolas de 10ml de água destilada
- 01 cuba redonda
- 01 cuba rim
- 15 gazes
- 30ml de PVPI tópico
- 10ml de xilocaína gel
- 01 agulha descartável 40x12
- 01 bolsa coletora sistema fechado

SES
3856
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 10cm de esparadrapo

PROCEDIMENTOS

- Abrir o pacote de cateterismo vesical, colocar as gazes, colocar PVPI tópico na cúpula e a sonda
- Abrir a seringa, agulha, sonda e colocá-las dentro do campo estéril
- Calçar luvas
- Colocar o anestésico gel em uma gaze
- Testar o balonete, antes de introduzir a sonda
- Aspirar 10ml de água destilada
- Proceder a anti-sepsia com auxílio de pinças e gazes
- Iniciar pela região supra-púbica com movimentos firmes, unidirecionais transversos da esquerda para a direita, trocando a gaze a cada movimento
- Proceder a anti-sepsia na face interna da coxa iniciando pelo lado mais distante, de cima para baixo, até a região inguinal
- Fazer a anti-sepsia do grande lábio esquerdo num único movimento iniciando na parte superior e terminando na região perineal
- Repetir o procedimento do lado direito
- Afastar os grandes lábios com uma das mãos e com a outra pegar a pinça e proceder a anti-sepsia dos pequenos lábios
- Proceder a limpeza do meato urinário
- Deixar a pinça sobre o campo do pacote
- Colocar o campo fenestrado
- Visualizar o meato uretral
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado
- Lubrificar a porção anterior da sonda com xilocaína gel (sexo feminino) ou injetar de 10 a 20ml de xilocaína (sexo masculino)
- Introduzir a sonda vesical(5 a 8 cm) até refluir diurese e se masculino até a bifurcação da sonda
- Deixar drenar a urina
- Insuflar o balonete da sonda com água destilada
- Tracionar a sonda até que se encontre resistência
- Conectar a extensão da bolsa coletora
- Fixar a sonda com esparadrapo: feminino na face interna da coxa e se masculino na raiz da coxa
- Identificar na bolsa coletora de urina e em impresso próprio (busca-ativa) a data e o nome de quem realizou o procedimento
- Recolher o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento feito, intercorrências e respectivos gastos

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA MASCULINO

MATERIAIS

- Uma bandeja contendo:
- 01 par de luvas de procedimento estéreis
- 01 pacote de cateterismo vesical
- 01 sonda Foley de 2 ou 3 vias
- 30ml de PVPI tópico
- 20ml de xilocaína gel
- 01 agulha descartável 40x12

SES
3957
Fls.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 01 bolsa coletora sistema fechado
- 10cm de esparadrapo

PROCEDIMENTOS

- Colocar o paciente na posição de litotomia
- Abrir o pacote de cateterismo vesical
- Colocar PVPI na cúpula
- Abrir a seringa, agulha, sonda e colocá-las dentro do campo estéril
- Calçar luvas
- Testar o balonete da sonda
- Aspirar 30ml de água destilada
- Proceder a anti-sepsia com auxílio de pinças e gazes
- Iniciar pela região supra-púbica com movimentos firmes, unidirecionais transversos da esquerda para a direita, trocando a gaze a cada movimento
- Proceder a anti-sepsia na face interna da coxa iniciando pelo lado mais distante, de cima para baixo, até a região inguinal
- Pegar o pênis com uma gaze e passar o anti-séptico por todo o corpo do mesmo
- Afastar o prepúcio e limpar toda a glande
- Proceder a limpeza do meato urinário
- Deixar a pinça sobre o campo do pacote
- Colocar o campo fenestrado
- Visualizar o meato uretral
- Colocar a cuba rim sobre o campo fenestrado
- Lubrificar a sonda com xilocaína gel (sexo feminino) ou injetar de 10 a 20ml de xilocaína (sexo masculino)
- Introduzir a sonda até o Y (18 a 20 cm)
- Deixar drenar a urina
- Insuflar o balonete da sonda com água destilada
- Tracionar a sonda até que se encontre resistência
- Conectar a extensão da bolsa coletora
- Fixar a sonda na coxa do paciente
- Recolher o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento feito, intercorrências e respectivos gastos

LAVAGEM DE SONDA VESICAL

NORMAS

- A Lavagem de Sonda Vesical deverá ser realizada conforme prescrição médica ou quando houver obstrução da sonda

ROTINAS

- Anotar na Evolução de Enfermagem a cor e aspecto do líquido drenado

MATERIAIS

- Bandeja contendo:
- 01 seringa de vidro de 50ml

394
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- 01 campo fenestrado
- 05 unidades de gazes
- 02 cuba rim
- 01 par de luvas estéreis
- Soro fisiológico conforme anotação de enfermagem

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito
- Abrir o pacote
- Abrir o soro
- Colocar o soro fisiológico na cuba-rim
- Calçar as luvas, conforme técnica asséptica
- Colocar o campo fenestrado
- Pegar as gazes
- Desconectar a sonda do prolongamento e colocá-los no campo
- Aspirar soro fisiológico com as seringa e introduzir na sonda
- Aspirar o conteúdo injetado e desprezar na cuba-rim vazia
- Repetir o procedimento até desobstruir a sonda
- Conectar o prolongamento à sonda
- Recolher o material utilizado
- Deixar a unidade em ordem
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem e o gastos em impresso padronizado

IRRIGAÇÃO POR SONDA VESICAL DE 3 VIAS

NORMAS

- Não perfurar o frasco do soro fisiológico
- Fazer a irrigação vesical quando houver prescrição médica
- Se o líquido drenado flor de coloração vermelho vivo, deixar a solução fluir rapidamente, até que a drenagem se torne mais clara. E se a drenagem for clara, deixar a solução fluir por mais ou menos 40 gotas por minuto
- Anotar o volume de solução que foi infundido

ROTINAS

- Esvaziar o coletor de urina sempre que estiver cheio
- Anotar na Evolução de Enfermagem: volume, cor e aspecto do líquido drenado
- MATERIAIS
- Soro fisiológico ou medicação, conforme Evolução de Enfermagem
- 02 equipos
- 01 agulha 40x12 estéril
- 01 par de luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos

SES
3459
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Montar o soro com os dois equipos
- Conectar o equipo à sonda
- Deixar drenar a solução
- Trocar o frasco de soro antes de terminar de drenar toda a solução
- Repetir as trocas dos frascos de soro enquanto houver indicação médica
- Fechar a via da sonda, ao final da irrigação, com a tampa de proteção da agulha 40x12
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem inclusive os respectivos gastos

RETIRADA DE SONDA VESICAL

NORMAS

- A sonda vesical é retirada conforme solicitação médica

ROTINAS

- Em pacientes que permaneceram sondados, por período prolongado, é realizado o treinamento vesical que consiste em fechar a sonda por 3 horas e abri-la por 10 minutos, repetir o procedimento por 5 vezes
- Após a retirada da sonda vesical deve ser observado atentamente, se o paciente vai apresentar micção espontânea, em caso negativo, o médico deve ser comunicado imediatamente
- Os pacientes conscientes e orientados são incentivados a ingerir bastante água

MATERIAIS

- Um carrinho de curativo contendo:
- Luvas de procedimento
- 01 pacote de gazes
- Benzina
- Seringa descartável de 20ml
- Comadre
- Saco de lixo

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Calçar luvas
- Medir o volume de urina existente na bolsa coletora, se o paciente tiver controle de diurese
- Esvaziar a bolsa, desprezando a urina na comadre
- Retirar o esparadrapo com gaze embebida em benzina
- Aspirar a água destilada do balonete
- Retirar a sonda lentamente
- Desprezá-la juntamente com a bolsa coletora no saco de lixo do carrinho de curativo
- Recolher o material e desprezar o lixo no expurgo
- Deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem: data, horário da retirada e os gastos referentes ao procedimento realizado

SES
394
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CURATIVOS

CURATIVO LIMPO

TIPOS DE CURATIVOS LIMPOS

- Incisões cirúrgicas, punções e drenagens

FINALIDADES

- Manter a área limpa
- Evitar o aparecimento de infecções
- Promover a cicatrização
- Observar o aspecto da cicatriz cirúrgica

NORMAS

- O curativo deve ser feito mediante prescrição médica
- Em caso de múltiplos curativos, os mesmos devem ser feitos obedecendo a regra do mais limpo para o mais contaminado

ROTINAS

- As medicações e/ou pomadas devem ser usadas conforme solicitação médica
- A freqüência da troca do curativo segue prescrição médica ou quando se fizer necessário
- Na presença de qualquer tipo de secreção (serosa serosanguinolenta ou purulenta) deve-se colher swab para cultura e antibiograma

MATERIAIS

- Um carrinho de curativo contendo:
- 01 pacote de curativo
- Gaze
- Luva estéril
- Almotolias com PVPI tópico, com soro fisiológico 0,9% aquecido
- Soluções anti-sépticas, medicações e pomadas conforme prescrição médica
- Esparadrapo, micropore ou fita adesiva
- Tesoura (de ponta romba) específica do carrinho de curativo
- Balde forrado com saco de lixo

PROCEDIMENTOS

- Encaminhar o paciente para a sala de procedimento
- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito, solicitando a sua colaboração
- Colocar o paciente em posição adequada, facilitando o acesso a área do curativo
- Aproximar o lixo do leito
- Calçar as luvas
- Abrir o pacote de curativo, em mesa auxiliar, usando técnica asséptica
- Limpar a área ao lado do ferimento, com uma gaze embebida em solução prescrita (soro fisiológico 0,9% ou PVPI tópico)
- Remover o curativo anterior, utilizando a primeira pinça do pacote, com benzina e desprezá-la no lixo
- Afastar a primeira pinça para a borda do campo estéril

396
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Montar a segunda pinça com gaze e umedecer com solução indicada na prescrição
- Proceder a limpeza da lesão, quantas vezes for necessário e secar
- Realizar a anti-sepsia da lesão, com solução indicada na prescrição
- Aplicar pomada e/ou medicamentos, conforme prescrição médica
- Confeccionar o novo curativo
- Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável
- Recolher o material
- Encaminhar ao expurgo o material utilizado, dispensando os cuidados necessários
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, hora, aspecto do curativo, presença ou não de sinais flogísticos, presença ou não de secreção (quantidade, coloração)
- Anotar os gastos em impresso padronizado

OBSERVAÇÕES GERAIS

- observar sempre o aspecto, coloração, existência de secreções e edemas, realizando palpação delicada
- curativos de punções devem ser trocados à cada 24 horas
- o curativo pode ser feito utilizando-se luva estéril e/ou pacote de curativo
- após a antissepsia da área, poderão ser aplicados cremes ou pomadas, se prescritos
- estar atento quanto a alergias na utilização da solução com iodo e esparadrapo

CURATIVO CONTAMINADO

TIPOS DE CURATIVOS CONTAMINADOS

- Ulcerações, ostomias e escoriações

FINALIDADES

- Promover a restauração da circulação e da função celular
- Prevenir necrose das estruturas mais profundas
- Estimular cicatrização do tecido
- Controlar infecção

NORMAS

- O curativo deve ser feito mediante prescrição médica
- Em caso de múltiplos curativos, os mesmos devem ser feitos obedecendo a seguinte regra: do mais limpo para o mais contaminado

ROTINAS

- As medicações e/ou pomadas devem ser usadss conforme solicitação médica
- A freqüência da troca do curativo segue prescrição médica ou quando se fizer necessário
- Quando o profissional de Enfermagem realizar curativo com presença de secreção (sangue, pus), deve usar luvas de procedimento não estéril para sua proteção

MATERIAIS

- Um carrinho de curativo contendo:
- 01 pacote de curativo contendo: 02 pinças Kelly 16cm, 10m de gaze, 01 campo 50x50cm)
- Soluções anti-sépticas, medicações e pomada cicatrizante, conforme prescrição médica

3960
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Esparadrapo, micropore ou fita adesiva
- Tesoura específica (de ponta romba) do carrinho de curativo
- Balde forrado com saco de lixo
- 01 par de luvas de procedimento estéril
- Almotolias com PVPI tópico e degermante
- Solução fisiológica 0,9% (500 ml)
- Gaze
- Chumaços, ataduras de crepe (se necessário)

PROCEDIMENTOS

- Encaminhar o paciente para a sala de procedimento
- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente, solicitando sua colaboração
- Colocar o paciente em posição adequada, facilitando o acesso à área do curativo
- Abrir o pacote de curativo, em mesa auxiliar, usando técnica asséptica
- Calçar as luvas
- Aproximar o lixo do leito
- Com pinça e gaze, lavar o ferimento com soro fisiológico 0,9%, primeiro externamente e a seguir as bordas e por último a ferida propriamente dita, repetindo o processo quantas vezes forem necessárias
- Montar a segunda pinça com gaze e umedecer com solução indicada na prescrição
- Proceder à limpeza da lesão, quantas vezes for necessário e secar
- Realizar anti-sepsia da lesão, com solução indicada na prescrição
- Aplicar pomada e/ou medicamentos, conforme prescrição médica
- Confeccionar o novo curativo
- Deixar o ambiente em ordem e o paciente confortável
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Anotar na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado, aspecto do curativo, presença ou não de sinais flogísticos, presença ou não de secreção (quantidade, coloração)
- Anotar os gastos em impresso padronizado

ROTINAS RELACIONADAS A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

NORMAS

- Médicos e enfermeiros compartPedro Ilm a responsabilidade da terapia medicamentosa, entretanto é a equipe de enfermagem que na maioria das vezes administra medicações ao paciente, sendo responsável verdadeiramente pela sua segurança. Por isso é preciso conhecimento e prática para um desempenho competente e seguro
- A medicação do paciente deve ser preparada e acondicionada em carrinhos específicos para este fim

ROTINAS

- Seguir a Prescrição Médica todo medicamento deve estar prescrito pelo médico
- Seguir a regra dos SEIS CERTOS:
- Medicamento Certo
- Paciente Certo
- Via Certa

SES
3967
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

- Dose Certa
- Horário Certo
- Método de Administração Certo
- Administrar somente as medicações preparadas por você
- Evitar conversas durante o preparo do medicamento
- Nunca administrar medicamentos sem rótulos ou já vencidos
- O local de preparo das medicações deve estar sempre limpo e organizado
- Somente quando necessário, as medicações podem ser administradas até meia hora antes ou meia hora depois do horário aprazado. Passando esse tempo o aprazamento deve ser refeito.
- Medicamento prescritos para agora devem ser administrados imediatamente
- A obediência ao esquema-aprazamento é essencial para aumentar a eficácia da terapia medicamentosa
- Não administrar medicamentos cuja prescrição não estiver legível, em caso de dúvida comunicar à enfermeira de plantão
- As medicações prescritas SN (se necessário), SO (sob orientaçã) ou ACM (a critério médico) só serão administradas após avaliação médica ou, em sua ausência pela avaliação da enfermeira de plantão. Caso contrário, não deve ser administrado.
- Identificar as medicações preparadas com o nome do paciente, quando preparadas ao mesmo tempo para mais de um paciente
- As medicações devem se levadas em bandejas até o leito do paciente
- Solicitar ajuda, quando necessário, para administração dos medicamentos
- A enfermeira deve conhecer todos os aspectos das principais drogas utilizadas na UTI
- Checar as prescrições e as drogas dos pacientes
- O carrinho de medicação de conter suporte ou balde com saco de lixo e recipiente rígido com tampa para materiais perfuro cortantes
- Oeve conter recipiente com algodão seco e frasco de álcool a 70%, para a desinfecção e/ou anti-sepsia necessárias à administração de medicamentos
- Os medicamentos devem se administrados, conforme horários padronizados:
- 4/4hs > 08:00 – 12:00 – 16:00 – 20:00 – 24:00 – 04:00
- 6/6hs > 08:00 – 14:00 – 20:00 – 02:00
- 8/8hs > 08:00 – 16:00 – 24:00
- 12/12hs > 08:00 – 20:00
- A enfermeira da unidade deve:
- Supervisionar o preparo e administração do medicamento
- Consentir ou não na administração de medicações prescritas verbalmente
- Registrar intercorrências ocorridas e avisar ao médico, quando necessário
- Responsabilizar-se por medicações prescritas SN, SO ou ACM na ausência do médico
- Controlar a organização do estoque e validade das medicações da unidade
- Procurar previamente saber se o paciente possui hipersensibilidade a algum medicamento
- Avaliar os fatores que possam afetar a absorção, distribuição, metabolismo e eliminação da droga

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos antes e após o preparo da medicação
- Certificar-se da existência do material necessário à administração dos medicamentos no carrinho (algodão, álcool a 70%, etc...)
- Encaminhar-se com o carrinho para o corredor da unidade
- Levar ao quarto/enfermaria somente a medicação do paciente, mantendo o carrinho do lado de fora, no corredor
- Administrar os medicamentos, com técnica asséptica

SES
3964
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

- Desprezar seringas, agulhas, bolas de algodão em seus devidos lugares

AÇÃO DAS DROGAS NO ORGANISMO VIVO

LOCAL

- Efeito da droga no ponto de aplicação que pode ser na pele e membrana mucosa

GERAL

- É o efeito da droga após atingir um órgão ou tecido através da corrente circulatória

TIPOS DE AÇÃO GERAL

- Estimulante: aumentam a atividade de um tecido ou órgão
- Deprimente: produzem uma leve e temporária irritação do tecido
- Antagônica: dois ou mais medicamentos com ações contrárias
- Sinérgica: ações semelhantes, um reforça a ação do outro
- Cumulativa: de eliminação lenta, acumulando-se no organismo podendo produzir sintomas
- Local/geral: determinadas drogas aplicadas para produzir um efeito local podem ser absorvidas e produzirem efeito geral

DOSAGEM

Dose é determinada quantidade de uma droga administrada no organismo a fim de produzir efeito terapêutico e pode ser máxima, tóxica e letal.

CONDIÇÕES QUE AFETAM A DOSAGEM

- Idade
- Peso
- Sexo
- Temperamento
- Idiossincrasias
- Método de administração
- Tempo de administração
- Condições do paciente

PRINCIPAIS VIAS E MÉTODOS	
ORAL BUCAL	Deglutinação Sublingual Gavage
PARENTERAL ou PARENTÉRICA	Intra-arterial Intravenosa Intramuscular Subcutânea Intradérmica Intraperitoneal Intra-raquiana Intratecal Intra-esternal
RESPIRATÓRIA	Instilação nasal Nebulização Vaporização

SES
3269
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

RETAL	Enema ou clister Supositórios
VAGINAL	Lavagens Instilação Supositórios Óvulos ou comprimidos
CUTÂNEO	plicação tópica
OCULAR	Instilação Lavagem Aplicação tópica

MANUSEIO E INSTALAÇÃO DE SORO

NORMAS

- Trocar o equipo a cada 48 horas, desde que o mesmo possua injetor lateral
- Trocar o equipo usado para administração de sangue e seus derivados ou lipídios em 24 horas

ROTINAS

- Para pacientes que recebem grande volume de medicamentos, deve ser utilizado o dispositivo de duas ou quatro vias para infusão parenteral
- Caso seja necessário fazer o "respiro" no frasco de soro, ele deve ser desinfetado com álcool a 70% e perfurado com agulha de fino calibre

PROCEDIMENTOS

- Observar a prescrição do soro
- Transcrever todos os itens no rótulo
- Verificar a limpidez da solução
- Separar as medicações a serem utilizados
- Lavar as mãos
- Friccionar algodão embebido em álcool a 70% na haste do frasco
- Cortar a haste com tesoura ou removê-la, quando se tratar de frasco com dispositivo de abertura especial
- Desinfetar o gargalo das ampolas com algodão embebido em álcool a 70%
- Utilizar o mesmo algodão para auxiliar na abertura das ampolas
- Aspirar as soluções com seringa estéril e introduzi-las no frasco de soro
- Instalar o equipo, tomando cuidado para não contaminá-lo
- Proteger com gaze estéril os soros seguintes ao levá-los à enfermaria
- Oesprezar os frascos vazios no saco de lixo do carrinho de curativo
- Lavar as mãos após o procedimento
- Checar o soro na prescrição, anotar o horário em que iniciou, datar e assinar

IRRIGAÇÃO OCULAR

NORMAS

- O procedimento é feito mediante prescrição médica
- Deve se verificar na prescrição, qual o olho que necessita da irrigação
- O frasco de soro fisiológico é de uso exclusivo do paciente
- O frasco de soro fisiológico deve ser trocado a cada 6 horas

3866

ROTINAS

- O procedimento deve ser realizado quantas vezes forem necessárias, para que haja a total remoção das secreções

MATERIAIS

- Frasco(s) de soro fisiológico de 125ml
- Gaze
- Cuba-rim ou campo limpo
- Agulha 40x12
- Bolas de algodão
- Álcool a 70%

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar ao paciente o procedimento a se realizar
- Deixar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás e na direção do lado do olho afetado
- Fazer a desinfecção no frasco de soro fisiológico com álcool a 70% (friccão por 3 minutos)
- Conectar agulha 40x12
- Lavar os cílios e as pálpebras com soro fisiológico, colocando uma cuba-rim ou um campo limpo no lado afetado da face para coletar o fluxo
- Manter a pálpebra aberta pelo polegar e os outros dedos, ou se possível, pedir para o paciente puxar a pálpebra inferior para baixo com seu dedo indicador
- Pedir para o paciente olhar para cima
- Irrigar com soro fisiológico ao longo do saco conjuntival, fluindo a solução do canto interno para o externo, usando apenas pressão necessária para a retirada das secreções
- Pedir para o paciente fechar os olhos, ocasionalmente e repetir o processo
- Secar o excesso da solução com uma gaze
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar prescrição médica
- Anotar na Evolução de Enfermagem a quantidade de soro utilizada e caracterizar a secreção

INSTILAÇÃO OFTALMOLÓGICA

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica
- Deve-se conferir com a prescrição médica, qual o olho que necessita da medicação

ROTINAS

- Quando o paciente apresenta secreção ocular, é realizada a irrigação no olho afetado, conforme rotina descrita

MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo:

Digitally signed by HELIO PEREIRA DE ALENCAR JUNIOR:03147107106
Date: 2014.10.11 10:23:07 -03'00'
Reason: Digitalização
Location: Sobral, CE

- Aspirar medicação + diluente, conforme prescrição médica
- Identificar seringas e/ou buretas com nome da medicação e data
- Preparar a seringa de 3ml com água destilada
- Levar o material para próximo ao leito do paciente
- Testar a permeabilidade do cateter com SF 0,9%
- Infundir a medicação lentamente ou gota/gota CPM
- Atentar quanto a reações adversas do paciente
- Lavar o acesso venoso após administração, caso ele permaneça fechado
- Organizar o leito e o material utilizado
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição e relatar eventuais intercorrências

MEDICAÇÕES POR AVC – ACESSO VENOSO CENTRAL

NORMAS

- A seqüência das medicações nas torneirinhas deve ser a seguinte:
- Proximal/distal
- 1O NPS
- 2O Oopamina
- 3O Dobutamina
- 4O Outras medicações
- 5O Plano de Manutenção

PROCEDIMENTOS

- Certificar-se quanto à medicação prescrita
- Lavar as mãos
- Preparar os materiais
- Fazer assepsia da ampola ou frasco ampola
- Acoplar a agulha à seringa
- Abrir ampolas de diluentes e de medicação
- Aspirar medicação + diluente conforme prescrição médica
- Conectar a medicação na torneirinha disponível
- Fechar a torneirinha para as medicações de infusão contínua (exceto se a medicação for infundida na bureta)
- Administrar lentamente ou gota/gota CPM
- Atentar quanto a reações adversas do paciente
- Fechar a torneirinha e retirar seringa/bureta permanecendo aberta para as demais medicações
- Lavar com SF 0,9% quando não houver medicações de infusão contínua
- Organizar o leito e o material utilizado
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição e relatar as eventuais intercorrências

MEDICAÇÕES POR BURETA GRADUADA

PROCEOIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Acoplar o frasco de soro à bureta
- Comprimir o frasco de soro a fim de preencher a bureta com volume adequado CPM

- Validade da droga após diluição
- Velocidade de infusão que a criança pode tolerar com segurança
- Compatibilidade entre as drogas
- Melhores horários de infusão considerando com as demais medicações
- Certificar-se da existência de um acesso venoso puncionado
- Lavar/testar o acesso venoso com solução fisiológica 0,9% antes e após a administração do medicamento quando o paciente não estiver em soroterapia
- Conferir com precisão a prescrição médica
- Diluir a medicação conforme prescrição ou em maior volume quando vesicante. Ex.: antibióticos de 2A ou 3A geração em maior volume
- Antibióticos ou eletrólitos que requerem um tempo maior de infusão devem ser administrados em bomba de seringa ou (equipo) bureta. Em caso de volumes maiores pode-se utilizar bomba de infusão.
- Quando o paciente possuir AVP e AVC dar preferência ao AVC para correções eletrolíticas (no local da PVC) e AVP para infusão de sangue e/ou seus derivados
- Ficar atento a sinais de hiperemia, de sensibilidade dolorosa, de infiltração, flebite ou presença de secreção para retirada do cateter
- Conhecer os dispositivos existentes no setor bem como seu manuseio para uma eficaz administração medicamentosa. Ex.: plug, torneirinhas, extensor, equipos, etc...
- Diluir os medicamentos utilizando ampolas de água destilada ou na sua ausência, frascos de 125ml ou 200ml de água, salvo se prescritos diluentes específicos como SG ou SF.
- Ampolas possuem dose única, portanto não devem ser guardadas depois de abertas. Frasco-ampolas podem ser guardados desde que identificados com volume de diluição, data, hora e assinatura. Ex.: 10ml de H2O, 15/01, 18hs, Maria
- É de responsabilidade do auxiliar/técnico de enfermagem que preparou a medicação e a reposição das drogas utilizadas do estoque ou do carrinho de parada
- Quando necessário infundir medicações EV de infusão contínua, dando preferência às veias calibrosas
- Ao infundir hemoderivados, dar preferência aos acessos venosos periféricos e não centrais pois tendem a dificultar o acesso de outras drogas, bem como obstruí-lo
- Estar atento quanto ao extravasamento da solução endovenosa para fora da parede vascular, pois pode causar irritação, isquemia, destruição do tecido, etc...

MATERIAIS

- Bandeja
- Medicação
- Diluente apropriado
- Agulha 40x12
- Seringa graduada ou (equipo) bureta ou frasco de soro, para medicamento e/ou extensor de seringa
- Algodão embebido em álcool a 70%
- Seringa de 3 ml com SF 0,9% SN

PROCEDIMENTOS

- Certificar-se quanto à medicação prescrita
- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Fazer assepsia da ampola ou frasco-ampola
- Acoplar a agulha à seringa
- Abrir ampolas de diluentes e de medicação

- Explicar ao paciente e seu acompanhante o que será feito
- Instalar no paciente deixando-o confortável
- Arrumar a unidade do paciente, levando para o posto de enfermagem o material não utilizado
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento e intercorrências no prontuário

OBSERVAÇÕES GERAIS

- O nebulizador deverá ser desinfetado a cada troca de plantão
- O macronebulizador e circuito deverão ser desinfetados a cada 24 horas
- Deve-se atentar para o tipo de gás prescrito, pois existem patologias que não se recomenda o uso de oxigênio

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA POR VIA ENDOVENOSA

NORMAS

- É a via que permite a introdução de medicamentos diretamente na corrente sangüínea
- A droga administrada por esta via tem seu efeito quase que instantâneo, e o controle posterior é limitado
- É preciso saber se a criança possui alergia medicamentosa, previamente a seu uso
- A maioria das drogas requer uma diluição mínima e/ou velocidade de infusão específica e muitos provocam elevada irritação e toxicidade nos tecidos externos ao tecido vascular
- É uma técnica estéril
- As medicações nunca devem ser acrescentadas ao sangue ou a seus derivados
- São necessários os seguintes fatores ao preparar e administrar medicamentos aos pacientes por esta via:
- Quantidade da droga a ser infundida
- Diluição mínima
- Solução adequada de diluição
- Período de tempo em que a droga pode ser administrada com segurança
- Velocidade da droga após diluição
- Velocidade de infusão que o paciente pode tolerar com segurança
- Compatibilidade entre as drogas
- Melhores horários de infusão considerando as demais medicações

ROTINAS

- É a via que permite a introdução de medicamentos diretamente na corrente sangüínea
- A droga administrada por esta via tem seu efeito quase que instantâneo e o controle posterior é limitado
- É preciso saber se a criança possui alergia medicamentosa, previamente a seu uso
- A maioria das drogas requer uma diluição mínima e/ou velocidade de infusão específica e muitos provocam elevada irritação e toxicidade nos tecidos externos ao tecido vascular
- É uma técnica estéril
- As medicações nunca devem ser acrescentadas ao sangue ou a seus derivados
- São necessários os seguintes fatores ao preparar e administrar medicamentos às crianças por esta via:
- Quantidade da droga a ser infundida
- Diluição mínima
- Solução a adequada de diluição
- Período de tempo em que a droga pode ser administrada com segurança

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Orientar o paciente para assoar o nariz suavemente e oferecer-lhe um pano úmido, para que ele remova o excesso de muco das narinas, se possível
- Deixar o paciente sentado ou deitado com a cabeça inclinada para trás, com o apoio de coxins (rolos de lençol ou toalha sob o pescoço do paciente)
- Empurrar a ponta do nariz do paciente, levemente
- Instilar o número de gotas prescrito, sem tocar o conta-gotas nas narinas
- Pedir ao paciente para permanecer nesta posição de 3 a 5 minutos, respirando pela boca
- Recolher o material
- Checar a prescrição médica

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS COM AUXÍLIO DE UM GÁS NEBULIZAÇÃO

Forma de tratamento curativo e preventivo das várias afecções das vias respiratórias, através de substâncias associadas a um gás ar comprimido ou oxigênio.

FINALIDADES

- Fluidificar secreções do trato respiratório
- Oxigenar o paciente

Tratamento de afecções

MATERIAIS

- Água estéril
- Copo
- Fluxômetro
- Máscara ou tubo em T
- Medicação
- Nebulizador
- Oxigênio ou ar comprimido
- Seringa
- Traquéia

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Separar o material, certificando-se de que esteja em perfeitas condições de uso: traquéias, máscaras íntegras, etc...
- Levar o material para a unidade do paciente
- Explicar ao paciente o que vai ser feito, solicitando sua colaboração
- Adaptar o fluxômetro à fonte de gás
- Adaptar o nebulizador ao fluxômetro
- Colocar água ou medicamento no recipiente próprio
- Testar a aparelhagem antes de instalá-la no paciente
- Certificar-se do fluxo de gás prescrito

- Colocar uma fina faixa de pomada ao longo da bolsa conjuntival, a partir da comissura palpebral interna para a externa
- Liberar a pálpebra
- Pedir para o paciente para que movimente o globo ocular com os olhos fechados, para distribuição medicamento
- Limpar com uma gaze, o excesso de pomada
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 3869

INSTILAÇÃO OTOLÓGICA

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica
- Deve-se conferir com a prescrição médica qual o ouvido que necessita de medicação

MATERIAIS

- Carinho de medicação contendo:
- Medicação prescrita
- Bolas de algodão

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Deixar o paciente deitado de lado com o ouvido que irá receber o medicamento exposto ou sentado com a testa inclinada para cima e virada completamente para o lado oposto em que v ai ser instilado o medicamento
- Puxar, suavemente, o pavilhão auricular para cima e para trás em pacientes adultos e para baixo e para trás em pacientes infantis
- Apoiar a mão dominante que segura o frasco, sobre a cabeça do paciente
- Instilar o número de gotas prescrito, contra a parede do canal auditivo, sem tocar o frasco no ouvido do paciente
- Comprimir uma pequena bola de algodão na abertura do canal auditivo, para impedir que a medicação escorra para fora
- Orientar para o paciente permanecer nesta posição de 3 a 5 minutos, se possível
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

INSTILAÇÃO NASAL

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica

MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo medicação prescrita

- Medicação oftálmica prescrita
- Pacote de gazes

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Deixar o paciente em decúbito dorsal ou sentado inclinando a cabeça para trás e na direção do lado do olho afetado, de maneira que o excesso de medicação não escorra para o duto lacrimal
- Proceder a irrigação ocular, se necessário, conforme rotina
- Puxar, delicadamente, a pálpebra inferior para baixo com o dedo indicador, para fomar um receptáculo
- Apoiar a mão dominante sobre a fronte do paciente, segurando o frasco de medicamento
- Instilar o número de gotas prescrito no receptáculo (bolsa conjuntival) e não na córnea
- Liberar a pálpebra
- Pedir para o paciente fechar os olhos lentamente, sem contraí-los
- Enxugar o excesso da medicação com uma gaze
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

APLICAÇÃO DE POMADA OFTÁLMICA

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica
- Deve-se conferir com a prescrição médica, qual o olho que necessita da medicação

RDTINAS

- Quando o paciente apresenta secreção ocular é realizada a irrigação no olho afetado, conforme rotina descrita

MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo:
- Pomada oftálmica
- Pacote de gazes

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Deixar o paciente em decúbito dorsal ou sentado
- Proceder a irrigação ocular, se necessário, conforme rotina
- Puxar, delicadamente, a pálpebra inferior para baixo com o dedo indicador
- Apoiar a mão dominante sobre a fronte ou a bochecha do paciente, segurando o tubo de pomada

- Aspirar medicação CPM
- Realizar assepsia da borracha própria para introdução da medicação
- Introduzir medicação pelo orifício próprio da bureta
- Preencher o equipo da bureta, retirando o ar
- Identificar a bureta com data e medicação
- Proceder a administração conforme rotina

MEDICAÇÕES EV POR BOMBA DE SERINGA

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Aspirar a medicação em seringa apropriada
- Acoplar o extensor à seringa e preenchê-lo com medicação retirando o ar do mesmo
- Identificar a seringa com data e medicação
- Levar próximo ao leito do paciente
- Programar a bomba de seringa conforme manual e Prescrição Médica
- Conectar o extensor ao acesso do paciente
- Iniciar a infusão
- Proceder à administração conforme rotina
- Lavar o extensor de seringa com SF 0,9% ou água destilada após o término da medicação e acondicioná-la SN
- OBS.: caso a medicação seja administrada pelo ejetor lateral do equipo de soro, administrar a medicação com agulha 25x7cm após assepsia da borracha

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INALATÓRIA

NORMA

Vide neste manual a Técnica de Inalação

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTDS POR VIA INTRADÉRMICA

NORMAS

- A via intradérmica é comumente usada para testes alérgicos e exposição a doenças específicas
- Nestes casos, após a injeção do teste deve-se circular a pápula, com uma caneta esferográfica e aguardar 15 minutos
- Considera-se a leitura positiva, quando houver edema e hiperemia que ultrapassem a área delimitada pela caneta
- Os locais para aplicação de teste, via intradérmica, são: face anterior do antebraço, porção superior do tórax e região escapular

ROTINAS

- O teste é realizado conforme prescrição médica e sob supervisão do enfermeiro

MATERIAIS

- Seringa preparada com o medicamento prescrito

- Bolas de algodão
  - Álcool a 70%
- Caneta azul ou preta, se necessário

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento a ser feito
- Realizar exame físico e escolher o melhor local para realização do teste
- Proceder a antissepsia do local bolas de algodão embebidas em álcool a70%
- Esticar a pela para baixo com mão não dominante
- Inserir a agulha a um ângulo de 10 a 15D, com o bisel para cima em movimento rápido e suave
- Injetar a droga e observar a formação da pápula
- Retirar a agulha e comprimir, suavemente, com uma bola de algodão
- Delimitar a área com uma caneta esferográfica
- Deixar o paciente confortável
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição e relatar, na Evolução de Enfermagem, as eventuais intercorrências
- Observar reações geral e local a cada 5mts, para possíveis reações alérgicas (dispnéia, hipotensão, sudorese, etc...)

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA POR VIA INTRAMUSCULAR

NORMAS

- É via de aplicação do medicamento no tecido muscular.
- Há 4 (quatro) músculos básicos: Deltóide, Ventroglúteo, Glúteo e Vasto lateral
- O local escolhido depende de alguns fatores: condições da musculatura, volume do medicamento, tipo de medicação, idade da criança, capacidade da criança de assumir a posição necessária, freqüência e o número de injeções aplicadas
- A região ventroglútea não possui nervos nem grandes vasos sangüíneos, sendo assim de boa escolha
- O Glúteo não é aceitável para crianças que ainda não andam pois sua massa muscular não é espessa, tem proximidade ao nervo ciático, a grandes vasos sangüíneos e ao osso
- D Deltóide não deve ser utilizado com freqüência pois é um músculo pequeno e próximo ao nervo radial
- O Vasto Lateral é um músculo seguro por não haver vasos sangüíneos e nervos importantes na sua proximidade
- Toda Medicação Intra Muscular é aplicada com agulha em ângulo de 90O

ROTINAS

- Não aplicar medicamento intra muscular com a criança em pé
- Quando houver dificuldade, procurar auxílio da enfermeira
- Se recém-nato menor de 1kg o volume máximo de medicação será 25 UI
- Se recém-nato maior de 1kg o volume máximo de medicação será 50 UI
- Não massagear o local de aplicação, somente pressioná-lo
- Em recém-nato de musculatura muito reduzida pode-se substituir a agulha de 25x7cm pela de 13x4,5cm

- Revezar os músculos a cada aplicação, quando a medicação estiver prescrita por horário
- Sempre que possível explicar o procedimento à criança
- Se a criança estiver dormindo é importante acordá-la para evitar traumas durante sonos subseqüentes
- O medicamento deve estar em temperatura ambiente
- Quando possível, distrair a criança
- Proporcionar conforto à criança após a aplicação, com elogios e carinhos
- Trocar a agulha quando aspirar medicações de frasco-ampola
- Medicações intra musculares não são diluídas

MATERIAIS

- Medicação prescrita
- Bandeja
- Algodão embebido em álcool a 70%
- Seringa graduada
- Agulha 27x7cm ou 13x4,5cm (SN)
- Algodão seco + fita adesiva>

PROCEDIMENTOS

- Certificar-se quanto à medicação na prescrição médica
- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Escolher o local para aplicação, seguindo o rodízio
- Realizar a assepsia do local com bolas de algodão embebidas em álcool a 70% com movimentos únicos em um mesmo sentido e esperar a pele secar
- Prender os músculos com os dedos indicador e polegar da mão não dominante
- Introduzir a agulha em ângulo de 90O com a pele, com o bisel voltado para baixo, em um movimento rápido e suave
- Soltar o músculo e segurar a seringa e com a mão dominante aspirar
- Injetar lentamente o medicamento
- Retirar a agulha e ao mesmo tempo pressionar o local com algodão seco a fim de não tracionar a pele e lesá-la
- Organizar o leito e os materiais utilizados
- Lavar a mãos
- Checar na prescrição e relatar eventuais intercorrências

OBS.: Nos casos em que se aspirar e retornar sangue, deve-se retirar a agulha e comprimir o local por 2 minutos. Deve ser preparado, novamente, o medicamento e se reiniciar o procedimento em outro local

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAVENOSA

NORMAS

- Esta via é utilizada para infusão de grande volume de líquidos, com a finalidade de reposição de líquidos e eletrólitos e serve também para manter um acesso para administrar medicamentos intravenosos e manter hidratado o paciente em jejum
- As principais complicações da administração de medicamento intravenoso são: sotoma, infiltração medicamentosa, flebite, esclerose, choque pirogênico e embolia

- É recomendado que se inicie a punção venosa pelas veias do dorso da mão, prosseguindo em direção ascendente
- É contra indicado puncionar veias das articulações, para infusão contínua de líquidos
- O medicamento é administrado conforme prescrição médica

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 3877 FUNC.

MATERIAIS

- Carrinho de curativo contendo:
- Medicamento preparado, conforme prescrição
- Bolas de algodão
- Álcool a 70%

PROCEDIMENTOS – INJETOR LATERAL DO EQUIPO DE SORO

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Checar a localização correta do cateter ou scalp e observar sinais de infiltrações, flebite
- Proceder a desinfecção do injetor lateral, com algodão embebido em álcool a 70%
- Inserir a agulha no injetor lateral e com a mão não dominante pinçar a porção anterior ao mesmo
- Administrar, lentamente, o medicamento e observar reações do paciente
- Retirar a agulha e soltar o equipo
- Repetir os itens de 7 a 9, se houver mais de um medicamento para ser administrado
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

PROCEDIMENTOS – DISPOSITIVO DE 2 OU 4 VIAS PARA INFUSÃO PARENTERAL

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Checar a localização correta do cateter ou scalp e observar sinais de infiltrações, flebite
- Desconectar a agulha da seringa, sem retirá-la
- Pinçar a via escolhida do dispositivo, com a mão não dominante e retirar a tampa sem contaminá-la
- Conectar a seringa ao dispositivo, liberando o mesmo
- Administrar o medicamento, lentamente, e observar as reações do paciente
- Pinçar o dispositivo e retirar a seringa
- Repetir os itens anteriores (8 e 9) se houver mais de um medicamento a ser administrado
- Recolocar a tampa no dispositivo e liberá-lo
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

OBS.: Se for instalado um frasco de soro com medicamento, deve-se mantê-lo conectado ao dispositivo, até o próximo horário, para que não haja contaminação da via

PROCEDIMENTOS – EQUIPO COM BURETA GRADUADA

- Reunir o material

- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Checar a localização correta do cateter ou scalp e observar sinais de infiltrações, flebite
- Pendurar o frasco do soro com a bureta no suporte
- Abrir o rolete do equipo conectado à bureta, preenchê-la com a quantidade indicada na prescrição e fechar
- Abrir o rolete do equipo a ser conectado, no acesso venoso e retirar o ar
- Conectar o equipo no acesso venoso, abrir o rolete e controlar o gotejamento
- Observar as reações do paciente
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 3878 FUNC.

OBS.: Se for necessário adicionar medicamento à bureta, deve-se fazer a desinfecção, com bola de algodão embebida em álcool a 70%, no orifício de borracha localizado na tampa da mesma e introduzir a agulha neste para injetar a droga

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA VIA OFTALMOLÓGICA

NORMAS

- Antes de aplicar medicações oftalmológicas observar com precisão o rótulo do frasco a fim de certificar-se de que a medicação é para esta via

ROTINAS

- A enfermeira deve atentar quanto a real necessidade desta medicação
- Crianças pequenas necessitam de leve contenção para uma segura aplicação da medicação. Crianças maiores necessitam apenas de explicação e orientação.
- As medicações devem estar em temperatura ambiente
- A leve pressão do canal lacrimal por sobre a pálpebra durante 1mnt evita a drenagem da medicação para a nasofaringe, eliminando o "gosto" desagradável da droga
- A medicação não deve ser administrada diretamente sobre a córnea
- Excesso de medicação deve ser retirada, do canto interno do olho para o externo, com cotonetes ou gazes
- O frasco da droga deve ficar a 2cm de distância dos olhos do paciente
- Solicitar ao paciente que movimente o globo ocular, para uma melhor distribuição da droga e caso ele não colabore, fazer movimentos leves circulares com a sua pálpebra
- Quando necessário, proceder à higiene ocular antes da aplicação medicamentosa
- Pode-se apoiar a mão que segura a medicação, na face ou região frontal do paciente a fim de obter maior segurança durante a administração

MATERIAIS

- Bandeja
- Medicação prescrita
- Gaze não estéril

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos

- Certificar-se na prescrição: via e dose
- Reunir o material
- Posicionar o paciente de forma adequada com a cabeça em extensão. Com o dedo indicador de uma das mãos puxar para baixo a pele periorbitária, expondo-se o saco conjuntival
- Instilar com a outra mão a medicação no saco conjuntival
- Fechar a pálpebra e com movimentos suaves de rotação distribuir a medicação
- Secar o excesso com a gaze
- Reposicionar o leito e guardar o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição e relatar eventuais intercorrências

GUIENCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3879
FUNC.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

NORMAS

- É usualmente a mais segura, mais econômica e mais conveniente
- Via em que a medicação é introduzida no trato gastrointestinal via oral, sonda gástrica ou jejunal, conforme prescrição médica
- Produz efeitos locais no sistema digestivo ou efeitos orgânicos gerais após sua absorção
- Auxilia no tratamento de patogenias que requeiram a via oral para introdução, trajeto e posterior absorção da droga

ROTINAS

- Avaliar o grau de instrução e condições gerais do paciente, se tem ou não possibilidade de ingerir a medicação sozinho
- Medicamentos líquidos devem ser homogeneizados antes de sua administração
- Segurar o frasco com o rótulo voltado para a mão, evitando danificá-lo
- As tampas dos frascos devem ficar com a face interna para cima
- Comprimidos não sulcados não devem ser partidos e sim diluídos a fim de obter mais precisão na dose prescrita
- Em recém-natos administrar lentamente a porção postero-lateral da língua evitando aspiração e regurgitamento
- Preparar e administrar somente as doses prescritas, utilizando copinho de plástico graduado e seringas
- Oferecer, quando possível, sucos, leite ou chá para facilitar na deglutição
- Quando houver sonda gástrica, sempre testá-la antes da administração medicamentosa
- Relatar ao enfermeiro quaisquer intercorrências
- Não misturar medicações ao alimento da criança nem uma às outras (no mesmo copinho ou seringa)
- Não administrar medicamentos à criança quando ela estiver chorando pelo risco de aspiração
- Permanecer ao lado do paciente, até que ele tome toda a medicação e se houver alguma dúvida, verificar a cavidade oral do paciente

MATERIAIS

- Bandeja contendo:
- Medicação prescrita
- Diluente
- Copinhos descartáveis graduados para a medicação
- Copo com água SN
- Seringa para medir ml

- Gaze

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Ler atentamente a prescrição médica, observando nome e dosagem do medicamento a ser administrado
- Separar o frasco do medicamento
- Lavar as mãos
- Retirar do frasco a quantidade de comprimidos ou líquido, que corresponda à dosagem prescrita, em gaze ou copo descartável/seringa respectivamente, tomando cuidado para que não entrem em contato com as mãos
- Fechar o vidro e recolocá-la no lugar correspondente
- Conferir mais uma vez o nome do paciente e a medicação a ser administrada
- Fazer assepsia da bandeja com álcool a 70%
- Preparar um medicamento de cada vez, aspirando na seringa SN
- Levar a bandeja próxima ao paciente
- Elevar o tórax do paciente ou a cabeceira da cama a 60D
- Administrar a medicação
- Permanecer com o paciente até certificar-se de que ela foi deglutida
- Quando usar seringa, colocá-la na região póstero-lateral da língua com a criança no colo ou em posição semi-reclinada
- Reposicionar o paciente, deixando-o confortável
- Organizar o leito e o local de preparo dos medicamentos
- Retornar ao posto de enfermagem com o material, dispensando os cuidados necessários
- Lavar as mãos
- Relatar e checar na prescrição

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Administrar os medicamentos somente com prescrição médica
- Nunca utilizar medicamentos contidos em frasco sem rótulo
- Ler 3 vezes o rótulo do frasco comparando-o com a prescrição médica
- Ao separar o frasco observar a data de validade e aspecto do medicamento
- Se houver vômitos logo após a administração, aguardar a criança se acalmar e repetir a dose. Em caso de vômitos decorrentes de 10/20 minutos após a administração, comunicar à equipe médica (caso de medicamentos controlados)

A administração da medicação oral é contra indicada quando:

- o medicamento irrita a mucosa gástrica
- o medicamento interfere na digestão
- o paciente não pode deglutir
- o cliente pós-operatório de alguma cirurgia na boca
- paciente inconsciente

VIA SONDA GÁSTRICA

MATERIAIS

Bandeja

- Medicação prescrita
- Copinho parar diluição + diluente
- 2 seringas graduadas
- Estetoscópio

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Fazer assepsia da bandeja com álcool a 70%
- Reunir o material e os medicamentos
- Certificar-se novamente na prescrição médica
- Preparar um medicamento de cada vez, aspergindo na seringa
- Levar a bandeja para próximo do paciente
- Posicionar o paciente corretamente. Ex. semi-Fowler
- Adaptar a seringa com aproximadamente 5ml de ar na extremidade da sonda
- Posicionar o estetoscópio na região hipocôndrica
- Infundir em movimento firme o ar da seringa auscultando sua correta posição
- Administrar a medicação prescrita
- Lavar a extensão da sonda com aproximadamente 3l de H2D
- Oeixar a sonda fechada. Caso necessite deixá-la aberta, abrir após 40 minutos de administração
- Reposicionar o paciente, organizar o leito e materiais utilizados
- Lavar as mãos
- Checar na prescrição e registrar as intercorrências

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL

- É a introdução de um medicamento no organismo por meio de uma punção, que pode ser na artéria, na veia, no músculo, no tecido subcutâneo, no derma.

FINALIDADES

- Obter ação imediata de um medicamento
- Administrar medicamentos que não podem ser administrados por via oral
- Evitar irrigações da mucosa gástrica

MATERIAIS

- Almotolia com álcool iodado a 1% ou álcool 70%
- Agulha 40x12
- Agulhas para administrar medicamentos
- Bandeja
- Bolas de algodão
- Conexão com múltiplas vias
- Equipo
- Frasco de solução
- Garrote
- Medicamento prescrito
- Seringas

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Ler atentamente a prescrição médica, observando: nome, dosagem e via parenteral a ser utilizada na administração do medicamento
- Separar o frasco ou ampola do medicamento
- Fazer a limpeza do frasco ou da ampola com algodão embebido em álcool iodado a 1% ou álcool 70%
- Aspirar o medicamento, diluindo-o, se necessário
- Trocar as agulhas colocando a específica para administração
- Levar a bandeja para próximo da unidade do paciente
- Explicar ao paciente e seu acompanhante o que vai ser feito
- Colocar o paciente em posição confortável, de acordo com a via parenteral prescrita
- Administrar o medicamento lentamente segundo técnica própria
- A agulha utilizada não deverá ser reencapada
- Retornar ao Posto de Enfermagem com o material utilizado, tomando os devidos cuidados com agulhas e seringas, desprezando-as em recipiente próprio
- Lavar as mãos
- Checar o horário da prescrição, anotando eventuais anormalidades

OBSERVAÇÕES GERAIS:

Insulina

- Deve-se fazer rodízio nos locais de aplicação, pois este medicamente causa necrose tecidual

Anticoagulante

- Alguns deles necessitam que sejam colocadas no local de aplicação, bolsas de gelo para profilaxia de trombose e hemorragia (via subcutânea) 15 minutos antes e 15 minutos depois
- Medicamentos à base de ferro
- Necessita da manobra de ziguezague para sua aplicação via intramuscular (traciona-se a pele injetando o medicamento com agulha longa num ângulo de 900 e, após a retirada da agulha, solta-se a pele)
- Deve-se observar cuidados com a aplicação via intramuscular na região glútea, que deve ser no quadrante superior externo, devido a presença de inúmeros feixes nervosos que passam pela região
- Não é recomendada a aplicação venosa de medicamentos em MMII devido ao perigo de deslocamento de trombos
- Identificar frasco de solução com rótulo específico

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA POR VIA RETAL

A mucosa intestinal por ser altamente vascularizada absorve rapidamente a substância introduzida sendo uma opção para administração de medicamentos de maneira não invasiva, quando houver riscos de se administrar a medicação por outra via.

FINALIDADES

- Administração de medicamentos
- Aliviar distensão abdominal e flatulência
- Aliviar constipação
- Preparo do paciente para cirurgia, exames, etc...

NORMAS

- A via retal é menos confiável para se administrar medicamentos, sendo às vezes, utilizado quando a administração por via oral é difícil ou está contra-indicada
- Por esta via a absorção da droga é lenta, menor ou nula devido à presença de fezes

ROTINAS

- Armazenar o supositório retal na geladeira, para facilitar o seu manuseio e administração
- Esta via é utilizada primariamente para administração de supositório ou sedativo
- Os supositórios ou sondas devem ser lubrificados com soluções hidrossolúveis, principalmente quando em recém natos
- A enfermeira deve estar atenta quanto à idade e tamanho da criança, avaliando assim a necessidade de diminuir ou não o supositório
- Se necessário, dividir o supositório, sempre longitudinalmente
- A privacidade do paciente deve ser preservada com a colocação de biombo
- Crianças que compreendem, devem ser orientadas
- Quando necessário solicitar auxílio

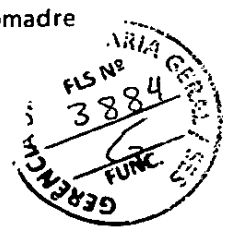
MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo:
- Comadre
- Substâncias ou medicamentos prescritos
- 01 par de luvas de procedimento
- Lubrificante hidrosolúvel
- Gaze
- Jarro com água morna
- Papel higiênico
- Impermeável
- Seringa
- Sonda retal

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- 2. Reunir o material a ser utilizado
- Levar o material para a unidade do paciente
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em posição de SIMS (decúbito lateral esquerdo, com a perna direita fletida)
- Forrar o leito com impermeável
- Calçar luvas de procedimento
- Retirar o supositório do invólucro e lubrificar sua extremidade, quando não glicerinado
- Descansar o supositório em uma gaze
- Afastar as nádegas com a mão não dominante
- Orientar o paciente para respirar profundamente pela boca
- Visualizar o ânus
- Introduzir, delicadamente, o supositório com dedo indicador de forma rápida mas suavemente assegurando-se de que foi colocado além do esfincter anal interno
- Retirar com gaze o excesso de lubrificante
- Solicitar também ao paciente que procure reter o medicamento pelo máximo de tempo possível, exercendo pressão sobre o esfincter
- Comprimir as nádegas do paciente até que a urgência de expelir o supositório tenha passado (3 a 5 minutos)
- Oferecer a comadre, caso o paciente não possa se deslocar para o banheiro
- Se necessário, fazer a higiene íntima (ver técnica própria)
- Reposicionar o paciente de forma confortável

- Organizar a unidade do paciente desprezando o material descartável, lavar e secar a comadre desprezando dejetos, encaminhar roupa suja para o hamper, solicitar a retirada do lixo
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Levar o resto do material para o expurgo, dispensando os cuidados necessários
- Checar na prescrição e relatar eventuais intercorrências
- Observar se houve resultado



Observações gerais:

- clisteres ou enemas algumas vezes necessitam estar mornos, para que seu efeito possa ser satisfatório a diferença existente entre clister e enema encontra-se na quantidade de líquido a ser introduzido: clister de 250ml a 500ml e enema até 250ml
- a armazenagem de supositórios deve ser feita em refrigerador pois, como são apresentados como substância cerosa, eles tendem a se desintegrar em ar ambiente

MEDICAÇÃO RETAL POR SONDA

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Aspirar a medicação e aproximadamente 3ml de ar
- Preencher a sonda com a medicação deixando a bolha de ar na seringa
- Descansar o extensor em uma gaze
- Orientar o paciente e posicioná-lo em decúbito lateral com a perna superior fletida
- Afastar as nádegas com a mão não dominante
- Introduzir a sonda aproximadamente 3 a 4cm
- Comprimir as nádegas do paciente e, em seguida, injetar a medicação até que a bolha de ar preencha o equipo
- Manter a compressão por 3 a 5 minutos
- Reposicionar o paciente de forma confortável e protegida com fralda ou comadre
- Organizar o material
- Checar na prescrição e relatar eventuais intercorrências

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA NASOENTERAL

NORMAS

- Os medicamentos devem ser administrados obedecendo-se à dose e horário previstos

ROTINAS

- Certificar-se do posicionamento correto da sonda antes de ministrar o medicamento

MATERIAIS

- Bandeja contendo:
- Seringa
- Copo com água filtrada
- Recipiente com medicação triturada em um pouco de água

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Triturar o comprimido em um copinho e misturar com água
- Levar a medicação na badeja, com outros materiais, ao leito do paciente
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito
- Testar a localização da sonda, aspirando com a seringa
- Lavar a sonda com 20ml de água
- Aspirar com a seringa a medicação diluída e introduzir a sonda
- Lavar a sonda com 20ml de água
- Fechar a sonda
- Recolher o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 3885 FUNC.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA

NORMAS

- Administrar medicamentos via sonda nasogástrica, conforme prescrição médica

MATERIAIS

- Seringa descartável de 20ml
- 01 pacote de gazes
- Cuba rim
- Copo com água
- Recipiente com a medicação triturada em um pouco de água

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Triturar a medicação em um copinho com um pouco de água
- Levar a medicação no carrinho específico, até o paciente
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Testar a localização correta da sonda, aspirando com a seringa
- Lavar a sonda com 20ml de água
- Aspirar com a seringa a medicação diluída e introduzir na sonda
- Lavar a sonda com 20ml de água
- Fechar a sonda por 30 minutos
- Deixar o paciente confortável
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOSA POR VIA SUBCUTÂNEA

NORMAS

- A via subcutânea é utilizada para administrar medicamentos, que necessitam de absorção lenta, pois o tecido é pouco vascularizado
- Os locais mais comuns para injeção subcutânea são: face externa da porção superior do braço, face anterior da coxa, região periumbilical, dorso superior e nádegas
- É contra indicada a utilização de locais inflamados, edemaciados, com cicatriz ou abrasões para a injeção subcutânea

- No caso da heparina após puncionado, não aspirar a seringa para evitar lesões de tecido e nunca massagear o músculo
- Ao administrar heparina não se deve verificar retorno venoso nem massagear o local pois pode-se provocar hemorragias teciduais localizadas
- É recomendável que se estabeleça o rodízio dos locais de injeção, para evitar complicações como abcessos estéreis, lipodistrofia, etc...
- O medicamento é administrado conforme prescrição médica

SECRETARIA GERENCIA DA FLS Nº 3886 FUNC.

ROTINAS

- Não ultrapassar o volume de 1ml
- Em recém nato o volume máximo deve ser de 10ul
- Os locais de aplicação são: parede abdominal, face posterior do braço, face interna ou externa da coxa
- O local a ser escolhido dependerá do estado da pele, volume medicamentoso e capacidade da criança em posicionar-se de forma adequada
- Quando medicações prescritas de horário, revezar o local de aplicação
- Sempre que possível, explicar o procedimento ao paciente
- Se a criança estiver dormindo é importante acordá-la antes para evitar traumas durante sonos subseqüentes
- Os medicamentos deve estar em temperatura ambiente
- Quando possível, distrair a criança
- Proporcionar conforto à criança após a aplicação, com elogios e carinhos
- Trocar a agulha quando aspirar medicações de frasco-ampola
- Medicações subcutâneas não são diluídas

MATERIAIS

- Medicação prescrita
- Bandeja
- Algodão embebido em álcool a 70%
- Seringa de 1ml
- Agulha 27x7cm ou 13x4,5cm (5N)
- Algodão seco + fita adesiva

PROCEOIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento a ser feito
- Escolher o local para aplicação da injeção, seguindo o rodízio
- Fazer a assepsia do local e da ampola ou frasco com algodão embebido em álcool a 70%
- Fazer uma prega do tecido com o dedo indicador e o polegar da mão livre
- Acoplar a agulha à seringa
- Introduzir a agulha em ângulo de 45O com o bisel para cima, em um movimento rápido e suave
- Soltar a prega e com a mão não dominante, aspirar a seringa
- Injetar o medicamento lentamente
- Retirar a agulha e ao mesmo tempo pressionar o local com algodão seco a fim de não tracionar a pele e lesá-la
- Recolher o material

- Lavar as mãos
- Checar na prescrição e relatar as eventuais intercorrências

OBS.:

- Em caso de se aspirar e retornar sangue, retirar a agulha e comprimir o local por 2 minutos.
- Deve ser preparado novamente o medicamento e se reiniciar o procedimento em outro local.
- Em pacientes obesos, introduzir a agulha a um ângulo de 90O

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica

MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo:
- Medicamento prescrito
- Gaze
- 01 agulha descartável 40x12
- Copinho de medicação

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Pedir para o paciente abrir a boca e erguer a língua
- Colocar o comprimido embaixo da língua ou se for cápsula deve-se pegá-la com uma gaze, perfurá-la com a agulha e despejar o conteúdo sob a língua do paciente
- Orientar o paciente para não tomar água em seguida
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA TÓPICA/DERMATOLÓGICA

NORMAS

- As substâncias dermatológicas são aplicadas diretamente na pele
- Os pós ressecam a pele e evitam fricção mecânica já as pomadas suavizam a pele, retém o calor corporal e aumentam a região de contato entre a medicação e a pele
- Os cremes e loções lubrificam, amaciam e suavizam a pele
- O álcool é usado para esfriar e ressecar a pele
- Qualquer excesso ou resíduo de medicação de uma aplicação anterior deve ser retirado, a menos que hajam orientações específicas em contrário
- A necessidade desse tipo de medicação deve ser avaliado pelo médico e/ou enfermeiro

ROTINAS

- Sempre usar luvas de procedimentos em pele íntegra e luvas de toque estéril em solução de continuidade

- Quando possível, retirar pomadas recorrentes utilizando o óleo de girassol, nunca friccionando pois há risco de maiores lesões
- A quantidade de pomada deverá ser suficiente para preencher a polpa digital do dedo indicador. Quantidades maiores somente se necessário.
- Quando houver dúvida, comunicar à enfermeira
- Manter a pele sempre higienizada

SECRETARIA GERAL DA SES
FLS Nº 3888
FUNC

MATERIAIS

- Bandeja
- Medicação
- Luvas não estéreis se necessário
- Luvas de toque estéreis se necessário

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Posicionar o paciente expondo a área a ser tratada
- Proceder à limpeza da área se necessário
- Calçar luvas
- Aplicar a medicação no dedo e logo após na pele do paciente, de forma homogênea em movimentos circulares e contínuos
- Manter o paciente confortável
- Organizar o material
- Checar na prescrição e relatar eventuais intercorrências

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL

NORMAS

- O medicamento é administrado conforme prescrição médica
- A privacidade da paciente deve ser preservada com a colocação de biombo

ROTINAS

- Orientar a paciente para que faça sua higiene íntima e se ela estiver impossibilitada, o profissional de enfermagem deverá fazê-la, antes de administrar o medicamento

MATERIAIS

- Carrinho de medicação contendo:
- Medicação prescrita
- 01 par de luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Identificar o paciente, chamando-o pelo nome
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em posição ginecológica
- Calçar as luvas

- Afastar os lábios vaginais com a mão não dominante
- Inserir o óvulo na vagina, com o dedo indicador ou o aplicador
- Pressionar o embolo do aplicador e retirá-lo em seguida
- Orientar a paciente para permanecer deitada por 20 minutos
- Recolher o material
- Retirar as luvas
- Lavar as mãos
- Checar a prescrição médica

GERÊNCIA DA SECRETARIA CT FLS Nº 3889 FUNC

OBS.: Se o aplicador não for descartável ele deve ser lavado com água e sabão o acondicionando em embalagem própria

TRATAMENTOS ESPECIAIS

APLICAÇÃO DE BOLSA DE GELO

A aplicação local de frio é usada após contusões, para limitar o acúmulo de líquido intersticial, em hemorragias pela vasoconstrição, como anestésicos e analgésicos, fato que merece atenção em se tratando de pacientes incoscientes ou com diminuição de sensibilidade.

NORMAS

- Não fazer aplicações frias demoradas, pois causam necrose dos tecidos
- O procedimento é realizado conforme prescrição médica

ROTINAS

- Aplicar bolsa de gelo quando for prescrito pelo médico
- Substituir o gelo da bolsa quando necessário
- Ao término do procedimento esvaziar a bolsa, lavá-la, enxugá-la, enchê-la de ar e guardá-la

MATERIAIS

- saco ou bolsa de gelo
- cobertura para saco ou bolsa
- 01 campo
- toalha
- gelo picado

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Encher a bolsa ou saco com gelo até a metade
- Retirar a maior quantidade de ar da bolsa (ou saco) e fechá-la
- Observar se não há presença de vazamento do saco ou bolsa
- Envolver a bolsa no campo
- Levar o material à unidade
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Aplicar a bolsa sobre o local desejado
- Observar, com freqüência, a coloração da pele do paciente
- Aplicar o saco ou bolsa de gelo de 30 a 60 minutos, remover a bolsa ou saco e secar bem a pele do paciente

- Repor gelo no saco ou bolsa, quando necessário
- Reunir o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem: data, hora, procedimento realizado

APLICAÇÃO DE BOLSA DE ÁGUA QUENTE

Na aplicação local de calor, ocorre vasodilatação, em seguida a viscosidade do sangue é diminuída, aumentando a velocidade do fluxo sangüíneo e o metabolismo tecidual. Aumenta a quantidade de líquido nos tecidos e o fluxo linfático está incrementado.

Tem por finalidades: aliviar a dor, edema, congestão, inflamação, espasmo muscular e conforto do paciente

NORMAS

- Não colocar a bolsa de água quente diretamente no local, sem envolvê-la em um campo
- O procedimento é realizado conforme prescrição médica

ROTINAS

- Substituir a água quente da bolsa quando necessário
- Ao término do procedimento esvaziar a bolsa, lavá-la, enxugá-la, enchê-la de ar e guardá-la

MATERIAIS

- 01 bolsa de água quente
- 01 campo
- recipiente com água quente
- 01 cobertura

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material
- Lavar as mãos
- Colocar água quente em 2/3 da sua capacidade na temperatura de 50O aproximadamente
- Retirar o ar colocando a bolsa horizontalmente numa superfície plana, de modo que a água flua para a abertura/gargalo
- Fechar bem a bolsa com sua tampa e secá-la
- Verificar se a bolsa não está vazando
- Envolver a bolsa no campo
- Levar o material à unidade
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Aplicar a bolsa na região indicada
- Observar, com freqüência, a coloração da pele do paciente
- Reunir o material e recompor a unidade
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem: data, hora, procedimento realizado

TRICOTOMIA E PREPARO DA PELE PARA CIRURGIA

NORMAS

- A tricotomia deve ser realizada uma hora e meia antes da cirurgia

- O procedimento deve ser realizado mediante prescrição médica
- O procedimento deve ser realizado pelo profissional de Enfermagem e nunca pelo paciente
- A privacidade do paciente deve ser preservada com a colocação de biombo, ou cobrindo-o com lençol, mantendo exposta somente a área onde será feita a remoção de pêlos

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 3891 FUNC.

ROTINAS

- O procedimento deve ser aprazado e checado na prescrição médica
- Após a tricotomia o paciente deve ser encaminhado ao banho de aspersão, com sabonete de uso único e exclusivo
- O paciente deve ser orientado e supervisionado, para que faça higiene oral rigorosa por escovação e quando esta não for possível, fazer bochecho com solução anti-séptica (solução dentifrícia)

MATERIAIS

- Cuba rim
- Sabonete líquido
- 10 unidades de gaze
- Aparelho de barbear montado com lâmina nova
- Luvas de procedimento não estéril
- Papel toalha
- 01 sabonete de 20gr

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Calçar luvas
- Umedecer a região a ser tricotomizada com auxílio de gaze, água e sabão
- Raspar os pêlos em direção ao seu crescimento, com movimentos amplos e suaves
- Retirar o excesso de pêlos do aparelho, com auxílio de papel toalha
- Encaminhar o paciente ao banho de aspersão
- Recolher o material
- Desprezar a lâmina de barbear em recipiente para material perfuro cortante
- Lavar o aparelho de barbear com água e sabão e proceder à desinfecção com álcool a 70% (fricção por 30 segundos)
- Realizar anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado e intercorrências

OBSERVAÇÕES:

- No caso de ocorrer, acidentalmente, corte da pele deve-se realizar curativo simples e compressivo, com soro fisiológico + PVPI tópico
- Na ocorrência de lesões extensas, o médico responsável deve ser comunicado para avaliação

TRICOTOMIA E PREPARO DA PELE NO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA

NORMAS

- O procedimento deve ser feito mediante prescrição médica
- A tricotomia deve ser feita na face (quando do sexo masculino), região torácica e membro inferior esquerdo, incluindo a região inguinal

- O procedimento deve ser realizado uma hora e meia antes do horário da cirurgia
- O procedimento deve ser realizado pelo profissional de Enfermagem e nunca pelo paciente
- A privacidade do paciente deve ser preservada com a colocação de biombo ou cobrindo-o com lençol, mantendo exposta somente a área onde está sendo feita a remoção de pêlos

SECRETARIA GERAL DA GERÊNCIA FLS Nº 3892

ROTINAS

- O procedimento deve ser aprazado e checado na prescrição médica
- Após a tricotomia o paciente deve ser encaminhado ao banho de aspersão, com sabonete de uso único e exclusivo
- O paciente deve ser orientado e supervisionado para que faça higiene oral rigorosa por escovação, e quando esta não for possível, fazer bochecho com solução anti-séptica (solução dentifrícia)

MATERIAIS

- Cuba rim
- Sabonete líquido
- Gazes
- Aparelho de barbear montado com lâmina nova
- Papel toalha
- Luvas de procedimento não estéril

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Calçar luvas
- Umedecer a região a ser tricotomizada com auxílio de gaze, água e sabão
- Raspar os pêlos em direção ao seu crescimento com movimentos amplos e suaves
- Retirar o excesso de pêlos do aparelho, com auxílio de papel toalha
- Encaminhar o paciente ao banho de aspersão
- Recolher o material
- Desprezar a lâmina de barbear em recipiente para material perfuro cortante
- Lavar o aparelho de barbear com água e sabão e proceder a desinfecção com álcool a 70% (fricção por 30 segundos)
- Realizar as anotações na Evolução de Enfermagem: data, hora, procedimento realizado e intercorrências

OBSERVAÇÕES

- Se acidentalmente ocorrer o corte da pele deve ser feito curativo simples e compressivo com PVPI tópico
- Nas situações em que ocorrer lesão extensa, o médico responsável deve ser comunicado para avaliação

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

NORMAS

- Utilizar o cateter venoso central exclusivo para nutrição parenteral

- Dar preferência para Nutrição Parenteral quando houver a implantação de novo cateter venoso central
- Manter o frasco de Nutrição Parenteral afastado da incidência direta de luz e de fonte geradora de calor

ROTINAS

- No caso da Nutrição Parenteral terminar antes do horário previsto, instalar um soro glicosado a 10% até que se receba a próxima
- Na ocorrência do choque pirogênico, interromper a administração da Nutrição Parenteral, trocar todo o sistema substituindo por S.G. 10%, comunicar ao médico responsável e preencher a ficha de notificação de reação pirogênica da CCIH
- Realizar controle da glicemia capilar de 6/6 horas

PROCEDIMENTOS

- Retirar o frasco de Nutrição Parenteral da geladeira, no mínimo 2 horas antes do frasco anterior da NPP terminar
- Conferir no rótulo: o nome do paciente, número do leito e registro hospitalar
- Lavar as mãos
- Abrir o pacote
- Fazer a escala de controle de gotejamento, caso não se faça uso da bomba de infusão
- Observar no frasco a presença de partículas, precipitações, alteração de cor e separação de fases da Nutrição Parenteral
- Preencher o equipo com a solução
- Levar até a unidade do paciente
- Fazer a desinfecção da torneirinha, com algodão embebido em álcool a 70%, caso tenha a mesma
- Retirar o equipo da torneirinha e conectar o novo equipo
- Abrir o suspiro do equipo (no copinho mesmo)
- Controlar rigorosamente o gotejamento
- Observar de hora em hora: permeabilidade do cateter, infiltrações, vazamentos e cumprimento do horário da escala de controle de gotejamento
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações de Enfermagem

ARRUMAÇÃO DO LEITO

NORMAS

- A troca da roupa de cama é feita uma vez ao dia ou sempre que necessário

ROTINAS

- A troca da roupa de cama é feita no momento em que o paciente toma banho
- Quando o paciente é acamado, a troca da roupa de cama é feita após o banho no leito
- O profissional de Enfermagem deve usar luvas de procedimento para trocar a roupa de cama, quando o paciente tem incontinência ou lesões expostas

MATERIAIS

- Lençóis
- Hamper

- Cobertor, se necessário
- Luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS – LEITO FECHADO

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Colocar a roupa, na ordem em que for usada, dobrada conforme técnica e próxima ao leito
- Colocar o lençol sobre o colchão, de modo que o meio da dobra coincida com o meio da cama
- Esticar o lençol, do lado direito, e prendê-lo por baixo do colchão, no sentido da cabeceira para os pés
- Colocar o lençol traçado a dois palmos da cabeceira e envolvê-lo por baixo do colchão
- Colocar o lençol de cima, com o meio da dobra no meio da cama, a bainha rente à cabeceira, fazer uma prega central no sentido da largura e prendê-lo nos pés
- Colocar o cobertor, do mesmo modo que o lençol, à dois palmos da cabeceira e prender nos pés
- Vestir a fronha no travesseiro, colocá-lo do lado pronto da cama e deixar a abertura da fronha virada para o lado oposto da porta
- Passar para o outro lado da cama e repetir os passos
- Fazer a dobra do lençol, por cima do cobertor, na cabeceira da cama
- Arrumar o travesseiro no da cabeceira da cama
- Arrumar as tolhas de rosto e de banho, no meio da cama

OBSERVAÇÕES:

- Caso não se disponha de lençol traçado, no momento, utilizar um lençol comum, dobrado uma vez, no sentido da largura
- A técnica de dobradura do lençol consiste em dobrá-lo duas vezes no sentido do comprimento e a seguir dobrá-lo ao meio
- Para pacientes agitados é recomendável que se fixe o lençol no colchão, amarrando as pontas do mesmo

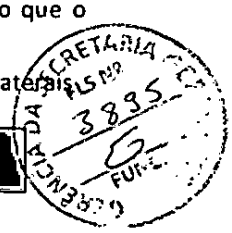
PROCEDIMENTOS – LEITO ABERTO

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Colocar a roupa, na ordem em que for usada, dobrada conforme técnica e próxima ao leito
- Retirar o cobertor e dobrá-lo, conforme técnica, se o mesmo for reutilizado
- Retirar a fronha e colocar o travesseiro, na mesinha de cabeceira ou cadeira
- Retirar as demais roupas e desprezá-las no hamper
- Proceder a desinfecção concorrente, conforme técnica descrita
- Proceder a arrumação do leito, conforme técnica descrita anteriormente (itens 4 a 11 dos Procedimentos do Leito Fechado)
- Dobrar o lençol de cima, juntamente com o cobertor, em ângulo de 900
- Colocar as toalhas de banho e rosto, em suporte apropriado no banheiro

PROCEDIMENTOS –LEITO PARA OPERADO

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Colocar a roupa, na ordem em que for usada, dobrada conforme técnica e próxima ao leito
- Colocar o lençol de baixo e o traçado, conforme técnica de Leito Aberto
- Colocar o lençol superior e o cobertor e dobrá-los nas duas extremidades no sentido da largura

- Fazer uma dobra, em forma de envelope, e enrolar o lençol e cobertor, do lado oposto ao que o paciente vai ser recebido
- Colocar um lençol na cabeceira, dobrado duas vezes no sentido da largura, e fazer pregas nas laterais



CONTENÇÃO NO LEITO [redacted]

NORMAS

- O paciente é contido no leito para sua própria segurança e de terceiros
- O procedimento é realizado mediante prescrição médica e/ou sob avaliação e orientação do enfermeiro

ROTINAS

- A contenção das extremidades (braços e pernas) é feita com faixas de tecido, usando um pano limpo para proteger a pele do atrito com as mesmas
- A contenção é feita em pacientes confusos, agitados, agressivos e hostis, para evitar que sejam retirados tubos, cateteres e sondas e também que ocorram agressões a terceiros e quedas do leito
- O profissional de Enfermagem deve avaliar, com freqüência, as extremidades para observar a existência de sinais de garroteamento, cianose e edemas
- O profissional de Enfermagem registra na Evolução de Enfermagem, sobre a necessidade da restrição ao paciente, com observações do nível de consciência do mesmo

MATERIAIS

- Lençóis torcidos no sentido diagonal, até formar uma faixa
- Faixas de tecido
- Ataduras de crepe (12 ou 15cm)
- Panos limpos
- Fita adesiva

PROCEOIMENTOS – CONTENÇÃO DO TÓRAX

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante (se estiver presente)
- Colocar um lençol torcido sobre o tórax do paciente e amarrar as pontas, de cada lado do estrado da cama

OBS.: A contenção do tórax é feita para impedir que o paciente se levante do leito, mas a mesma deve permitir os movimentos respiratórios normalmente

PROCEOIMENTOS – CONTENÇÃO OOS JOELHOS

- Com um lençol
- Colocar um lençol sob os joelhos do paciente
- Passar a ponta do lençol, do lado direito, sobre o joelho direito e depois por baixo do joelho esquerdo
- Passar a ponta do lençol, do lado esquerdo, sobre o joelho esquerdo e por baixo do joelho direito
- Amarrar uma ponta, em cada lado, do estrado da cama
- Com dois lençóis
- Colocar um lençol por cima do joelho direito e por baixo do joelho esquerdo
- Colocar outro lençol por baixo do joelho esquerdo, dar duas voltas no lençol anterior entre os joelhos e terminar passando-o por cima do joelho direito

- Torcer as pontas de um lençol com o outro e amarrá-las ao estrado

PROCEDIMENTOS – CONTENÇÃO DAS MÃOS

- Colocar um pano limpo enrolado nas mãos do paciente e fazê-lo segurar o mesmo
- Enfaixar a mão, com atadura de crepe, envolvendo os dedos firmemente, em forma de luva de boxe
- Prender a atadura com fita adesiva
- Repetir os passos com a outra mão

PROCEDIMENTOS – CONTENÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

- Envolver a articulação a ser contida, com um pano limpo e prender com fita adesiva
- Estender a faixa de tecido verticalmente e dobrada ao meio
- Envolver a articulação, com a faixa dobrada ao meio, e passar as pontas por dentro da argola que foi formada
- Retornar uma das pontas, por baixo da argola, novamente
- Ajustar a laçada e amarrar as pontas ao estrado da cama
- Repetir o processo com os demais membros superiores e inferiores

ROTINAS RELACIONADAS A LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS UNIDADES, EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

LIMPEZA CONCORRENTE DE UNIDADE

NORMAS

- A Limpeza Concorrente é realizada diariamente, no momento da higienização do paciente

MATERIAIS

- Luvas
- Um pano limpo e seco para limpeza
- Álcool a 70%

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Calçar as luvas
- Explicar ao paciente o procedimento e a sua finalidade
- Aplicar álcool 70% sobre o colchão, cama, suporte de soro e mesa de cabeceira
- Guardar o material utilizado
- Lavar as mãos

LIMPEZA TERMINAL DE UNIDADE

NORMAS

A Limpeza Terminal é realizada após a alta, óbito, transferência ou quando o paciente é encaminhado para cirurgia

MATERIAIS

- Recipiente com água e sabão
- 03 panos para limpeza
- Álcool 70%
- Hamper completo

- Luvas de borracha

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Calçar as luvas
- Recolher patinho, comadre, cuba, vidros e levá-los ao expurgo
- Retirar as roupas sujas, colocando-as no hamper ou em trouxas
- Reunir todo o material para proceder a limpeza e levá-los para a unidade
- Limpar a face superior e lateral do colchão com movimentos firmes, longos e no mesmo sentido com água e sabão
- Limpar a parte exposta do colchão e o estrado
- Elevar o estrado e proceder a sua limpeza
- Abaixar o estrado, dobrar o colchão sobre a cabeceira e continuar a limpeza, conforme os itens 7 e 8
- Limpar com água e sabão a mesa de cabeceira e o suporte de soro
- Recolocar o colchão na posição horizontal
- Repetir todo o procedimento para enxaguar com água limpa, inclusive o suporte de soro e a mesa de cabeceira
- Secar o colchão, a cama, a mesa de cabeceira e o suporte de soro
- Passar álcool 70% em todo o colchão, cama, suporte de soro e mesa de cabeceira
- Guardar o material utilizado
- Lavar as mãos

LIMPEZA DE PATINHOS, COMADRES, CUBAS E BACIAS

NORMAS

- A limpeza das comadres e patinhos deve ser feita a cada troca de plantão
- A limpeza das bacias e cubas deve ser feita após o término dos procedimentos

MATERIAIS

- Sabão líquido
- Bombril e/ou escova
- Luvas de borracha

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Calçar as luvas
- Lavá-los com água e sabão
- Secar e guardar em local apropriado
- Lavar as mãos

LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO DE CUBAS E BACIAS

NORMAS

- Os setores que necessitam de cubas e/ou bacias estéreis, providenciam os mesmos com a Central de Materiais e Esterilização

PROCEDIMENTOS

- Calçar luvas
- Retirar os resíduos
- Lavar com água e sabão
- Secar
- Empacotar em campo limpo de tecido, identificar e levar à Central de Materiais e Esterilização para ser autoclavado

SECRETARIA FLS Nº 3898 FUNC.

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE DISPOSITIVOS DE CONFORTO

(colchão d'água, colchão de ar e bóias)

NORMAS

- A limpeza e desinfecção dos dispositivos de conforto é realizada quando eles não estiverem sendo utilizados
- Os dispositivos de conforto devem ser guardados secos

ROTINAS

- Em todo dispositivo de conforto deve-se colocar 10 gotas de iodo para cada litro de água

MATERIAIS

- 03 panos limpos
- 02 bacias
- Água
- Sabão
- Álcool a 70%
- Iodo

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar as mãos
- Calçar luvas
- Retirar matéria orgânica (urina, fezes, secreções) com um pano ou papel toalha

Limpar o dispositivo com pano embebido em água e sabão

- Retirar completamente o sabão, sempre enxaguando o pano em água limpa
- Secar o dispositivo com pano limpo
- Friccionar álcool a 70% no dispositivo, com pano limpo
- Recolher o material
- Lavar as mãos
- Acondicionar o material em local adequado

OBS.: O EPI utilizado deverá ser avental e luvas de procedimento ou de borracha

LIMPEZA DE BOLSAS DE ÁGUA QUENTE E DE GELO

NORMAS

- A limpeza da bolsa de água é feita após o seu uso

MATERIAIS

- 01 pano limpo
- 01 bacia
- Água
- Sabão

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material
- Lavar a bolsa com água e sabão
- Secar bem a bolsa por fora, com pano limpo
- Deixar escorrer o conteúdo interno o máximo possível
- Acondicionar a bolsa em local adequado

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CARRINHO DE CURATIVO

NORMAS

- A desinfecção do carrinho de curativo é feita com álcool a 70%, após o término de cada procedimento
- A limpeza do carrinho de curativo é feita uma vez por semana, com água e sabão e após desinfecção com álcool a 70%

TESOURA AUXILIAR

NORMAS

- A tesoura dos Postos de Enfermagem é de uso exclusivo no preparo de medicação
- A tesoura do carrinho de curativo é de uso exclusivo para este fim

ROTINAS

- Lavar a tesoura, com pano limpo e seco, após o uso e antes de retornar ao frasco de solução de glutaraldeído
- Manter apenas a solução no frasco de vidro (não colocar gaze ou algodão)
- Manter o frasco da tesoura tampado com frascos de soro cortado ao meio, após serem lavados e secos

DESTINO DO LIXO

NORMAS

- Devem ser desprezados no lixo do paciente: cascas de frutas, guardanapos de papel, copos descartáveis, etc...
- Todo material contaminado proveniente de procedimentos realizados com o paciente como retirada de SNG, SVD, curativos, trocas de equipos de soro e de sondas para dieta, sistemas de venóclise, devem ser acondicionados em sacos de lixo e fechados

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material necessário ao procedimento e colocar um saco de lixo no suporte ou balde do carrinho de curativo
- Lavar as mãos e encaminhar-se ao quarto do paciente
- Realizar o procedimento, conforme rotina

- Desprezar o material contaminado, proveniente do procedimento, no saco de lixo
- Encaminhar o saco de lixo fechado para o expurgo, ao término do procedimento
- Reorganizar o restante do material utilizado
- Fazer desinfecção com álcool a 70% no carrinho

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3900
FUNC.

POSIÇÕES PARA EXAMES

POSIÇÃO VENTRAL

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Colocar o paciente deitado com o abdome sobre a cama ou mesa de exames
- Apoiar a axila do paciente com um coxim para elevar o tórax
- Colocar o paciente para um dos lados
- Manter o MMSS ao longo do corpo e o MMII alinhados
- Proteger o paciente com um lençol
- Deixar o paciente em posição confortável, após o exame ou procedimento
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO LATERAL

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente deitado sobre um dos lados, com ambos os braços a frente do corpo e joelhos e quadris fletidos
- Colocar a parte superior da perna em posição superior mais fletida do que a perna inferior
- Colocar o joelho e quadril superior no mesmo nível e da mesma forma, cotovelo e punho devem ficar no mesmo nível do ombro
- Manter um travesseiro para apoiar a cabeça
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO ERETA

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Manter o paciente protegido com o próprio vestuário ou lençol
- Solicitar ao paciente para ficar em pé com o tronco ereto e os braços ao longo do corpo, os pés ligeiramente afastados e com a cabeça paralela ao teto
- Deixar o paciente confortável após o exame
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO DORSAL

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar a cama ou mesa de exame na horizontal
- Deitar o paciente horizontalmente de costas
- Manter os MMSS ao longo do corpo em posição anatômica e os inferiores alinhados
- Manter o paciente protegido pelo lençol, expondo apenas a área a ser examinada
- Deitar o paciente confortavelmente
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 390
FUNC.

POSIÇÃO DE SIMS

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente deitado sobre o lado esquerdo
- Colocar a cabeça sobre o travesseiro
- Colocar o braço esquerdo para trás, no lado das costas
- Colocar o braço direito do cliente à frente do mesmo
- Manter o MID flexionado até quase encostar o joelho no abdome, apoiando-o na cama ou mesa de exames
- Manter o MIE estirado ou levemente flexionado
- Proteger o cliente com lençol, expondo a área a ser examinada
- Deixar o cliente confortável após o exame ou tratamento
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO DE FOWLER

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao cliente
- Elevar a cabeceira da cama até o cliente ficar em posição semi-sentado
- Apoiar as costas do paciente com travesseiros abaixo dos ombros e da cabeça
- Elevar um pouco os pés da cama ou colocar travesseiros sob os joelhos
- Proteger o paciente com lençol
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO DE TRENDELEMBURG

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Colocar o paciente em decúbito dorsal
- Abaixar a cabeceira da cama, de modo que os MMII fiquem acima do nível da cabeça
- Proteger o paciente com lençol
- Deixar o paciente em posição confortável
- Lavar as mãos

- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

POSIÇÃO GENUPEITORAL

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar ao paciente o que vai ser feito
- Colocar o paciente em posição ventral
- Solicitar ao paciente para se ajoelhar na cama ou na mesa de exame com os joelhos ligeiramente afastados
- Solicitar ao paciente que abaixe os ombros de modo que encoste a face e o tórax na cama ou mesa de exame
- Proteger o paciente com um lençol
- Deixar o paciente em posição confortável após o exame
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução da Enfermagem

POSIÇÃO DE LITOTOMIA

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Explicar o procedimento ao paciente
- Deitar o cliente em decúbito dorsal
- Flexionar os MMII sobre o abdome, apoiando os calcanhares na cama
- Afastar os joelhos
- Proteger o paciente com um lençol
- Deixar o paciente confortável após o exame
- Lavar as mãos
- Proceder as anotações na Evolução de Enfermagem

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PARA EXAME

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PARA EXAME DE RX

NORMAS

- O paciente é encaminhado para o Serviço de Radiologia com o pedido de exame, preenchido pelo médico e o respectivo prontuário
- É de responsabilidade da equipe de Enfermagem, a observação e execução do preparo necessário à realização do exame

ROTINAS

- O exame de RX de paciente internado, que não seja em caráter de urgência, é realizado conforme os horários pré-estabelecidos e distribuídos por setores
- O profissional de Enfermagem encaminha o paciente para exame em cadeira de rodas ou maca
- Quando se tratar de paciente grave, o profissional de Enfermagem acompanha e permanece até o término do seu exame
- Em se tratando de paciente grave, o enfermeiro da unidade entra em contato com o Serviço de Radiologia e solicita reserva de sala para agilizar a realização do exame

- Ao encaminhar o paciente grave para o exame de RX, avalia-se a necessidade de se levar equipamentos (cilindro de oxigênio, ambú) para que seja prestada a devida assistência ao mesmo

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE PARA EXAMES EXTERNOS

NORMAS

- O paciente é encaminhado para o exame com o pedido, preenchido pelo médico e respectivo prontuário
- É de responsabilidade da equipe de Enfermagem, a observação e execução do preparo, necessário à realização do exame

ROTINAS

- O profissional de Enfermagem comunica ao Serviço Social sobre a solicitação do exame
- O profissional de Enfermagem encaminha o paciente para o Pronto Socorro, após a solicitação do mesmo via telefone, por qualquer membro da equipe de transporte
- O profissional de Enfermagem encaminha o paciente para o exame em cadeira de rodas ou maca
- O profissional de Enfermagem providencia o acesso venoso periférico, caso o mesmo não tenha, antes de encaminhar o paciente para o exame

OBS.: A equipe de transporte é composta pelo motorista da ambulância e dois auxiliares de Enfermagem do Pronto Socorro

COLETA DE MATERIAL PARA EXAME

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES LABORATORIAIS

Dentre as várias funções do enfermeiro, destaca-se a de prestar assistência e colaborar com a equipe de saúde no preparo do paciente, do equipamento e na obtenção dos diferentes tipos de material para exames complementares de diagnóstico e de tratamento.

FINALIDADES

- Auxiliar no diagnóstico
- Determinar o agente infeccioso para direcionar o tratamento
- Determinar anormalidades nos valores padrões, auxiliando no equilíbrio dos mesmos

RESPONSABILIDADE

- Equipe multidisciplinar: médico, laboratorista, fisioterapeuta, equipe de enfermagem

Urina: EAS, Cultura

- Colher de preferência a primeira urina da manhã (a mais concentrada)para EAS
- Não são necessários cuidados com higiene e o frasco não necessita ser estéril para Cultura
- lavar com água abundante e sabão neutro, toda a região perineal
- repuxando o prepúcio e/ou os pequenos lábios
- enxaguar e secar bem (vide técnica específica)
- abrir o frasco com cuidado para não tocar dentro da tampa ou do frasco
- desprezar o primeiro jato de urina
- colher o jato intermediário em frasco estéril de boca larga e com tampa, na quantidade suficiente para não encostar na tampa (+/- 4cm)
- desprezar o jato final

- pacientes do sexo feminino devem urinar de maneira que o jato caia diretamente dentro do frasco, evitando contaminação com material de origem vulvar
- no caso de criança menores, deve-se utilizar saco coletor com adesivo
- paciente com sonda vesical, colher com técnica asséptica, no local próprio da bolsa coletora, sistema fechado, após pinçar sonda com tempo suficiente para acúmulo de urina, retirando-a com seringa de 5ml após desinfecção com álcool iodado a 1%
- evitar contaminar a parte externa do vidro, que será manuseado por outras pessoas
- poderá ser utilizada uma cuba rim estéril para colher a urina e logo após, ser passada para o frasco
- no caso de pacientes acamados e/ou desorientados ou sem controle de suas funções fisiológicas, será necessária a realização do cateterismo de alívio, para que haja coleta de forma asséptica
- enviar diretamente ao laboratório, após identificação no frasco, junto com Livro de Protocolo

Escarro

- o material deve ser escarrado e não cuspido, para um frasco esterilizado ou mesmo limpo e seco. Deve ser colhido pela manhã, em jejum, após uma higiene bucal simples
- o volume não é importante, 1 a 3 ml de material purulento ou mucopurulento é suficiente

Líquor

- a punção lombar deve ser feita com técnica asséptica pelo médico. Colher no mínimo 1 ml num tubo estéril
- quando houver acidente na punção, reservar o primeiro tubo para exames bioquímicos e o segundo para a cultura e bacterioscopia
- enviar o material imediatamente ao laboratório, em temperatura ambiente

Secreções purulentas

- amostras de orofaringe, nariz, ouvido, vagina e pele podem ser colhidas com swabs, cuidando de coletar o máximo de material com o mínimo de contaminação
- o swab não é recomendável para a pesquisa de anaeróbicos
- o swab de orofaringe deve ser colhido com o auxílio do abaixador de língua e com boa iluminação direta
- deve-se girar a ponta do algodão contra a faringe posterior, amígdalas ou áreas de inflamação, exsudação ou ulceração; evitar tocar na língua, mucosa da bochecha ou lábios
- quando solicitar bacterioscopia e cultura, usar um swab e fazer imediatamente o esfregaço na lâmina, desprezá-lo e colher outro swab para cultura
- na pesquisa do agente etiológico de feridas infectadas (ex. úlceras de decúbito, traumáticos, queimaduras, abscessos fechados) não são recomendáveis os swabs de superfície, pois reproduzem a flora da pele
- toda e qualquer medição, bem como material necrosado, deve ser removida com álcool ou soro fisiológico, então procede-se a colheita na base da lesão por swab ou punção
- a colheita de material de outras secreções (ex. líquido pleural, peritoneal, pericárdio, sinovial e ouvido médio) deve ser feita por aspiração com seringa e injetado imediatamente num frasco estéril
- na suspeita de infecção por anaeróbicos, é recomendável que o material seja coletado em uma seringa estéril e a agulha espetada numa rolha de borracha e que qualquer bolha de ar presente na seringa seja expelida
- uma pequena quantidade de heparina estéril pode ser adicionada ao espécime para prevenir a coagulação, uma vez que os coágulos podem capturar os microorganismos

OBSERVAÇÕES GERAIS

- a precisão e a confiabilidade do resultado, dependem, em boa parte, das informações fornecidas ao laboratório. Assim, além da correta identificação do material, é sempre conveniente caracterizar a indicação clínica, idade do paciente e o eventual uso de antibióticos prévios à colheita (o que deve ser evitado em exames bacteriológicos)
- a suspeita com relação a determinado microorganismo pode orientar o laboratório para usar um meio de cultura não empregado na rotina do processamento daquele material
- como regra geral, todo material para exame bacteriológico deve ser coletado em recipiente estéril e encaminhado prontamente ao laboratório, de maneira a prevenir o crescimento de microorganismos contaminantes que podem sobrepujar, mascarar ou suprimir o agente etiológico, interferindo assim, na análise quantitativa dos microorganismos isolados

SECRETARIA DE GOVERNO FLS Nº 3905

o rótulo de identificação do material deve conter:

Nome	
Leito	
Natureza do material	
Data/Hora	
Assinatura do coletor	

- todos os swabs que forem utilizados para cultura devem vir acompanhados de meio de transporte (Stuart, Elary-Blair, etc...)
- o tempo decorrido entre a coleta e a chegada do material ao laboratório está intimamente relacionado com a qualidade da cultura e sua avaliação
- deve-se lembrar que o material para cultura microbiológica é um material nobre e que muitas vezes de difícil obtenção ou até mesmo de amostra única. Sendo assim, o mesmo é de extrema importância para o auxílio de um diagnóstico, por isso deve ser coletado e transportado dentro de padrões rígidos de controle

COLETA DE MATERIAL PARA EXAME DE URINA

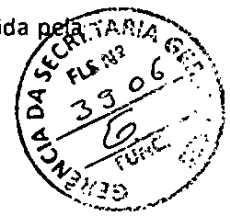
NORMAS

- Em geral o profissional de enfermagem é responsável pela coleta de amostras de urina.
- O tipo de exame solicitado determinará o método de coleta
- Para todas as amostrar e no caso de não se conhecer em detalhes o protocolo de coleta
- deve-se comunicar à enfermeira de plantão
- Por ser um exame simples, não requer técnica estéril
- Serve como prova de triagem, alterações do trato urinário baixo, desequilíbrio hídrico entre outros
- O volume pode variar de 5 a 10ml

ROTINAS

- Utilizar coletor de urina infantil feminino ou masculino em crianças que não são capazes de controlar esfincteres
- Remover o coletor assim que obtiver a urina
- Quando possível, oferecer líquido ao paciente cerca de 30 minutos antes da coleta
- Realizar higiene externa com água e sabão antes da coleta
- O coletor de urina deve ser fixado no períneo em direção à sinfise púbica
- Na menina, retirar a pele do períneo para colar o coletor
- No menino a bolsa escrotal e o pênis devem ficar dentro do saquinho coletor, quando possível
- A enfermeira deve examinar o períneo da criança, atentando-se para sinais de hiperemia ou lesões
- A amostra deve ser, preferencialmente, a primeira da manhã
- Na retirada do coletor, hidratar a pele com óleo de girassol

- Crianças maiores utilizarão urinol ou comadre limpos antes da coleta
- Crianças com SVD só necessitam de recipiente coletor para obtenção da urina, a quel é obtida pela abertura do sistema fechado



MATERIAIS

- Coletor de urina ou comadre (urinol)
- Recipiente para acondicionar a urina
- Seringa de 10ml
- Luvas de procedimento

PROCEDIMENTOS

- Reunir o material próximo ao leito
- Lavar as mãos
- Solicitar colaboração do paciente, quando possível
- Calçar luvas
- Proceder à higiene externa, se necessário
- Auxiliar crianças maiores com a utilização da comadre ou urinol
- Fixar o coletor e verificar com freqüência a obtenção da diurese
- Retirar a comadre/urinol ou coletor de urina, após a obtenção da diurese
- Coletar amostra de urina com seringa
- Transferir a urina para o recipiente apropriado
- Recolher o material
- Deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Identificar o material com os dados do paciente
- Encaminhar o material ao laboratório com o pedido de exame o mais breve possível
- Registrar no prontuário e comunicar intercorrência

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES UROCULTURA

NORMAS

- Esta técnica requer um procedimento estéril, com materiais estéreis
- Convém que seja a primeira urina da manhã, quando possível o jato médio
- Há multiplicação bacteriana após 20/30 minutos, por isso a urina coletada não deve permanecer em temperatura ambiente além desse tempo

ROTINAS

- O coletor de urina deve ser removido assim que se obtiver urina ou trocado de h/h para que não haja contaminação pelo períneo
- Crianças que cooperam podem urinar diretamente no coletor ou recipiente
- No caso de SVD, esta deve permanecer pinçada de 10 minutos a 4 horas anteriormente a coleta
- Caso a urina não possa ser encaminhada ao laboratório dentro de 30 minutos, deve ser refrigerada (4O C)
- Crianças sem SVD, segue técnica de urina simples

UROCULTURA COLHIDA POR SVD

MATERIAIS

- Seringa de 10cc
- Agulha 25x7
- Álcool a 70%
- Gaze estéril
- Luvas de procedimento
- Fita para identificação
- Vidro de cultura

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Pedir a colaboração da criança
- Calçar as luvas
- Realizar assepsia do látex da extensão do sistema fechado
- Puncionar e aspirar aproximadamente 10ml de urina
- Transferir a urina para o frasco apropriado estéril
- Abrir a pinça
- Recolher o material
- Deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Identificar o material com os dados do paciente
- Encaminhar, mais breve possível, o material ao laboratório com o pedido de exame
- Registrar no prontuário e comunicar eventuais intercorrências

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES COPROCULTURA

NORMAS

- Tem como objetivo evidenciar e identificar os parasitas que vivem no tubo digestivo do homem ou aqueles em que as fezes constituem o veículo normal para a disseminação de suas formas ao meio externo
- Para esse procedimento utilizar materiais estéreis
- Para Protoparazitolgia não há necessidade de material estéril
- Um exame isolado, onde o resultado é negativo, não tem valor diagnóstico

ROTINAS

- Para exames sem suspeita clínica formal, pode ser colhida apenas uma amostra de fezes
- O frasco coletor pode ser enviado pelo laboratório ou utilizar um vidro para cultura estéril
- Como a comadre e a fralda não são estéreis, a coleta do material deve sempre ser da porção central do bolo fecal
- Quando houver diarréia, improvisar um saquinho coletor fixado na região perianal ou introduzir no ânus um swab
- Realizar limpeza externa antes e após a coleta

MATERIAIS

- Recipiente estéril
- Espátula de madeira estéril
- Comadre desinfectada ou fralda
- Fita para identificação

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Explicar o procedimento ao paciente, quando possível
- Posicionar a comadre ou a fralda
- Coletar o material da porção central, com a espátula
- Transferir o material para o recipiente estéril
- Proceder à higiene externa do paciente e deixá-lo em posição confortável
- Recolher o material
- Identificar o frasco coletor com os dados do paciente
- Lavar as mãos
- Relatar no prontuário e comunicar eventuais intercorrências
- Encaminhar o mais breve possível ao laboratório com o pedido de exame

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

CULTURA DE SECREÇÕES

NORMAS

- Método utilizado para coleta de pequena quantidade de qualquer tipo de fluído decorrente de alguma injúria
- Procedimento realizado pela enfermeira ou sob sua orientação

ROTINAS

- Por ser coleta estéril, o material deve ser estéril
- Técnica realizada em dupla para reduzir o risco de contaminação
- Coletar a secreção de F.O. antes do curativo e após ter sido limpo com soro fisiológico 0,9%

MATERIAIS

- 1 swab identificado
- luvas de procedimento

SECREÇÃO DE F.O. E TEGUMENTO

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao paciente
- Calçar as luvas de procedimento
- Retirar o curativo anterior, quando presente
- Limpar com soro fisiológico 0,9% e retirar toda secreção anterior
- Coletar com swab as secreções da porção mais profunda da ferida
- Acondicionar o swab de modo a não contaminá-lo
- Realizar o curativo da ferida (ver técnica)
- Organizar o material e deixar o paciente em posição confortável
- Lavar as mãos
- Encaminhar ao laboratório o material ainda úmido com o pedido de exame
- Registrar no prontuário e comunicar eventuais intercorrências

SECREÇÃO OCULAR

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Calçar luvas de procedimento
- Posicionar o paciente de forma adequada com a cabeça em extensão
- Puxar para baixo a pele periorbitária com o dedo indicador
- Retirar o excesso de secreção com soro fisiológico 0,9%
- Esfregar o swab na conjuntiva com movimentos rotatórios
- Acondicionar o swab de modo a não contaminá-lo
- Organizar o material e deixar o paciente confortável
- Lavar as mãos
- Encaminhar o material ao laboratório o mais breve possível
- Registrar no prontuário e comunicar eventuais intercorrências

SECREÇÃO VAGINAL

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material e levá-lo próximo ao leito
- Calçar as luvas
- Posicionar o paciente de maneira que facilite a coleta
- Limpar com soro fisiológico 0,9%, retirando o excesso de secreção anterior
- Esfregar o swab na parte interior da vulva próximo ao canal vaginal
- Acondicionar o swab de modo a não contaminá-lo
- Proceder a limpeza externa
- Reunir o material e deixar o paciente em posição confortável
- Lavar as mãos
- Encaminhar o material ao laboratório o mais breve possível
- Registrar no prontuário e comunicar eventuais intercorrências

COLETA DE MATERIAL PARA EXAMES

COLETA DE PONTA DE CATÉTER

NORMAS

- A coleta de ponta de cateter central se faz necessária para complementar os dados de infecção
- A ponta de cateter é colhida sempre no momento da retirada do catéter central
- É um procedimento asséptico

ROTINAS

- Técnica realizada por duas pessoas
- Realizar o curativo antes da retirada do cateter (ver técnica)
- O paciente deve estar bem quieto ou imobilizado por um dos dois participantes da retirada do cateter
- Deve-se observar FC e demais reações do paciente durante a retirada do cateter

MATERIAIS

- Pacote de curativo
- Vidro de cultura estéril
- Lâmina de bisturi
- Esparadrapo hipoalergênico
- Fita para identificação
- Carrinho de curativo

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Orientar o paciente e solicitar sua colaboração, quando possível
- Posicionar o paciente com a cabeça lateralizada
- Organizar o material no carrinho de curativo
- Proceder ao curativo
- Retirar os ponto fixados na pele com a lâmina de bisturi n. 11, sem ferí-la
- Tracionar o cateter com a pinça em movimento lento e firme sem contaminá-la
- Pressionar o local de punção com a gaze dobrada e fixá-la com micropore
- Colocar a ponta do cateter no interior do vidro de cultura e cortá-la com lâmina de bisturi
- Posicionar o paciente confortavelmente
- Organizar o material
- Lavar as mãos
- Identificar o vidro com os dados do paciente e levá-lo ao laboratório com o pedido de exame
- Registrar no prontuário e comunicar intercorrências

NORMAS, ROTINAS E PROCEDIMENTOS GERAIS

CUIDADOS DIÁRIOS

- Realizar passagem de plantão nas enfermarias
- Checar prescrição médica, dando atenção especial aos pedidos de exames, jejum e cuidados especiais
- Verificar sinais vitais de 6/6 horas ou mais, se necessário
- Controlar rigorosamente o gotejamento do soro
- Preparar a medicação prescrita observando dose, via, local de administração e nome do paciente
- Realizar higiene oral com antisséptico bucal 3 vezes ao dia, higiene corporal 1 vez ao dia e sempre que necessário
- Cortar as unhas, quando necessário
- Colocar data nas sondas, tubos e cateteres
- Realizar troca das almotolias a cada 7 dias
- Realizar evolução de enfermagem em todos os turnos, sendo objetivo em suas anotações nas prescrições do paciente e no livro de ocorrências do setor
- Higiene oral e íntima
- Coleta de secreção, quando solicitado
- CSNG – passagem e troca (data) + (cultura)
- SVD – passagem e troca (data) + (cultura)
- Troca de dreno (solução no frasco) e anotar drenagem
- Horário de medicação
- Verificar solicitação de antibiótico
- Limpeza do frasco de aspiração

- Controle de material permanente + medicação correlata
- Reposição de material de consumo no setor
- Anotar gasto de material + Os
- Passagem de plantão
- Censo e dietas
- Horários para visita
- Livro de ocorrências da unidade/setor
- Controle de consumo de materiais e medicamentos
- Administração NPT, NPP e gavagem
- Auxiliar o médico em procedimentos complexos
- Troca de equipo, soro PVC

Pertences do Paciente

- Os pertences do paciente deverão ser acondicionados em um saco plástico e identificado com nome, leito e enfermaria/quarto
- Deverá ser preenchido um impresso de recibo dos pertences de paciente, relacionando-os e ser assinado por quem os receber
- O impresso deve ser arquivado
- É de responsabilidade da enfermagem recolher os pertences e especificá-los no impresso próprio

MANUSEIO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS

NORMAS

- Por serem documentos de muita importância se faz necessário rigoroso cuidado e atenção no seu manuseio
- As Prescrições Médicas devem conter: identificação do paciente, data, medicações bem como alguns cuidados especiais e é responsabilidade da enfermagem preencher e organizar o aprazamento das medicações assim como solicitá-las na farmácia e descrever o atendimento prestado, medicamentos administrados e as intercorrências no formulário Evolução da Enfermagem, a cada final de plantão
- A Prescrição Médica é válida para 24 (vinte e quatro) horas, compreendendo o período das 07:00hs às 07:00hs do dia seguinte

ROTINAS

- A Prescrição Médica é individualizada e realizada na noite anterior a de seu uso, pelo plantonista responsável em impresso próprio da UTI
- No período da manhã são realizados os aprazamentos que seguirão a prescrição anterior quando não se tratarem de novas medicações. Quando prescritas novas medicações, aprazar conforme a necessidade e solicitação médica procurando evitar horários quebrados, tais como: 06:30hs, 12:30hs, 18:30hs, etc...
- Somente em casos especiais, como a ausência ou não preenchimento da Prescrição Médica do dia é que poderão ser seguidos os horários de medicações da prescrição do dia anterior
- Em caso de dúvida ou letra ilegível, comunicar à enfermeira e/ou ao médico responsável
- A Prescrição Médica e o aprazamento devem ser rigorosamente seguidos, salvo os casos de consenso entre enfermagem e médicos
- As Evoluções da Enfermagem nos horários das 07:00hs às 18:00hs devem ser preenchidos com caneta de cor azul ou preta e os horários das 18:30hs às 06:30hs em caneta de cor vermelha
- Checar medicações antes de serem administradas

- Registrar na Evolução da Enfermagem os horários de início do plano de manutenção dos equipamentos
- Quando houver medicações prescritas "uma vez ao dia", iniciá-la no momento de sua prescrição, salvo casos que possam aguardar o melhor horário
- Quando houver suspensão de medicamento, os horários aprazados devem ser circulados o que significa que a droga não foi e não será administrada naquele horário
- Os psicotrópicos devem ser prescritos pelo médico, também em receituário próprio e anexados à Prescrição Médica alguns antibióticos e a albumina humana, devem ser justificados pelo médico em impresso padronizado pelo HOSPITAL
- As medicações prescritas são marcadas com um "X" a própria prescrição para serem liberadas pela farmácia, salvo as medicações já existentes na UTI
- As prescrições deverão ser encaminhadas à farmácia em sacos plásticos para prevenir danos e melhor transporte dos medicamentos

A enfermeira da unidade deve:

- Verificar o correto manuseio das prescrições médicas pela equipe de enfermagem durante todo o período
- Solicitar ao médico a prescrição escrita de drogas solicitadas verbalmente, bem como o preenchimento legível, assinatura e carimbo
- Observar os medicamentos pedidos na farmácia para que não ocorram sobras na UTI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NORMA

- É preciso desenvolver a consciência ética e a responsabilidade legal no sentido de que sejam registradas adequadamente todas as ações realizadas pela enfermagem
- A legislação profissional coloca a anotação como obrigação e responsabilidade de enfermagem e a legislação trabalhista estabelece que a negligência no cumprimento das obrigações específicas é motivo para a "justa causa" na rescisão do contrato de trabalho, por iniciativa do empregador
- Deve-se ter em mente que o que não está registrado por escrito, não aconteceu
- O prontuário constitui instrumento legal, porque prova pelos dados nele escritos, a qualidade da assistência prestada ao paciente.
- Representa ainda, o testemunho escrito na defesa legal da instituição e de toda a equipe que prestou assistência ao paciente

Objetivos dos registros:

- Garantia da Defesa Jurídica
- Contribuição para o Diagnóstico
- Contribuição para a Terapêutica
- Contribuição para o Prognóstico
- Contribuição para a Comunicação Humana
- Contribuição para os Programas de Saúde
- Utilização para Investigações Científicas
- Para Auditoria
- Computação de Dados
- Recursos auxiliares de Treinamento, Ensino e Controle
- Avaliação da Qualidade da Assistência Prestada
- Tratamento e cuidados

- Facilita a inter-comunicação da equipe
- Possibilita a continuidade da assistência nas 24 horas
- Dispensa a repetição de perguntas ao paciente
- Auxílio no fornecimento de informações ao paciente ou à família do assistido, quando solicitadas
- Serve como forma de comunicação entre aqueles cujas atividades profissionais são dirigidas no sentido de prestar assistência ao paciente

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3913
FUNC

ROTINAS

- A Evolução de Enfermagem deve relatar o atendimento prestado ao paciente durante o período de trabalho de cada funcionário

Deve ser sistemático e iniciar com exame físico-céfalo-caudal, podendo seguir o esquema a seguir relacionado:

- Estado geral e de consciência
- Exame físico
- Medicações em uso
- Intercorrências
- Cuidados prestados
- Eliminações Fisiológicas
- Exames realizados e a realizar
- De maneira alguma deve-se deixar a evolução em branco para ser preenchida fora do horário de plantão
- A evolução pode ser iniciada ou preenchida durante todo o período ou ao final do plantão
- Deve-se utilizar caneta esferográfica azul ou preta para o período diurno e vermelha para o noturno
- Preencher somente a evolução do paciente ao qual se tenha oferecido cuidados

PREENCHIMENTO DA EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NORMAS

- Elaborar o relatório após avaliação minuciosa do paciente (entrevista e exame físico)
- Usar letra legível e de tamanho adequado ao impresso, utilizando terminologia científica sempre que possível
- Evitar rasuras e linhas em branco
- Considerar os aspectos legal e judicial das anotações
- As abreviaturas utilizadas deverão ser padronizadas: SSVV, T, T, PA, P, MMII, MSD, MSE, S/N e outros).
- Redigir de maneira clara, completa e objetiva, descrevendo o que foi visto ou sentido pelo paciente e não de interpretação pessoal
- Determinar horários quando o cuidados prescrito assim o exigir
- O cabeçalho da folha deverá estar previamente preenchido
- Verificar e anotar, rotineiramente, a aceitação de dietas
- Anotar resultados de glicosúria, glicemias e outros
- Anotar diurese, volume e aspecto de evacuações, se possível
- As anotações de enfermagem deverão ser realizadas a cada período, ou seja, M, T e N
- As anotações deverão constar os sinais vitais, o aspecto emocional, o nível de consciência, o aspecto das lesões, dos curativos, etc...
- Anotar a data dos procedimentos invasivos

- As anotações de enfermagem para o período diurno deverão ser feitas em azul e em vermelho para o noturno.
- Checar todos os cuidados realizados, observações e medicações prescritas para/em cada período.
- Circular no horário em que não foi realizado o procedimento ou administrada a medicação
- Fazer assinatura legível após cada anotação, utilizando carimbo com nome e número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3914
FUNE

Seqüência das anotações:

- Data e Horário
- SSVV
- Descrição do estado geral
- Procedimentos realizados
- Encaminhamentos e outros

Sugestões para anotações referentes a:

Admissão

- Deverá ser anotado o horário da chegada à unidade, condições de locomoção, principais antecedentes clínicos, sinais vitais, cuidados de enfermagem prestados, comunicação ao médico responsável. Anotar também peso e altura.

Alta

- Deverá ser anotado o horário em que o paciente deixou a unidade, suas condições físicas e emocionais, se saiu acompanhado, meio de locomoção, orientações prestadas, protocolar a entrega de exames e outros pertences

Curativos

- "Feito curativo ocluso na região (abdominal, torácica,...) drenada secreção purulenta em (pequena, média ou grande) quantidade pela incisão cirúrgica (ou pelo dreno. Retirados todos os pontos ou retirados alternadamente".

Dreno

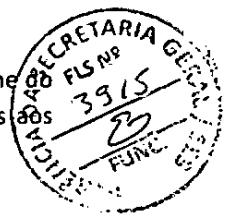
- "Paciente com dreno tubular ... (penrose) na região (torácia, abdominal). Drenou 150ml de secreção purulenta (aquosa, sanguinolenta, ...) Retirado o dreno e feito curativo compresivo. Feita mobilização do dreno e troca de frasco de drenagem (ou do coletor)

Exames

- Colhido sangue para hemograma, glicemia, etc..., colhido urina para urocultura.
- Encaminhamento ao RX para urografia, encaminhado à USG, em maca ou cadeira de rodas ou andando
- Expectoração
- Escarro amarelado, claro, esverdeado, com sangue, purulento, fétido, etc... em pequena, média, grande quantidade
- Movimentação
- Paciente deambulou, não conseguiu deambular porque sentiu tonturas. Sentou-se na cadeira. Feita movimentação ativa ou passiva no leito.

Óbito

- Anotar condições em que se deu o óbito, horário, atendimento e procedimentos realizados, nome do profissional que fez contato com a família, preparo e destino do corpo, orientações prestadas aos familiares, protocolar a entrega de valores e exames



Pós-Operatório

- Paciente retornou do cirúrgico em maca ou cadeira de rodas.
- Está consciente, inconsciente, agitado.
- Veio com soro, sangue, dreno de penrose em região abdominal, com secreção sanguinolenta (serosa, sonda vesical, nasogástrica
- Veio com curativo limpo (oclusivo, aberto)
- Anotar SSVV

Pré-Operatório

- Encaminhado ao cirúrgico em maca com sonda foley aberta, SSVV, etc...

Sono e Repouso

- Dormiu bem, acordou 3 vezes chorando, não dormiu, etc...

Vômitos

- "Apresentou 2 episódios de vômito contendo restos alimentares ou ... (suco gástrico, bile, sangue, cor amarelada, borra da café, ...) logo após a refeição (ou mamada ou quantas horas após) em (pequena, média ou grande) quantidade".

Outras observações que devem ser anotadas:

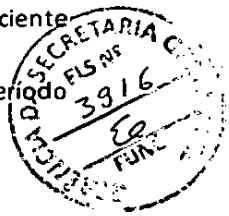
- Abscesso: cicatriz, crostas, escaras, dermatites, edemas
- Anotar a localização, aspectos, odor, etc...
- Cianose: perioral, extremidades, etc...
- Face: apática, sonolenta, pálida
- Transpiração: abundante, localizada na testa, extremidades, cheiro amoniacal, etc..

A Evolução da Enfermagem define o alcance da prática da enfermagem e identifica padrões de cuidados. Ele é individual e fornece dados do paciente de suma importância para o seu tratamento.

A Evolução da Enfermagem se compõe de:

- Dados de identificação do paciente
- História da doença atual
- Resultados de exames e diagnósticos
- História da saúde/doença e dados evolutivos
- Necessidades básicas
- Exame Físico
- Características da Internação
- Condições de alta
- Cuidados prestados pela enfermagem
- Todo paciente internado na UTI deve possuir a Evolução da Enfermagem que pode ser preenchido antes ou durante a sua internação

- A Evolução de Enfermagem deve permanecer na prancheta de evoluções ao lado do leito do paciente até a sua alta e daí segue anexada ao prontuário
- Deve ser atualizada diariamente, a cada plantão, pela enfermeira responsável em cada período (plantão)



PREENCHIMENTO DA FOLHA SSVV E BALANÇO HÍDRICO

NORMAS

- O relatório de SSVV e Balanço Hídrico é de padronização do setor e contém os dados do paciente durante 24 (vinte e quatro) horas

ROTINAS

- A folha de SSVV e Balanço Hídrico é individual e diária, devendo ser preenchida pela manhã, no início do plantão, com todos os dados do paciente
- O preenchimento é de responsabilidade do auxiliar/técnico de enfermagem que assumirá os cuidados do paciente naquele período
- O preenchimento é feito de hora em hora ou conforme o estado geral do paciente o qual deverá ser avaliado pelo médico e/ou enfermeira, durante as 24 (vinte e quatro) horas, podendo ser espaçado até 3/3 horas
- Este relatório deverá permanecer durante 24hs na prancheta do paciente junto com a Prescrição Médica do dia
- O Balanço Hídrico terá seus somatórios concluídos, de perdas e ganhos, ´quando do término das 24hs e só então será anexado ao prontuário do paciente
- Durante o dia as anotações devem se feitas à caneta esferográfica de tinta azul ou preta e no período da noite com caneta esferográfica de cor vermelha

RELATÓRIO DE GASTOS/PACIENTE

NORMAS

- O Relatório de Gastos/Paciente consiste no relato de materiais e medicamentos utilizados em cada paciente
- Os materiais e medicamentos já estão discriminados em "kits" já padronizados pelo hospital
- Materiais adicionais utilizados, que não constam dos "kits" devem ser discriminados no formulário Evolução da Enfermagem
- No preenchimento deste relatório deve-se ter cuidado com as regras estabelecidas pelos convênios/planos de saúde

ROTINAS

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO E IMPRESSOS

NORMAS

- O pedido de Materiais de Consumo e Impressos deve ser feito em formulário padronizado (Requisição Interna), sendo preenchido em 2 vias
- Seu preenchimento é de responsabilidade do enfermeiro supervisor ou do enfermeiro assistencial conforme escala de plantão

- A Requisição Interna deve ser preenchida em letra legível e estar devidamente datada, assinada e carimbada pelo requisitante

ROTINAS

- A requisição deve ser realizada semanalmente e de preferência aos domingos
- Tem-se como base um formulário onde estão relacionados os materiais mais utilizados no setor, bem como as quantidades mínimas de cada um que cada setor deve manter estocado
- A enfermeira deve estar ciente quanto a real necessidade do setor antes de requisitar os materiais, ou seja, deverá pedir somente a quantidade necessária para completar o estoque mínimo
- Não deve haver excesso nem falta de materiais de consumo, salvo problemas alheios ao setor
- O pedido deverá ser entregue ao almoxarifado na segunda feira pela manhã, por funcionário previamente escalado para esta tarefa
- Os materiais devem ser pegos na mesma segunda feira, na parte da tarde e os manipulados na quinta feira, também à tarde, sendo armazenados pelo funcionário previamente escalado para esta tarefa, salvo intercorrência no setor
- Os materiais de consumo devem ser solicitados em folhas separadas, conforme local de fornecimento. Ex. farmácia, manipulação, higiene e limpeza, almoxarifado (material de escritório), etc...

REQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE USO PERMANENTE

NORMAS

- Os materiais permanentes são solicitados em impressos próprios pela enfermeira supervisora do serviço
- A necessidade de novos materiais permanentes no setor deve ser avaliada juntamente com a enfermeira assistencial

EMPRÉSTIMO E DEVOLUÇÃO DE MATERIAIS

NORMAS

- O empréstimo de materiais deve ser efetuado somente com a autorização da enfermeira supervisora do serviço
- Em se tratando de respiradores o empréstimo é de responsabilidade do médico plantonista em conjunto com a enfermeira supervisora
- Os materiais utilizados pelo setor e que não fazem parte do patrimônio do hospital não devem ser emprestados pela equipe de enfermagem
- Revisar semanalmente os equipamentos da unidade, quanto à limpeza e funcionamento, segundo escala de serviço do setor

ROTINAS

- Os materiais não serão emprestados quando estiverem em uso ou aguardando a chegada do paciente
- Ao se efetuar o empréstimo, o material deve ser descrito no Livro de Ocorrências do setor, identificando-se o local de destino, pessoa responsável, número do patrimônio, data e assinaturas do fornecedor e do recebedor
- Tanto no ato do empréstimo quanto no da devolução, o material e/ou equipamento deverá ser revisado, testado seu funcionamento e verificado seu estado geral de limpeza, devendo qualquer anormalidade ser registrada no Livro de Ocorrências do setor de origem

- Ao se receber o material/equipamento emprestado, deve-se dar baixa do empréstimo no Livro de Ocorrências como devolvido
- No caso de materiais e equipamentos encaminhados para manutenção deverá ser adotada esta mesma rotina

CONTROLE DO CARRINHO DE PARADA

Carro utilizado nas situações de emergência, equipado com toda medicação e materiais para uso imediato.

FINALIDADES

- facilitar atendimentos de emergência
- Conduzir os medicamentos e materiais para junto do paciente
- Prover áreas de atuação, no preparo das soluções
- Guardar e manter materiais e medicamentos de emergência

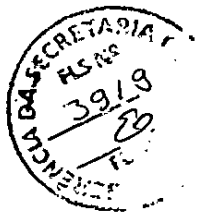
NORMAS

- O controle do carrinho de emergência será realizado conforme escala de serviço do setor
- Em todos os períodos deverá ser anotado em caderno próprio o número dos lacres que estão no carrinho e em seguida datado e assinado
- Uma vez por mês o carrinho deve ser aberto, caso não seja usado, para verificação dos materiais, quanto à validade, conservação e quantidade necessária
- Após o seu uso o carrinho deve ser avaliado, reorganizado e lacrado pela enfermeira de plantão

MATERIAIS QUE COMPÕEM O CARRINHO DE PCR

MATERIAIS	QUANTIDADE
Água de intubação	02
Água destilada 250ml	01
Ambu recém nato/pediátrico/adulto	01
Agulha 40x12	10
Agulha 25x7	10
Cabo de laringo	02
Cânula endotraqueal no. 2,0 à 4,5 (uma de cada)	03
Cânula endotraqueal no. 5,0 à 7,0 (uma de cada)	02
Cânula de Guedel no. 000/00/0/1/2 (uma de cada)	01
Cateter intravenoso periférico no.24	05
Cateter intravenoso periférico no. 22	05
Conexão 2 vias	03
Equipo macrogotas	03
Equipo microgotas	03
Fluxômetro ar/02	01
Lâmina reta número 0/1 (uma de cada)	01
Lâmina curva número 0/1	01
Luva estéril no. 7/7, 5/8/8,5 (uma de cada)	02
Luva de procedimento (par)	10
Pinça de manguil	01
Seringas de 1/3/5/10/20 ml (uma de cada)	05
Soro fisiológico 0,9% 125/250/500ml (uma de cada)	01
Scalp no. 27, 25 e 23 (um de cada)	05

Sonda de aspiração no. 4/6/8/10/12 (uma de cada)	03
Torneirinha 3 vias	03
Umidificador	01
DROGAS	QUANTIDADE
Adrenalina	10
Água destilada	05
Cedilanide	05
Decadron	03
Dormonid	05
Gluconato de cálcio	05
Sulfato de atropina	10
Valium/Diempax	05
Xylocaína a 2% sem adrenalina	02



OBSERVAÇÕES GERAIS:

- A conferência deste carro de emergência deverá ser criteriosa e sempre após sua utilização e a cada passagem de plantão
- É de responsabilidade da enfermeira do setor, a checagem e controle destes materiais
- Deverá existir, em cada setor, um carro de emergência em local de fácil acesso
- Nunca utilizar estes materiais para situações que não sejam emergenciais

PASSAGEM DE PLANTÃO

NORMAS

- Compete a toda a equipe de acordo com a categoria e função
- As passagens de plantão da equipe de enfermagem acontecem entre auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e entre enfermeiros
- Consiste na transmissão de acontecimentos, a fim de individualizar o atendimento, dar continuidade à assistência de enfermagem valorizando a complexidade durante as 24 horas em favor da recuperação do paciente, auxiliando no diagnóstico e tratamento do paciente
- A passagem de plantão deve se realizada na beira do leito em uma linguagem clara, científica e objetiva

PROCEDIMENTOS

- Os horários de passagem do plantão são 06:30hs, 12:30hs e 18:30hs, devendo ser utilizado relatório escrito
- Chegar ao setor 10 minutos antes para um passagem de plantão tranqüila
- O auxiliar/técnico de enfermagem não deve receber mais que 2 (dois) pacientes na passagem de plantão, sendo obrigatório aguardar a chegada do colega, salvo no caso de faltas

A passagem de plantão referente ao paciente deve incluir:

- SSVV
- Descrição do estado geral
- Exames realizados ou a realizar
- Medicações em uso
- Alimentação e sua aceitação
- Intercorrências
- Deve-se conferir na passagem de plantão a organização do setor no que se refere a materiais de troca como umidificadores, inaladores e kit de aspiração, bem como carrinho de emergência

- Comunicar a enfermeira qualquer problema observado durante a passagem de plantão
- Evitar conversas paralelas de assuntos não referentes ao serviço, respeitando o paciente e os colegas de trabalho

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3920

A enfermeira da unidade deve:

- Realizar a passagem de plantão leito a leito, repassando a organização do setor, material e equipamentos emprestados, controle de psicotrópicos, possíveis altas e internações, troca de materiais para re-esterilizaçao, entre outras

ALIMENTAÇÃO POR GAVAGEM

NORMAS

- A Alimentação por Gavagem, é o método utilizado para introduzir alimentos ou medicamentos em forma líquida no estômago, através de sonda gástrica ou nasogástrica
- Tem por finalidade alimentar o paciente impossibilitado de deglutir, em pós-operatório de cirurgia da região oral e VAS, em pacientes graves e inconscientes
- Pode ser introduzido através das fossas nasais (SNG) ou pela boca (SOG), posicionada no estômago. Também pode ser nasojejunal, quando passa pelo piloro até o jejuno.
- É uma forma de fornecer alimentação por via entérica – alimentação enteral

ROTINAS

- Procedimento realizado pelo auxiliar de enfermagem sob supervisão da enfermeira
- Antes de administrar a dieta, medir o fluxo gástrico – aspirando com a seringa – se o conteúdo aspirado (estase gástrica) for igual ou inferior a 1/3 do volume a ser administrado, desprezar e proceder à alimentação. Se for igual ou superior a 1/3 do volume a ser administrado, comunicar a enfermeira e ao médico e não administrar a dieta

MATERIAIS

- Seringa de 10 ou 20ml
- Estetoscópio
- Gazes
- Recipiente com a dieta ou medicação
- Recipiente com água potável
- Toalha de papel

PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material a ser utilizado
- Lavar as mãos
- Informar ao paciente e seu acompanhante sobre o procedimento
- Promover uma posição confortável no leito
- Posicionar o paciente com a cabeça e o peito elevados – semi-Fowler (45O C)
- Proteger o tórax do paciente com a toalha de papel
- Receber e conferir a dieta prescrita vinda da copa e/ou lactário
- Verificar se a temperatura está adequada (temperatura ambiente)
- Testar a localização da sonda (aspirar com a seringa, observando a presença de suco gástrico ou injetando 5 à 10ml de ar, auscultando na região epigástrica com estetoscópio, ouvindo típicos ruídos estomacais em bolhas)

- 10. Verificar estase gástrica
- Oferecer uma chupeta à criança, se for de seu costume
- Aspirar a dieta do reservatório com a seringa e adaptar o bico da seringa à conexão da sonda com auxílio de uma gaze
- Introduzir lentamente a dieta da criança, deixando infundir pela força da gravidade (elevar a sonda e a seringa a uma altura além de 20cm da cabeça da criança) – pinçar a sonda com a mão, se necessário
- Lavar a sonda com 5 a 8ml de H2O, após o fim de cada dieta
- Fechar a sonda com a tampa protetora
- Fazer com que a criança arrote, se possível e observar o seu estado geral
- Deixar a criança em decúbito lateral direito, se possível, ou semi-sentada com a cebaça lateralizada
- Recolher o material utilizado, recompor a criança e a unidade
- Registrar no plano assistencial de Enfermagem o volume oferecido com a sua aceitação e/ou intercorrências
- Trocar a sonda nasogástrica a cada 72 horas. As sondas enterais não precisam ser trocadas em períodos curtos, podendo ficar instaladas por até 6 meses
- Manter a sonda bem fixada, observando a marca na entrada da narina, para que não ocorra tração da sonda, com risco de broncoaspiração para a criança
- Observações de Enfermagem
- Lavar todo o material, a cada utilização
- A passagem da sonda em muitos casos também é recomendada, quando o paciente recusa alimentação ou medicação, de forma definitiva. Ex. doentes mentais, criança
- Trocar a seringa a cada oferta de dieta
- A administração rápida da dieta, interfere no peristaltismo, causando distensão abdominal e regurgitação
- O uso de chupeta relaxa a criança, possibilitando um fluxo mais fácil do líquido, além de atender às necessidades normais da sucção, quando a criança já fizer uso da mesma
- O local onde o paciente faz as refeições deve ser ventilado, sossegado e estar em ordem
- Providenciar a higiene da boca do paciente, após a refeição

ASPIRAÇÃO DE SECREÇÃO ENDOTRAQUEAL

É o procedimento utilizado para retirar secreções do tubo respiratório e/ou cavidade oral, quando o paciente não faz por si.

FINALIDADES

- Retirar secreções do tubo respiratório sem traumatismo
- Promover vias aéreas permeáveis
- Prevenir e auxiliar no tratamento das infecções respiratórias
- Prevenir no tratamento das atelectasias pulmonares

RESPONSABILIDADE

- Equipe de enfermagem

NORMAS

- A aspiração é uma intervenção destinada a remover secreções das vias aéreas superiores e traquéia nos casos em que a criança não tem condições de removê-la através de tosse ou deglutição

ROTINAS

- É um procedimento invasivo e deve ser realizado com técnica asséptica
- Deve ser realizado por duas pessoas para que haja menor risco de contaminação
- A aspiração traqueal não é uma rotina de enfermagem, devendo ter horário prescrito ou realizada quando necessário
- Realizar ausculta pulmonar antes e após a aspiração endotraqueal para avaliar a eficiência da aspiração
- A aspiração é realizada pelo fisioterapeuta e enfermeiro ou na sua ausência pela equipe de enfermagem
- Cada leito deve ter o seu kit de aspiração (1 vidro e 2 borrachas) ligado ao vácuo
- O vidro de aspiração deve ser lavado a cada término de plantão
- Utilizar, se possível, apenas um frasco de soro fisiológico 0,9% de 250ml para limpeza do circuito de aspiração a cada 6 horas
- Guardar o frasco de maneira a mantê-lo asséptico
- Proteger a extremidade do circuito com tampinha ou saquinho estéril da sonda utilizada
- Não aspergir a criança por mais de 15 segundos, intercalar com intervalos de 3 a 5 segundos. Aspirações prolongadas levam a hipóxia.
- Evitar introduzir profundamente a sonda pois pode causar lesões ulcerativas das mucosas
- A numeração da sonda dependerá da avaliação da criança (calibre da cânula, orifício nasal, etc...)
- Caso haja resistência na introdução da sonda, instilar soro fisiológico ou água destilada no TOT para lubrificá-lo.

MATERIAIS

- 01 luva de látex estéril direita
- 01 luva de látex procedimento esquerda
- sonda de aspiração
- intermediário
- sonda de Nelaton estéril
- gaze
- 01 frasco de soro fisiológico de 250ml
- 01 frasco de água estéril
- 01 seringa de 5ml com soro fisiológico ou água destilada
- ampola de água destilada
- 01 cuba redonda

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Separar o material a ser utilizado na sala de procedimentos
- Explicar de forma clara ao paciente e acompanhante o procedimento a ser realizado
- Encaminhar o paciente para a sala de procedimentos
- Preparar a seringa para possível instilação
- Encher a cuba redonda com água destilada
- Abrir o pacote de gaze e da sonda, mantendo-os estéreis
- Calçar a luva na mão dominante e segurar a sonda
- Com a outra mão segurar o intermediário, adaptando a sonda
- Abrir a rede de vácuo (mão sem luva) ou oxigênio, inserir o cateter através do tubo ou cânula, delicada e rapidamente sem aspirar (manter aberto, ou pinçar manualmente o intermediário) durante a introdução
- Aplicar a sucção por 2 a 3 segundos apenas em cada etapa da técnica

- Caso haja secreção profunda, introduzir o cateter delicadamente nos brônquios principais, girando a cabeça do paciente para o lado oposto que se quer atingir
- Retirar o cateter lentamente com movimentos em aspirais
- Repetir a técnica, até 15 segundos, se necessário
- Oxigenar o paciente (ambú ou respirador)
- Lavar o intermediário
- Fechar o vácuo
- Desconectar a sonda, desprezando-a
- Encaminhar o material utilizado para expurgo e lavar o vidro de aspiração
- Retirar a luva
- Proteger a ponta do intermediário com saco plástico
- Lavar as mãos
- Anotar procedimentos e intercorrências no prontuário do paciente

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3923
FURNAS

OBSERVAÇÕES GERAIS

- Usar técnica asséptica
- Observar o paciente durante o procedimento pois a aspiração pode provocar reflexo vagal com conseqüente parada cardíaca
- Este procedimento requer grande destreza manual e para melhor desempenho aconselha-se que seja realizado por duas pessoas
- Este procedimento deverá ser realizado, segundo prescrição de enfermagem, de 2/2hs e SOS
- O frasco de aspiração e o intermediário devem ser trocados de 12/12hs
- A cuba redonda deve ser estéril

ASPIRAÇÃO DA CÂNULA ENDOTRAQUEAL (TOT)

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Pedir a colaboração da criança, quando possível
- Pessoa responsável pela ventilação:
- Ajustar o fluxômetro da baraca para 5lt/min de O2
- Desconectar o respirador do TOT e protegê-lo
- Proceder a ventilação para fluidificar secreções
- Desconectar a baraca do TOT para aspiração
- Instilar soro fisiológico ou água distilada no tubo, se necessário

Pessoa responsável pela aspiração:

- Abrir sonda de aspiração
- Conectar sua extremidade ao circuito conectado ao vácuo
- Calçar luvas
- Introduzir a sonda no TOT sem aspirá-lo até encontrar resistência ou estímulo de tosse
- Iniciar a aspiração tracionando a sonda com movimentos rotativos
- Repetir o procedimento quantas vezes necessárias com intervalos de 5 a 10 segundos
- Auscultar MBV
- Conectar o TOT ao ventilador mecânico
- Proceder à aspiração de vias aéreas superiores (vide rotina)

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

MATERIAL

- Idem

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material próximo ao leito
- Pedir a colaboração da criança, quando possível
- Instilar soro fisiológico ou água destilada em cada narina
- Introduzir a sonda fechada em uma das narinas até a orofaringe ou traquéia
- Proceder à aspiração tracionando a sonda em movimentos circulares
- Repetir o procedimento na outra narina, até quando necessário
- Aspirar a cavidade oral examinando a presença de lesões
- Repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias com intervalos de, no mínimo, de 5 a 10 segundos
- Posicionar a criança confortavelmente
- Lavar o circuito com soro fisiológico e proteger sua extremidade
- Fechar a rede de vácuo
- Recolher e organizar o material
- Lavar as mãos
- Checar na prescrição e relatar intercorrências

CATETERISMO VESICAL

É a introdução de uma sonda vesical estéril pelo meato uretral até atingir a bexiga.

FINALIDADES

- Possibilitar controle hídrico adequado
- No tratamento da retenção urinária. Ex.: pós-operatório, hipertrofia prostática
- Obter amostras de urina para exames
- Monitorização do débito urinário no trans e pós-operatório e em diversas patologias

NORMAS

- A cateterização vesical consiste na inserção de uma sonda no interior da bexiga, através da uretra
- A sonda de Foley e a bolsa coletora formam um sistema fechado estéril
- A cateterização só deve ser empregada quando absolutamente necessário, devido ao risco de infecção do trato urinário
- A passagem de sonda vesical de demora ou de alívio deve ser realizada pelo enfermeiro mediante prescrição médica

ROTINAS

- Anterior a cateterização, certificar-se da higiene da criança
- Realizar exame físico a fim de escolher o tamanho certo da sonda (8-10)
- Não usar sondas muito largas, pois causam pressão sobre a uretra
- A técnica deve ser realizada com auxílio do funcionário para que haja menor risco de contaminação
- Nunca forçar a introdução da sonda
- Coletar urocultura e EAS antes de retirar a sonda e a cada 7 dias caso a criança permaneça com a sonda

- De maneira alguma desconectar o sistema fechado para coleta de urina
- Retirar a sonda imediatamente quando houver sinais de retenção ou infecção urinária
- Nunca tracionar e reintroduzir a sonda
- A sonda de alívio não deve permanecer na criança após a drenagem total da urina. Deve ser removida ao término da diurese

SECRETARIA FLS Nº 3925

MATERIAIS

- Bandeja de cateterismo vesical
- Um par de luvas estéreis
- Sonda Foley de duas vias (de látex ou siliconizada)
- PVPI tópico
- Esparadrapo
- 1 tubo de Xilocaína gel
- 1 seringa de 20ml
- 1 agulha 40 x 12
- ampola de água destilada ou soro fisiológico de 0,9%
- 1 bolsa coletora de urina sistema fechado
- 1 cálice
- 1 recipiente para lixo
- 1 bureta graduada se necessário
- Micropore
- Fralda descartável

PROCEDIMENTOS

- Verificar finalidade do cateterismo: cateterismo de alívio ou sonda de demora
- Preparar todo o material necessário, na sala de procedimento
- Explicar ao paciente e seu acompanhante sobre o procedimento, quando possível
- Encaminhar o paciente para a sala de procedimento
- Lavar as mãos com PVPI degermante
- Realizar a higiene íntima
- Fazer assepsia do carrinho de curativo com álcool a 70%
- Posicionar o paciente corretamente. Ex.: decúbito dorsal com as pernas afastadas
- Abrir o pacote da bandeja de cateterismo vesical, usando técnica asséptica, despejar solução PVPI tópico na cuba redonda
- Quebrar uma ampola de água destilada ou soro fisiológico 0,9% na outra cuba redonda
- Abrir a seringa estéril de 20ml, agulha, sonda e colocá-las no campo estéril
- Calçar luvas
- Testar o balonete da sonda
- Aspirar 3ml de água destilada ou conforme especificado na sonda
- Proceder à anti-sepsia com auxílio de pinça e gazes sem utilizar a mesma face da gaze
- Iniciar pela região suprapúbica com movimentos firmes, unidirecionais, distal-proximal
- Continuar na face interna da coxa de cima para baixo, distal-proximal, até região inguinal

Cateterismo em Paciente do sexo feminino

- Colocar o paciente em decúbito dorsal, com os joelhos dobrados, os quadris flexionados e os pés apoiados sobre a cama e separados
- Descobrir a bandeja, observando se está tudo em ordem
- Calçar as luvas

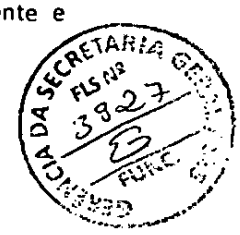
- Realizar a anti-sepsia da região vaginal após lavagem externa (vide técnica)
- Utilizar a pinça com gaze embebida em PVPI tópico
- Iniciar pelo lado externo dos pequenos lábios, a seguir o lado interno e por último o meato
- Os movimentos devem ser realizados de cima para baixo
- Utilizar para cada movimento somente uma gaze, mantendo a última gaze em contato com o meato urinário durante alguns minutos
- Colocar o campo fenestrado no paciente
- Separar os pequenos lábios com os dedos indicadores e polegar, de modo a visualizar o meato uretral. Manter esta posição até o final do procedimento
- Colocar a cuba rim com a sonda bem lubrificada sobre o campo fenestrado, próximo a região vaginal
- Com o auxílio técnico, manter a outra extremidade da sonda na cuba rim
- Introduzir mais um pouco e permanecer com a sonda nesta posição até cessar a drenagem

ATENÇÃO

Se houver resistência:

- não forçar
- retirar a sonda
- observar o calibre e se está bem lubrificada
- tornar a introduzir a sonda lentamente
- Após o término do fluxo, pinçar a sonda com os próprios dedos e retirar vagarosamente, desprezando no coletor de lixo
- Medir a diurese no cálice graduado
- Limpar com gaze a região vaginal e retirar o campo fenestrado
- Retirar as luvas
- Encaminhar o paciente à unidade de internação
- Deixar o paciente em posição confortável
- Ordenar o ambiente
- Encaminhar o material ao expurgo, dispensando os necessários cuidados
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento e intercorrências no prontuário do paciente
- Cateterismo em Paciente do sexo masculino
- Colocar o paciente em decúbito dorsal com as pernas estendidas e discretamente afastadas
- Descobrir a bandeja, observando se está tudo em ordem
- Calçar as luvas
- Proceder a anti-sepsia, utilizando a pinça para segurar a gaze embebida em PVPI tópico
- Erguer o pênis com o indicador e o polegar, elevá-lo até uma posição quase vertical e expor a glande
- Limpar o corpo do pênis e em movimentos circulares do para fora, limpar o meato, até atingir toda a glande
- Colocar o campo fenestrado
- Colocar a cuba rim com a sonda sobre o campo fenestrado
- Colocar lubrificante gel dentro do corpo da seringa de 20 ml com auxílio de um técnico
- Posicionar o pênis e com a seringa acoplada no meato uretral, introduzir lubrificante
- Manter a outra extremidade da sonda na cuba rim estéril, por onde drenará a urina
- Introduzir lentamente a sonda no meato uretral, até sair a urina
- Após a saída da urina, introduzir mais 2 a 3 cm
- Caso haja resistência, não forçar a sonda, aumentar lentamente a tração sobre o pênis e aplicar uma pressão suave e contínua sobre a sonda

- Ao término do fluxo urinário, pinçar a sonda com os próprios dedos, retirar vagarosamente e desprezá-la no coletor de lixo
- Medir a diurese no cálice graduado
- Limpar com gaze a região peniana e reposicionar o prepúcio
- Retirar o campo fenestrado
- Retirar as luvas
- Encaminhar o paciente à unidade de internação
- Deixar o paciente confortável
- Encaminhar o material ao expurgo, dispensando os necessários cuidados
- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento e intercorrências no prontuário do paciente



INALAÇÃO

NORMAS

Nesse sistema ocorre a quebra da medicação líquida em partículas através da força do ar ou do O2

ROTINAS

- O kit de inalação é individual, trocado a cada 24 horas
- A inalação é preparada CPM
- A enfermeira deve estar atenta quanto às irritações oftalmológicas, já que as crianças não costumam fechar os olhos durante o procedimento bem como demais alterações da criança
- Manter a face da criança higienizada antes e após a inalação
- Proceder à aspiração, se necessário
- Durante o uso de Berotec observar sinais de taquicardia e taquipnéia
- A inalação com oxigênio não é de rotina, sendo imediatamente realizada a extubação ou conforme solicitação médica
- Caso não haja nebulização até 7 litros/minuto, trocar o sistema

MATERIAIS

- Kit de inalação (máscara e rabicho)
- Medicação prescrita
- Soro fisiológico 0,9%

Fluxômetro de ar ou de O2

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Reunir o material
- Conferir a prescrição médica
- Colocar o soro fisiológico 0,9% mais medicação CPM
- Montar o sistema e levar a unidade para junto do leito
- Solicitar a colaboração do paciente
- Conectar o fluxômetro à rede de ar
- Testar o funcionamento do sistema
- Regular o fluxômetro em até 7 litros/minuto
- Posicionar a máscara próxima ao rosto do paciente até o término da névoa
- Recompor a unidade

- Acondicionar a máscara em saco plástico e deixá-la no box do paciente
- Checar na prescrição médica
- Lavar as mãos

SECRETARIA DE SAÚDE
FLS Nº 39 28
FL

INTUBAÇÃO [redacted]

Procedimento empregado em situações de emergência ou eletiva, através da introdução de um tubo naso ou orotraqueal para proporcionar uma via aérea artificial.

FINALIDADES

- Manter vias aéreas permeáveis
- Facilitar aspiração de secreções
- Facilitar ventilação mecânica

RESPONSABILIDADE

- Médico e equipe de enfermagem auxiliando no procedimento

MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Ambu
- Anestésico spray
- Cadarço
- Gaze
- Guia
- Laringoscópio com lâminas
- Luva estéril
- Máscara
- Material de aspiração (vide técnica)
- Respirador mecânico com circuito
- Seringa de 20ml
- Tubo endotraqueal

PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Separar o material encaminhando-o à unidade do paciente. Na emergência utilizar o carrinho de parada
- Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado, se ele estiver lúcido
- Colocá-lo em posição supina, com a cabeça hiperestendida com o uso de coxim sob a cintura escapular
- Certificar-se do funcionamento do laringoscópio
- Testar o cuff da cânula endotraqueal
- Auxiliar o médico no procedimento
- Inflar o cuff , até que cessem os ruídos de escape de ar
- Aspirar VAS se necessário
- Fixar o tubo com cadarço, quando estiver posicionado
- Instalar oxigenioterapia, se prescrito, através de ventilador contínuo, macronebulizador ou cateter com O2 complementar
- Deixar o paciente confortável no leito
- Encaminhar material ao expurgo, dispensando os necessários cuidados

- Lavar as mãos
- Anotar o procedimento e intercorrências no prontuário do paciente

OBSERVAÇÕES GERAIS

- A mudança de decúbito de 2/2 horas deverá ser prescrita pela enfermeira, pois melhora a expansão pulmonar e mobilização de secreções
- Elevar a cabeceira em 600 e certificar-se que o cuff esteja insuflado, para prevenir aspirações ao ser feita a dieta
- Observar tipo de cuff em termos de volume e pressão para que não cause danos ao paciente
- A higiene oral deve ser realizada a cada 6 horas em pacientes intubados dispensando cuidados especiais com mucosas, para evitar solução de continuidade, necrose tecidual, etc..

LAVAGEM CLÍNICA DAS MÃOS

NORMAS

- Além de ser um hábito de higiene, o ato de lavar as mãos é a maneira mais simples e eficaz de se prevenir infecções
- A técnica incorreta ou imprópria, na tentativa de ganhar tempo pode aumentar o índice de infecções e duração da internação do paciente, bem como aumentar os custos
- A lavagem das mãos visa a remoção de bactérias transitórias e algumas resistentes, células descamativas, pêlos, suor, sujidade e oleosidade

ROTINAS

- A lavagem freqüente das mãos é dever de toda a equipe de saúde que atua dentro do hospital e entra em contato com o paciente

Deve ser feita antes e após:

- o manuseio do paciente
- a realização de atos e funções fisiológicas e/ou pessoais (alimentação, tossir, espirrar, assoar o nariz, usar o banheiro, pentear-se, fumar, ...)
- Entre as diversas atividades realizadas em um mesmo paciente (higiene, aspiração, ...)
- Preparo de materiais ou equipamentos
- Coleta de material para exame
- Preparo e aplicação de medicações
- Higiene e limpeza da unidade do paciente
- A enfermeira deve orientar pais e visitantes quanto à lavagem correta das mãos
- Antes da lavagem das mãos se faz necessária a retirada de pulseiras, anéis, relógios e alianças
- Manter as mãos em nível mais baixo que os cotovelos, molhar as mãos com cuidado

MATERIAIS

- Sabão líquido com clorexcidine
- Papel toalha
- H2O corrente

PROCEDIMENTOS

- Abrir a torneira
- Molhar a mão não dominante e colocar sabão
- Ensaboar as mãos friccionando-as por 15/30 segundos, obedecendo a seguinte seqüência
- palma das mãos
- dorso das mãos
- espaços interdigitais, unhas e extremidade dos dedos
- polegar e dedos
- punhos
- Enxaguar as mãos uma de cada vez
- Enxugar com papel toalha
- Fechar a torneira utilizando o papel toalha

SECRETARIA GERAL FLS Nº 3930 FUNC GERÊNCIA

4.2. QUALIDADE DO ATENDIMENTO

4.2.1.1 MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SDCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E FAMILIARES CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

A proposta de Acolhimento com Classificação de Risco foi bastante aprofundada No item 4.1.6- Implantação do Programa de Acolhimento. Nos limitamos, nesse item, a abordar o processo de trabalho da equipe multiprofissional.

Nenhum paciente e nenhuma família está preparada para enfrentar a dura realidade de uma hospitalização. É um momento difícil na vida de qualquer pessoa, especialmente em casos de urgências e emergências. Carregada de medos, inseguranças, angústias diversas, a internação instala uma crise, ao tirar o paciente do seu cotidiano e colocá-la em um mundo desconhecido.

O Acolhimento ao Paciente e Familiar realizado por equipe multiprofissional busca a humanização do atendimento, visando um tratamento digno; minimizando a ansiedade dos pacientes e familiares no impacto da internação. Além disso, possibilita detectar possíveis agravantes psicossociais que possam interferir na alta hospitalar.

Rodas de conversa e oficinas de sensibilização ao atendimento humanizado são essenciais para melhoria no processo de trabalho da equipe multiprofissional, abrangendo os seguintes objetivos:

1. Valorização dos sujeitos: clientes, colaboradores e gestores;

2. Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde integral e prestação de serviços com qualidade;

3. Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva na gestão hospitalar;

4. Identificação das necessidades de melhoria no atendimento e estabelecimento de fluxo de propostas de resolutividade;

5. Comprometimento com a melhoria das condições de trabalho e atendimento humanizado;

6. Aumento do grau de comunicabilidade entre grupos profissionais;

7. Defesa dos direitos dos usuários do hospital;

8. Estimulo aos processos de Educação Permanente;

9. Promoção dos princípios norteadores da humanização e

10. Capacitação para realização de mudanças nas práticas de cuidado.

4.2.1.2 INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS.

Informação ao usuário:

Normas e Rotinas para Visitantes e Acompanhantes

Prezado Usuário

O Hospital de Urgências de Goiânia tem a missão de promover assistência integral à saúde, ensino e pesquisa. Nosso atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas médica, enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, farmácia e outros.

Sistema de Funcionamento

O setor responsável pela internação e documentação dos pacientes é o SAME (Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico) e está localizado na entrada do Hospital.

Cartão de Visitas

O controle de visitas e o fornecimento dos cartões de visitas será realizado pela recepção.

O sistema de visitas obedecerá os seguintes critérios:

ENFERMARIAS
Horário: de 9:30h às 10:30h, de 15h às 16:00 e de 19h às 20h, máximo 2 visitantes de cada vez.

UTI
Horário: de 9:30h às 10:30h, de 15h às 16:00 e de 19h às 20h, máximo 1 visitante de cada vez

Cartão de acompanhante

O cartão de acompanhamento é fornecido pela enfermeira-chefe da clínica onde o paciente está internado.

A troca de acompanhante poderá ser feita nos horários

- de 07:00h ás 09:00h

- de 12:00h ás 14:00h

- de 18:00h ás 20:00h

Acompanhantes devem ter idade mínima de 21 anos. Nas enfermarias femininas, a acompanhante também deverá ser do sexo feminino..

Observação:
Não é permitido entrar no Hospital qualquer alimento para o paciente sem autorização por escrito da nutricionista.

Medidas de Controle de Infecção Hospitalar

- Evitar sentar na cama do paciente;

- Lavar as mãos ao chegar na clínica e ao sair do hospital;

- Evitar o uso de jóias e adornos enquanto permanecer no Hospital;

- Evitar visita ao seu paciente, caso você esteja resfriado ou com outras doenças;

- Manter sempre limpos e presos cabelos longos de paciente e/ou acompanhante;

- Trazer o mínimo necessário de roupas e objetos pessoais do paciente.

Orientações Gerais

- Manter silêncio;

- Evitar circulação nos corredores, clínicas e postos de enfermagem;

- Não manipular equipamentos hospitalares reservados para o uso do paciente, sem autorização da enfermagem;

- Os visitantes e os acompanhantes devem manter bolsas, carteiras e valores sob sua guarda;

- Não é permitida a entrada de cadeiras, colchonetes, televisores e outros aparelhos para as enfermarias;

- Caso o paciente trabalhe de carteira assinada, procurar o Serviço Social para orientações sobre licença e benefício.

Momento da Alta Hospitalar

- Quando o paciente receber alta hospitalar, não esquecer de pedir seu Resumo de Alta assinado pelo médico e o Atestado Médico, se ncessário;

- Pegar Comunicado de Saída assinado pela enfermeira-chefe e entregar na portaria;

- Entregar o crachá e o cartão de acompanhante na recepção;

- Procurar sempre os profissionais para receber orientações e tirar quaisquer dúvidas

Dirigido aos profissionais:

Normas para visitante e acompanhante (no aspecto do controle de infecção hospitalar)

As visitas de familiares e amigos representam um momento muito importante para a recuperação do paciente e para a troca de informações entre a família e a equipe de saúde.

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

- A entrada de visitantes e de acompanhantes com quadro infeccioso deve ser evitada.
- A visita de crianças deve ser restrita, conforme a conveniência e a necessidade de cada caso, e quando autorizada por escrito, deve ser acompanhada de responsável legal ou pessoa indicada pelo mesmo.

A equipe de saúde da Unidade deve:

a. Orientar e supervisionar os visitantes quanto à higienização das mãos na chegada à unidade, antes e após contato com o paciente, superfícies e objetos da área do paciente, e imediatamente antes de deixarem o Hospital;

b. Orientar e supervisionar os visitantes a ficarem sempre junto ao paciente que está visitando e a não entrar em contato com outros pacientes internados;

c. Esclarecer as dúvidas.

O visitante deve:

a. Contribuir para manter a higiene e a ordem do local;

b. Contribuir para manter a harmonia e silêncio;

c. Evitar tocar ou manipular equipamentos, sondas, soros, drenos, que são atividades exclusivas da equipe de saúde;

d. Evitar sentar-se ou apoiar-se no leito do paciente, tampouco nos leitos desocupados;

e. Evitar usar os sanitários, até os banheiros reservados aos pacientes;

f. Obedecer ao tempo estipulado para visita.

Pacientes em precauções adicionais de contato:

- As visitas devem ser restritas (quantidade de pessoas e tempo de visita) e merecer a atenção contínua da equipe de saúde, que supervisiona a adesão às orientações anteriores.
- No caso de acompanhantes, recomenda-se o uso de luvas e avental conforme as orientações do Protocolo de Precauções Básicas e Adicionais de, com esforço permanente das orientações anteriores.

O planejamento e a implantação de um serviço sistematizado de orientação aos pacientes, visitantes e acompanhantes com a disponibilidade de folhetos e cartazes informativos e ilustrados facilita o dia a dia das equipes de saúde e a comunicação com os usuários.

4.2.1.3 PROPOSTA PARA A IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO ÀS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES.

Mudanças como ampliação do horário de visitação e a garantia de permanência de acompanhantes para os usuários internados exigem o desencadeamento de estratégias tanto com o público externo quanto com o interno. Rodas de conversa entre os profissionais das equipes técnicas, de apoio e da administração possibilitam o compartilhamento das decisões e o gerenciamento das mudanças.

O estabelecimento de Grupos de Orientação aos Acompanhantes, com o intuíto de acolhê-los na instituição, possibilita envolvê-los no cuidado ao usuário, tornando-os mais próximos das equipes, colaborando com as rotinas do setor.

A família costuma ser a principal origem do cuidador. O adoecimento gera crises e momentos de desestruturação para o paciente e seus familiares. Muitas mudanças ocorrem na vida do doente, levando-o a se deparar com limitações, frustrações e perdas. Essas mudanças serão definidas pelo tipo de doença, maneira que a doença se manifesta e como segue o seu curso, além do significado que o paciente e a família atribuem

ao evento. A família necessita se reorganizar e também se adaptar, pois o paciente pode precisar de cuidados. Os papéis e as funções devem ser repensados e distribuídos de forma que auxilie o paciente na elaboração de sentimentos confusos e dolorosos ocasionados pelo processo de adoecer.

O bem-estar e o preparo do cuidador tornam-se essenciais para a recuperação desejável do doente. Assim, o acolhimento dos cuidadores pode desempenhar um papel fundamental para:

• Aproximar os familiares da equipe de saúde da instituição;

• Reaproximação dos cuidadores com o paciente;

• Prevenir o burnout em cuidadores (o burnout pode levar a práticas paternalistas e abusos e agressões ao paciente);

• Amenizar as angústias dos familiares diante o adoecimento;

• Facilitar a aceitação do estado mórbido do seu ente querido, assim como das possíveis sequelas.

Sob estes pontos de vista, a implantação de grupos de suporte aos cuidadores informais dos pacientes possibilita a Humanização do atendimento e impacto positivo na gestão.

Uma equipe multidisciplinar composta por médico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, nutricionista pedem realizar um encontro semanal com os familiares com o objetivo de:

• Acolher os familiares e cuidadores dos pacientes acamados, com a incapacidade funcional significativa (ou com risco de desenvolver incapacidade funcional).

• Oferecer orientação técnica dos cuidadores quanto aos cuidados básicos do paciente no ambiente domiciliar, em paralelo às orientações individuais no leito se necessário;

• Esclarecer e discutir com os familiares sobre o conceito de cuidador e discutir sobre o sentido de cuidar;

• Promover a melhor aceitação de alta hospitalar pelos familiares, diminuindo suas angústias de receber o paciente no seu domicílio;

• Diminuir a possibilidade de reinternações por intercorrências clínicas geradas pela conduta inapropriada no domicílio;

• Favorecer o processo de reabilitação após a alta hospitalar.

Entendemos que essa abordagem do cuidador/familiar gera um excelente canal de comunicação que liga os usuários à instituição, possibilitando melhor acolhimento dos familiares e consequente melhoria do relacionamento e do vínculo destes com a instituição.

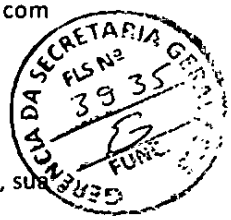
Essa proposta também atingir algumas diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009), tais como:

• Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população, entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

• Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;

• Criar mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;

• Implantar a equipe multiprofissional de atenção à saúde para seguimento dos pacientes internados e com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social.



Cartilha do acompanhante

O acompanhante do usuário internado é sujeito integrante do processo de produção de saúde e, por isso, sua participação ativa é essencial no tratamento e recuperação dos pacientes assistidos pelo.

Diante dessa condição, o acompanhante assume corresponsabilidades, junto à equipe multiprofissional do hospital, além de lhe serem garantidos direitos. Para informá-lo e educá-lo, o hospital elaborou a "cartilha do acompanhante", na qual estão listadas atribuições relativas ao comportamento desejável dentro da unidade hospitalar e garantias de tratamento digno e respeitoso. Durante a permanência do paciente, o acompanhante tem direito a acomodação e alimentação.

Colaborar para o bom andamento do tratamento e recuperação do paciente é atribuição do acompanhante. Pensando nisto, a administração do hospital acredita que algumas condutas devem ser seguidas. São elas:

- Informar à equipe multidisciplinar, quando perceptível ao acompanhante, as mudanças inesperadas no estado de saúde do paciente que possam interferir no tratamento;
- Se responsável legal, fornecer informações precisas, completas e acuradas sobre o histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à saúde do paciente;
- Seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional;
- Conhecer a respeitar as normas e regulamentos do hospital, através do Manual de Orientações aos Pacientes e Acompanhantes;
- Respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, colaboradores e prestadores de serviços da instituição;
- Zelar pelos bens e propriedades do hospital, enquanto patrimônio público, colocados à sua disposição para seu conforto e tratamento do paciente, bem como solicitar a mesma postura de visitantes do paciente;
- Participar do plano de tratamento do paciente e da alta hospitalar;
- Caso seja acompanhante de criança ou idoso, não se ausentar do leito do paciente ou sair da unidade hospitalar sem comunicação prévia à equipe multiprofissional. A conduta é considerada crime de abandono de incapaz, prevista no Código Penal Brasileiro e assim descrita em seu artigo 133: "abandonar pessoa que está sob seu cuidado, guarda, vigilância ou autoridade e por qualquer motivo incapaz de defender-se dos riscos resultantes do abandono".

4.2.2. PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM REALIZAÇÃO PERIÓDICA DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DD USUÁRID, COM DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES.

A percepção dos usuários sobre as práticas dos serviços de saúde será de extrema importância, uma vez que a comunidade é a razão da existência deles. A população será sempre "sujeito capaz" de avaliar, intervir e modificar o próprio Sistema, num movimento de fortalecimento da democracia em saúde.

A avaliação dos serviços de saúde pelo usuário favorecerá a humanização, além de constituir uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta dos serviços de saúde, como, também, permitir a adequação dos serviços às expectativas da comunidade adstrita.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3936
FUNED

A avaliação deverá identificar o modo como se produz a atenção à saúde e a percepção do usuário, quanto à disponibilidade, propriedade e amenidades dos serviços, verificando, também, as relações de cuidado entre equipe, usuário e familiares. A avaliação possibilitará revelar, também, se a Atenção à Saúde caracteriza-se por trabalho multiprofissional, com projetos terapêuticos adequados. Deverá contemplar a "satisfação do usuário", no contexto da utilização das tecnologias leves (relacionais, escuta qualificada, responsabilização, entre outras), com potencialidade de construção de vínculos, por meio do desenvolvimento de relações interpessoais atenciosas e afetivas, entre os trabalhadores e usuários: aspecto diferencial na qualidade da atenção à saúde.

Considerando que a satisfação do usuário tem uma relação direta com a adesão dos mesmos ao tratamento e à continuidade da utilização dos serviços de saúde, a proposta do Instituto Social FIBRA é implantar o Seviço de Atendimento ao Usuário- SAU, para permanente avaliação da satisfação, não apenas dos usuários freqüentes nos serviços, mas, também, dos não usuais, permitindo a estes oportunidades de expressão e fortalecendo sua participação nos processos de planejamento e exercício do controle social.

Deverão ser aplicados instrumentos estruturados de avaliação com análise continua dos relatórios. Os relatórios apontarão, ou não, a propriedade e a efetividade dos serviços e, principalmente, evidenciarão, ou não, o grau de satisfação dos usuários dos serviços. Esta análise deverá, também, subsidiar o (re) planejamento da organização produtiva.

Alguns aspectos deverão ser considerados nas pesquisas avaliativas: o acolhimento; o tempo de espera antes do atendimento; o respeito com que o usuário é tratado; o respeito à intimidade física, durante consulta e cuidados; a clareza nas explicações dadas pelos profissionais de saúde; a disponibilidade de tempo para escuta e orientações quanto ao problema de saúde apresentado e tratamento; a limpeza (incluindo banheiros); a resolução dos problemas de saúde; a categoria profissional envolvida no tratamento; e a ambiência.

A pesquisa de satisfação dos usuários deverá consubstanciar uma base estatistica, em permanente construção. Os relatórios deverão estar disponíveis para momentos de planejamentos, para as reuniões com trabalhadores e para as reuniões do Conselho Gestor.

DIMENSÕES DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

Satisfação global: satisfação com a experiência total do serviço

- "Dê uma nota de 0 a 10 para mostrar o quanto o(a) Sr(a). está satisfeito com a qualidade geral dos serviços que o(a) Sr(a). recebeu nessa.... " . *Pode farnecer um indicadar geral, mas pauca útil para fins gerenciais, de aperfeiçoamenta do serviço . Há necessidode de desagregar as dimensães do satisfoção*

1. **Aspectos tangíveis**

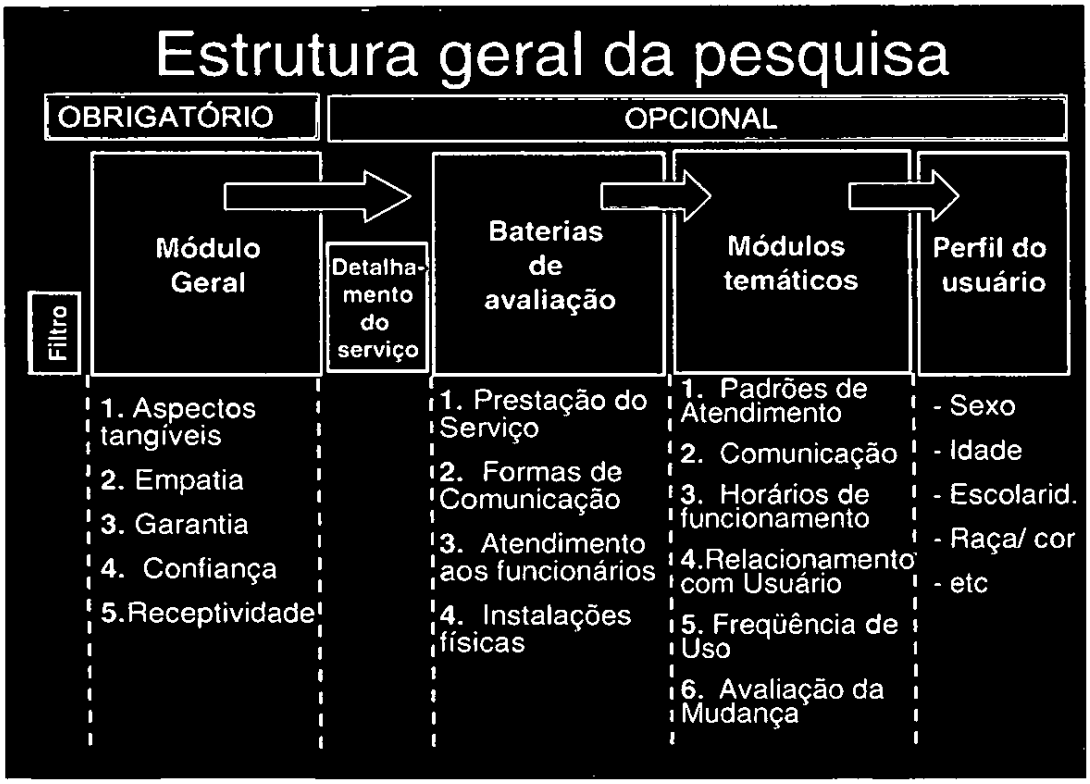
- Instalações e materiais usados durante a interação no processo de provisão do serviço: aparência física das instalações, limpeza, conservação dos equipamentos e aparência do pessoal

- Algo que permanece com usuário depois do processo de prestação do serviço (satisfação de uma necessidade: saúde, aprendizado, capacitação técnica

2. **Aspectos Intangíveis**

- Confiabilidade- Prestação do serviço sem erros

- Disponibilidade - Disposição para ajudar e prontidão para tal
- Competência- Possessão das habilidades e conhecimentos requeridos para a prestação do serviço
- Cortesia e gentileza- Educação, respeito, consideração e amabilidade
- Segurança- Ausência de risco ou perigo durante a prestação do serviço
- Acessibilidade - Facilidade de contato, ausência de empecilhos físicos à locomoção
- Comunicação -Informação sobre o serviço em linguagem compreensível pelo usuário
- Compreensão - Esforço para conhecer o usuário e suas necessidades



PLANO DE AMOSTRAGEM

O Instituto Social FIBRA propõe realização de pesquisa de satisfação mensalmente, considerando a amostra aleatória de 10% de usuários que passaram pelo atendimento da urgência/Emergência; Internação e Ambulatório.

Instrumento de Pesquisa proposto:

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO				
NOME: _____ **(OPCIONAL)**				
SEXO:	HOMEM ( )		MULHER ( )	IDADE: ____ ANOS

ESCOLARIDADE:	( ) Fundamental	( ) Sem Escolaridade	( ) Ensino Médio	( ) Superior	
Cor/Raça:	( ) Branco	( ) Pardo	( ) Negro	( ) Outros	( ) não respondeu
Qual a sua Ocupação ?	( ) Desempregado		( ) Estudante		( ) Outros
Quantas Pessoas Moram na sua Residência ?	( ) Até 3 pessoas		( ) Mais de 3 pessoas		
Qual foi o Atendimento Prestado ?	( ) Urgência	( ) Consulta marcada	( ) Internação		
Qual foi o Tempo de Espera P/o Atendimento:	( ) Até 30 minutos	( ) 30 a 60 minutos			
	( ) 60 a 120 minutos	( ) mais de duas horas			
Como Avalia o Atendimento ?	( ) Atendimento médico Satisfatório				
	( ) Atendimento enfermagem Satisfatório				
	( ) Atendimento do Acolhimento Satisfatório				
	( ) Atendimento da farmácia Satisfatório				
	( ) Atendimento da segurança Satisfatório				
	( ) Atendimento da limpeza Satisfatório				
Dê a sua opnião sobre a Confidencialidade das Informações:	( ) Muita confiança	( ) Alguma confiança			
	( ) Pouca confiança	( ) Nenhuma confiança			
Avalie a Privacidade no Atendimento Prestado:	( ) Existência de privacidade na consulta				
	( ) Existência de local apropriado para troca de roupas para a realização de exames				
Como é o acesso aos Medicamentos ?	( ) Sempre tem acesso assegurado				
	( ) Poucas vezes tem acesso assegurado				
	( ) Nunca tem acesso assegurado				
No caso de Falta de medicamentos ?	( ) Sempre recebe orientação				
	( ) Quase sempre recebe orientação				
	( ) Poucas vezes recebe orientação				
	( ) Nunca recebe orientação				
Avalie as Condições de Limpeza da Unidade:					
Sala de espera	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim	
Consultórios:	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim	
Sala de Coleta	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim	
Banheiros	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim	

SECRETARIA FLS. 393

Avalie as Condições de Conforto da Unidade:				
Sala de espera	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Consultórios:	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Sala de Coleta	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Banheiros	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Avalie a Sinalização da Estrutura da Unidade:				
Setor de informação	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Setor de Documentação	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Resultados de Exames	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Localização de salas	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Outras	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Não Verifiquei	( ) Muito Boa	( ) Boa	( ) Regular	( ) Ruim
Você sabe o que é OUVIDORIA ?	( ) Sim		( ) Não	
Você conhece a serviço de OUVIDORIA do hospital ?		( ) Sim	( ) Não	
Você já utlizou o serviço de OUVIDORIA do hospital?			( ) Sim	( ) Não
Avalie o acesso a OUVIDORIA:	( ) Muito difícil	( ) Difícil	( ) Fácil	( )Muito fácil
Caso tenha utilizado, como foi a resposta ?	( ) Satisfatória	( ) Não Satisfatória	( ) Não houve	
Registre suas observações, críticas ou sugestões:				
QUADRO SINTESE DOS RESULTADDS DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS				
PERFIL DOS ENTREVISTADOS	**Pronto Atendimento**	**Ambulatório**	**Internação**	
. Mulheres				
. Homens				
Idade				
. Até 19 anos				
. 20 até 29 anos				
. 30 a 39 anos				
. 40 até 49 anos				
. S0 até 59 anos				
. 60 anos ou mais				
Escolaridade				
. Sem escolaridade				
. Ensino Fundamental				
. Ensino Médio				
. Ensino Super				

Cor/Raça			
. Branco			
. Pardo			
. Negro			
. Outros			
. Não sabe/ não respondeu			
Ocupação*			
. Desempregado			
. Estudante			
. Outros			
Estado Civil			
. Casado			
. Solteiro			
. Outros			
Pessoas no domicílio			
.Até 3 pessoas			
. Mais de 3 pessoas			
Renda Familiar			
.Até 1 salário mínimo			
.Acima de 1 salário mínimo			
FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO			
Consulta Marcada			
Não conseguiu atendimento			
Frequência de exames laboratoriais			
CATEGORIAS			
AGILIDADE DE ATENDIMENTO			
Tempo de espera para ser atendido			
até 30 minutos			
30 a 60 minutos			
60 a 120 minutos			
mais de duas horas			
ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS			
Atendimento médico Satisfatório			
Atendimento enfermagem Satisfatório			
Atendimento do Acolhimento Satisfatório			
Atendimento da farmácia Satisfatório			
Atendimento da segurança Satisfatório			
Atendimento da limpeza Satisfatório			
CONFIDENCIALIDADE DAS INFORMAÇÕES			
Muita Confiança			
Alguma Confiança			
Pouca Confiança			
Nenhuma Confiança			

PRIVACIDADE NA CONSULTA			
Existência de local apropriado para troca de roupas para a realização de exames			
MEDICAMENTOS			
Acesso a medicamentos			
. Sempre tem acesso assegurado			
. Quase sempre tem acesso assegurado			
. Poucas vezes tem acesso assegurado			
. Nunca tem acesso assegurado			
orientação no caso de Falta de medicamentos			
. Sempre recebe orientação			
. Quase sempre recebe orientação			
. Poucas vezes recebe orientação			
. Nunca recebe orientação			
. Não sabe/não se aplica			
INSTALAÇÕES E LIMPEZA			
Limpeza dos locais de espera			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
Limpeza dos consultórios			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
Limpeza de Locais de Internação			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
Limpeza dos banheiros			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
CONFORTO			
Conforto dos locais de espera			
Muito Boa			
Boa			

Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
Conforto dos consultórios			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu 0			
Conforto de Locais de internação			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
Conforto dos banheiros			
Muito Boa			
Boa			
Regular			
Ruim			
Não sabe/não respondeu			
SATISFAÇÃO NA COMUNICAÇÃO			
Solicitação de informação pelo usuário			
Documentação			
Resultados de exames			
Orientação para preparo de exames			
Localização de funcionários			
Localização de salas			
Localização de setores			
Outras			
Não pediu informação			
Não sabe/não respondeu			
Grau de conhecimento do usuário sobre a Ouvidoria			
Conhece a Ouvidoria			
Não conhece a Ouvidoria			
Não conhece e não sabe o que é			
Não sabe/não respondeu			
Contato com a Ouvidoria			
Não tentou			
Tentou e não conseguiu			
Tentou e conseguiu			
Não sabe/não respondeu			
Grau de facilidade/dificuldade p/conseguir informação			

Muito difícil			
Difícil			
Fácil			
Muito fácil			
Não sabe/ não respondeu			
Tentativa do usuário de realizar reclamaçoes			
Não tentou			
Tentou e não conseguiu			
Tentou e conseguiu			
Não sabe/não respondeu			
Meios utilizados pelos usuários para realizar a reclamação			
Caixa de reclamação			
Procurou funcionário			
Procurou coordenador do setor			
Dirigiu-se a chefia/diretoria			
Enviou carta			
Enviou e-mail ou telefonou			
Outros			
Não sabe/não respondeu			
Resposta da Unidade a reclamação do usuário			
Tomou providencias			
Não tomou providencias			
Não sabe/não respondeu			
Grau de satisfação do usuário com as providencias tomadas			
Ficou satisfeito			
Não ficou satisfeito			
Não sabe/não respondeu			
GRAU DE SATISFAÇÃO E EXPECTATIVA DOS USUÁRIOS			
Limpeza e Conforto da Unidade			
Péssimo (menor do que 6)			
Regular (entre 6,1 a 7,9)			
Bom (entre 8 e 8,9)			
Muito boa (entre 9,0 e 10,0)			
Atendimento Prestado pelos Profissionais			
Péssimo (menor do que 6)			
Regular (entre 6,1 a 7,9)			
Bom (entre 8 e 8,9)			
Muito boa (entre 9,0 e 10,0)			
tribuído ao Tempo de Espera			
Grau aPéssimo (menor do que 6)			
Regular (entre 6,1 a 7,9)			
Bom (entre 8 e 8,9)			
Muito boa (entre 9,0 e 10,0)			

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
FLS Nº 43
39

Grau atribuído a expectativa do Usuário com a Qualidade do Serviço			
Baixa (menor do que 6)			
Regular (entre 6,1 a 7,9)			
Alto (entre 8,0 e 8,9)			
Muito Alto (entre 9,0 e 10)			
Grau atribuído aos serviços prestados pelo hospital			
muito insatisfeito (abaixo de 6,0)			
insatisfeito (entre 6,1 e 7,9)			
satisfeito (entre 8,0 e 8,9)			
muito sastisfeito (entre 9,0 e 10,0)			
Grau atribuído ao grau de dificuldade para se conseguir informações			
muito difícil (abaixo de 6,0)			
difícil (entre 6,1 e 7,9)			
fácil (entre 8,0 e 8,9)			
muito fácil (entre 9,0 e 10,0)			

Instrumento de Pesquisa 2

O Instrumento de Pesquisa apresentado abaixo é proposto para realização de Pesquisa sistemática com usuários. A base de dados da ferramenta de pesquisa deve estar vinculada ao Prontuário Eletrônico para possibilitar a execução da pesquisa após finalização de todos os atendimentos/altas realizadas. A ferramenta possibilita emissão de relatórios por período/plantão consistindo em importante instrumento de avaliação.

HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

A satisfação do usuário é um dos indicadores para avaliação de desempenho .
Os critérios mínimos para uniformização da avaliação desse indicador são os seguintes:

1) A satisfação do usuário deve seguir escala gradual de satisfação que varia de "5" (Muito Satisfeito) até "1" (Muito Insatisfeito), de acordo com a escala visual a seguir:

2) As seguintes informações devem ser coletadas no momento da pesquisa de satisfação do usuário, de acordo com o layout:

TERMINAL DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Caro usuário, sua opinião é muito importante para nós!

NOME:

MOTIVO DA PROCURA: ***(preenchido automaticamente)***

Muito satisfeito **Satisfeito** **Neutro** **Insatisfeito** **Muito Insatisfeito**

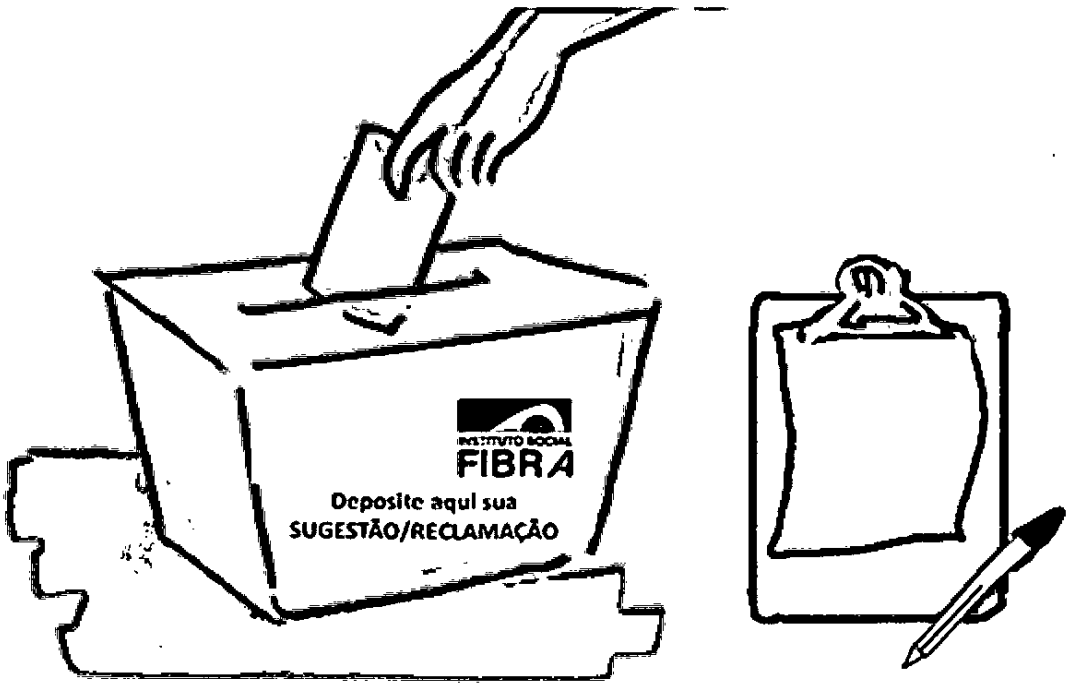
3) Para o registro da satisfação, deve-se utilizar um terminal de registro cuja base de dados deve estar vinculada ao prontuário eletrônico. O ideal é que seja instalado um totem com tela "touch screen" que facilite a visualização e a coleta das informações;
4) O terminal de registros deve estar disponibilizada na recepção da unidade, em um espaço que permita privacidade aos usuários.
5) Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas no mesmo dia do atendimento;
6) O momento de coleta de informações é na saída da unidade de saúde. Para todo paciente que estiver saindo da unidade deve-se oferecer a opção de registro de satisfação no terminal de registro;
7) Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
8) O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:
NOME DO USUÁRIO;
EQUIPE DE SAÚDE;
DATA DO REGISTRO;
HORA DO REGISTRO;
MOTIVO DO ATENDIMENTO;

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 3945

Além das informações obtidas através do questionário de satisfação, fontes internas como caixa de sugestões/reclamações e relatórios do SAU devem ser considerados como indicadores da eficiência.

CAIXA DE SUGESTÕES

O Hospital deverá possibilitar ao usuário o registro de suas sugestões, reclamações ou solicitações, disponibilizando livro ou caixa de sugestões que serão analisadas durante as reuniões do Conselho Gestor, bem como implantar o SAU.



O SAU terá por objetivo prover um canal de acesso à população para queixas, reclamações e denúncias de violações de seus direitos, enquanto usuários, transmitindo a voz da sociedade para a Organização. Será um instrumento voltado para a garantia da melhoria da qualidade do funcionamento e da organização dos serviços, a partir do conhecimento da realidade da atenção à saúde, devendo, portanto, ser fundamentado na clareza, na propriedade e precisão dos objetivos, permitindo aos profissionais da saúde e cidadãos um entendimento mais eficaz e uma comunicação objetiva e sem ambigüidades, favorecendo o desempenho das ações institucionais.

Qualquer cidadão poderá apresentar suas solicitações, queixas ou sugestões referentes ao atendimento. Os técnicos do SAU terão o papel de operacionalizar e dar visibilidade às manifestações recebidas dos usuários.

A função dos técnicos do SAU será defender os direitos dos usuários, colocando-se no lugar do reclamante e fiscalizando os serviços, contribuindo, assim, para melhorar o atendimento aos usuários. Deverá realizar a análise e o tratamento da demanda, induzindo mudanças e melhorias na instituição com foco na qualidade do atendimento prestado ao demandante.

O serviço estará disponível em todas as modalidades de atendimento: meio telefônico – atendimento prestado ao demandante; pessoal – atendimento prestado ao usuário em instalações próprias na sede do hospital, além desses, a reclamação poderá ser feita e acolhida por correspondência ou por meio das Caixas de sugestões/reclamações que serão instaladas no Hospital.

Todas as demandas serão registradas em sistema informatizado, obedecendo a um roteiro-padrão de atendimento/técnicas de condução de ligação, e receberão um número de protocolo, para permitir ao interessado o acompanhamento do andamento da demanda.

Um banco de informações ficará organizado e armazenado no Sistema de Informação (horários de atendimento, nomes dos profissionais, serviços oferecidos, banco de ruas, entre outras informações), para ser utilizado pelos técnicos do serviço.

As demandas deverão ser classificadas nas diferentes categorias: denúncia, reclamação, elogio, sugestão, informação, ou outras solicitações. Deverão ser tipificadas – ato de detalhar as caracteristicas e o teor da manifestação –, serem analisadas por parte do técnico da ouvidoria e encaminhadas para os serviços competentes para análise, providências, acompanhamento e resposta ao demandante.

O acompanhamento da demanda será ação precípua do SAU, contatando os demandantes e os demandados, a fim de buscar informações precisas e agilidade na resolução dos casos, além de estabelecer um fluxo de cobrança para aqueles não respondidos.

Para o devido acompanhamento, as demandas serão priorizadas, valendo-se, para tanto, da data de entrada (dia, mês e ano) em que a demanda foi recebida e da data de análise (dia, mês e ano) em que a demanda foi encaminhada, salvo em situações onde serão priorizadas, como por exemplo, quando o demandante, presente no serviço de saúde, não se sente devidamente acolhido para a resolução de seu problema de saúde.

O sistema de informação deverá prover a busca, identificação, captação, classificação, processamento, armazenamento e disseminação de informações, para possibilitar acompanhamento evolutivo do serviço. Por meio do protocolo identificador da demanda, o sistema deverá, também, prover o Status da demanda, ou seja, a situação em que se encontra a manifestação do demandante.

Um relatório gerencial do sistema será utilizado para análise do desempenho institucional, ao longo de um período, permitindo o planejamento e a tomada de decisões, baseados nos dados apresentados.

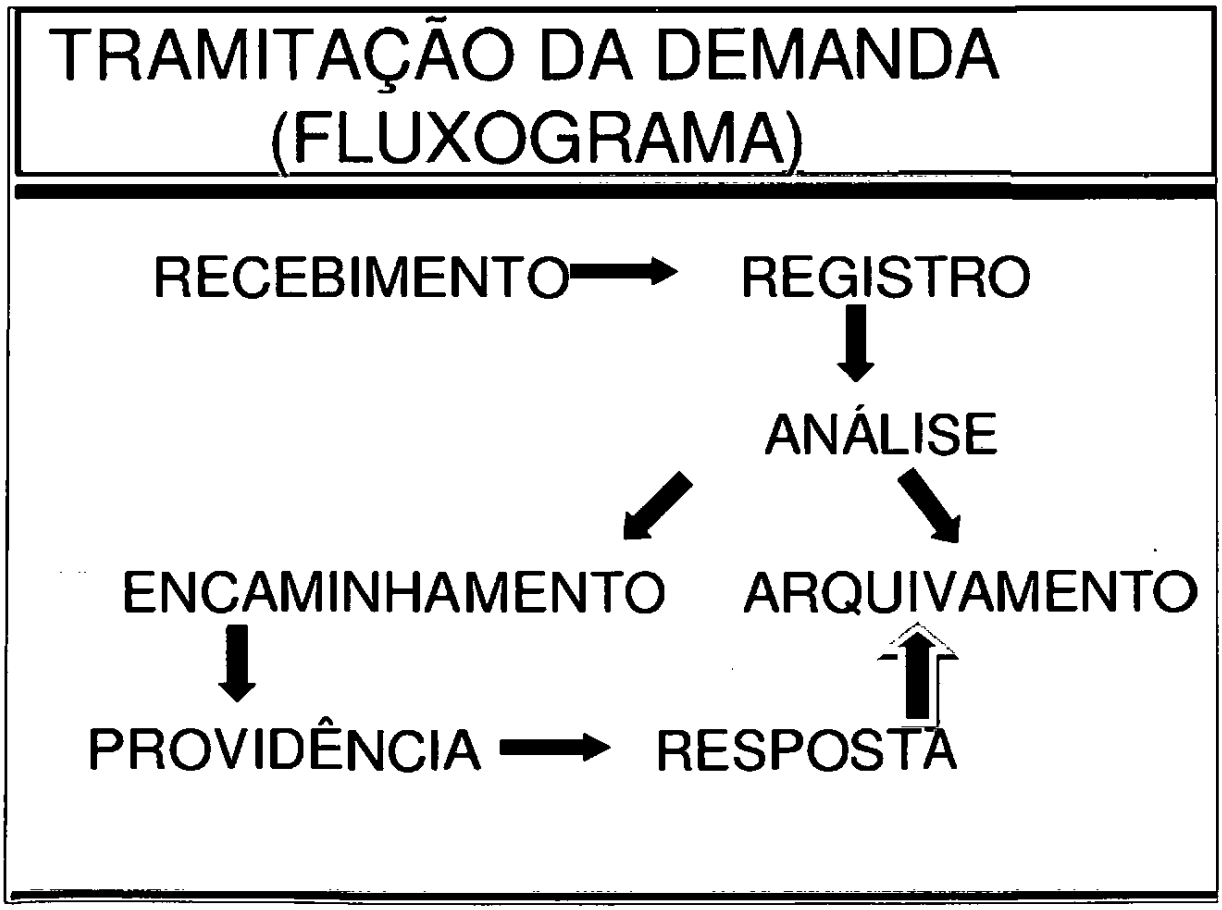
Todas as demandas, incluindo as arquivadas por insuficiência de dados; as concluídas e fechadas que foram analisadas e respondidas, satisfatoriamente, pela ouvidoria; as em processo de análise; as encaminhadas para

análise de outros técnicos; as reencaminhadas por reincidências; todas deverão ser apreciadas em espaços formais de participação social, como nas reuniões do Conselho Gestor, e nas reuniões com a população, para análises das intercorrências/informações e tomadas de decisões coletivas.

O SAU também será responsável pela lavratura de Carta-resposta, específica para cada demanda formal encaminhada. Assim, o demandante saberá das providências tomadas, em relação às suas demandas. Outra comunicação deverá ser enviada ao profissional responsável pelo serviço, considerado insatisfatório, visando a qualificação da atenção prestada.

O serviço por atendimento pessoal, ou por meio telefônico, estará disponível de segunda à sexta-feira no período das 08h00 às 17h00. Um nº de FAX e E-mail também serão disponibilizados e divulgados como meios de comunicação com o SAU. A caixa de sugestões/reclamações será aberta, semanalmente, por técnico autorizado.

FLUXO DO ATENDIMENTO



PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

• O Serviço de Atendimento ao Usuário é independente, autônomo e imparcial e por estes motivos promoverá em qualquer instância e/ou circunstâncias os encaminhamentos cabíveis, acompanhando e retornando em tempo hábil ao usuário as providências adotadas, preservando o sigilo do demandante.

ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO

• Realização de palestras para apresentação do serviço de atendimento aos usuários e funcionários.

• Campanha de divulgação através de: jornal, site, panfletos.

• Capacitação da equipe;

• Os relatórios do SAU serão entregues mensalmente a diretoria Técnica, bem como a publicação do balanço das ações aos usuários em murais, no site e jornal interno.

Com a implantação deste projeto, espera-se os seguintes resultados:

resultados sociais: Satisfação e participação dos usuários

resultados sociais: em relação aos serviços prestados

resultados corporativos: Atingir um modelo eficaz de gestão participativa na soluções para os problemas e promover maior aproximação entre os usuários e o hospital.

4.2.3 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

O objetivo do Serviço de Alimentação em uma instituição de saúde vai além de servir uma alimentação saborosa, equilibrada e segura. A abrangência deste serviço ultrapassa os limites da cozinha quando contemplamos a assistência nutricional aos pacientes internos, externos e aos colaboradores, ou seja, este serviço é responsável pela produção de bens de consumo, prestação de serviços, atividades de ensino, pesquisa e controle de qualidade.

Suas atribuições se iniciam no planejamento para aquisição dos gêneros alimentícios, material descartável, utensílios, fórmulas lácteas e enterais, entre outros produtos inerentes para o desenvolvimento das atividades de compra, armazenamento, produção, distribuição e assistência.

O gestor de um Serviço de Alimentação de uma instituição de saúde é responsável por alinhar todas as frentes deste complexo negócio com estratégias e metas bem definidas para que o objetivo seja alcançado para os diferentes clientes e expectativas. Cabe ao gestor definir especificações e alterá-las sempre que necessário e monitorar o grau de satisfação dos diversos clientes.

O crescimento dos serviços de saúde faz com que as áreas de apoio, como a nutrição, repensem seus modelos de trabalho e busquem novas tecnologias e tendências para apoiar este crescimento.

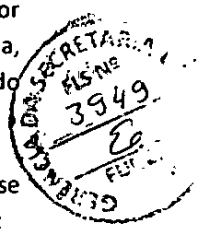
SEGMENTOS DE ATUAÇÃO

O Serviço de Alimentação em uma instituição de saúde tem vários segmentos, conforme características e objetivos definidos pela alta administração da instituição, além, da produção de refeições. É importante sabermos em qual modelo a nutrição estará presente e quais suas responsabilidades.

Geralmente, a atuação nas áreas assistenciais é o foco do serviço, pois se trata do atendimento direto ao paciente que representa o objetivo maior da instituição. Atualmente, a presença do profissional nutricionista em equipes interdisciplinares é indiscutível e de grande importância para o tratamento global assistencial do paciente, internado ou ambulatorial.

MODELO DE TRABALHO

A definição de qual o melhor modelo de operação para o Serviço de Alimentação deverá ser analisada por vários ângulos e discutida com a alta liderança da instituição.Para que a decisão tomada seja a mais adequada, é necessário pontuar as possibilidades em relação à estrutura de serviço, operação da produção e resultado esperado.



Cada serviço possui características específicas, motivo pelo qual, antes de selecionar o modo de operar, faz-se necessário conhecer as particularidades do serviço de alimentação. Os modelos atualmente encontrados são:

- Terceirização total do serviço (compras, produção e assistência) com um gestor da instituição responsável pelo contrato;

- Terceirização parcial (compras e produção) e demais atividades como assistência e serviços ligados diretamente ao paciente, com colaboradores da instituição ficando sob administração do gestor da instituição;

- Autogestão em que a instituição é responsável por todo serviço e administração do serviço de alimentação.

O grande desafio gerencial é conciliar os objetivos da instituição, as necessidades dos clientes e a liderança dos colaboradores e, em alguns casos, o monitoramento do terceiro em um ambiente de estrutura complexa com constantes mudanças.

As instituições que possuem o modelo de autogestão estudam atualmente opções para racionalização de processos e otimização de mão de obra na área de produção de refeições.

A aquisição de produtos pré-processados, como os hortifrútis, pode auxiliar na redução da estrutura física destinada a area de pré-preparação de vegetais. Estes produtos possuem um custo mais alto em relação aos *in-natura,* porém, ao se analisar o resultado final em relação aos recursos (mão de obra) economizados e a perdas, torna-se favorável esta opção, entretanto, não são todos os produtos que se encontram disponíveis mercado de processados. Vale também uma análise sobre a aquisição de carnes já limpas e porcionadas, conforme padrão exijido. O resultado pode ser vantajoso, quando o serviço não conta com área adequada e recursos humanos suficientes para a manipulação de carnes.

O serviço terceirizado, atualmente, é visto como um processo de gestão em que se assumem atividades, total ou parcialmente, estabelecendo relações de parcerias. O conceito de terceirização evoluiu, enfatizando elementos como parceria, qualidade e mudança. A adoção de terceirização depende de fatores fundamentais, como o porte da instituição, a característica do serviço a ser contratasodo e a forma de gestão. A avaliação criteriosa destes pontos é fundamental para um resultado positivo.

Na opção de terceirizar o serviço, a definição do contrato com direitos e deveres com acordo de nível de serviço (SLA - *Service levei agreement*) criteriosamente estruturado auxilia na qualidade da entrega e no monitoramento das funções. Este monitoramento deve ser diário pelo gestor do contrato para que os ajustes sejam realizados de imediato, sem prejuízo na entrega.

Na complexidade de uma instituição de saúde, é importante não perder o foco de que a qualidade e a segurança alimentar devem ser superiores ao resultado financeiro, porém, este faz parte da análise das propostas.

A construção de uma relação de confiança entre instituição e prestador de serviço é fundamental para a saúde e manutenção do contrato.

TENDÊNCIAS NA PROOUÇÃO OE REFEIÇÕES

A estrutura da área de produção de refeições abriu portas ao desenvolvimento de soluções operacionais e tecnológicas para otimizar esta "fábrica" de refeições. Temos, atualmente, no mercado soluções que nos auxiliam gerenciar uma unidade de serviços de alimentação com foco reduzido na produção, permitindo concentrar energias nos demais processos deste serviço.

SECRETARIA GERAL DA
FLS Nº 3950
GERÊNCIA

Com o avanço tecnológico nesta área, já é possível adquirir algumas preparações prontas só para serem finalizadas. O sistema *sous vide é* um deles. Método de cozinhar em embalagens plásticas seladas a vácuo em baixas temperaturas por um longo tempo, o que se diferencia dos métodos convencionais de cozinha por dois modos fundamentais: o alimento cru é selado a vácuo em sacolas plásticas e o alimento é cozido utilizando aquecimento controlado com precisão.

O *sous vide* nos permite otimizar a preparação de alguns cardápios, ficando apenas para regeneração e finalização do prato. Este sistema nos traz a vantagem de variar as opções dos pedidos que fujam ao padrão estabelecido, permitindo atender a solicitação dos pedidos *à la carte*, geralmente comuns nas instituições de saúde.

Outra tendência que os serviços estão adotando para otimizar a produção de refeições é o *coak chili*, que consiste na preparação e cocção normal dos alimentos seguidas de imediato porcionamento, refrigeração em condições controladas de temperatura superiores ao ponto de congelamento e armazenamento sob refrigeração. O reaquecimento é realizado no momento da distribuição.

As vantagens destas novas técnicas é poder programar antecipadamente sua produção sem a pressão diária de realizar todo o processo, otimizar mão de obra, racionalizar o uso de equipamentos, uniformidade na entrega do produto.

Estas novas tecnologias possuem características que alteram a rotina na área de produção de refeições, e, muitas vezes, os profissionais não as enxergam como aliadas à melhoria de processos e, sim, como ameaça. O fato de ser necessária uma estrutura adequada em relação à área física e equipamentos adequados faz que estes modelos sejam repensados em função do custo. Este fato, em especial, deve ser analisado, pois pode ser vantajoso e dar condições para uma operação com custo menor ao final de sua implantação.

A quebra de paradigmas se faz necessária. Este setor sempre trabalhou no modelo tradicional no qual, em todos os dias, se inicia uma operação gigantesca para que a refeição seja entregue no horário.

A vantagem destas opções de serviço é não ter o estresse de todo dia produzir, horas antes da refeição, e poder se programar sem surpresas de entregas ou imprevistos com as estruturas de recursos humanos (faltas e atrasos) ou, ainda, problemas na estrutura física (falta de energia, problemas de instalações hidráulicas, entre outros). Para se iniciar esta modalidade de trabalho, é necessário ter uma estrutura física e equipamentos adequados para resfriamento, armazenamento e regeneração.

Em uma instituição de saúde, como já referido anteriormente, na complexidade da operação e nas inúmeras dietas disponíveis para o atendimento das restrições às patologias, estes sistemas de trabalho podem otimizar as preparações das dietas sem restrição (dieta geral) ou das solicitações não programadas.

Estas são tendências de impacto para a reestruturação de grandes serviços.

GERENCIAMENTO DE CUSTO

O serviço de alimentação é uma unidade que possui custos elevados e que geralmente não possui receita. O planejamento e o acompanhamento das ações e processos permitem gerenciar com eficiência os custos da unidade.

Para controlar os custos, é necessário:

- Planejar o cardápio de forma eficiente: uma dieta derivada das preparações das demais dietas, com a mesma base;
- Padronização das preparações com receitas técnicas;
- Critérios bem estabelecidos no padrão da matéria-prima visando a custo-benefício;
- Acompanhamento de aquisições, entregas e armazenamento adequado para que não ocorram perdas;
- Acompanhamento da manipulação e distribuição das refeições, garantindo qualidade e minimizando desperdício;
- Planejamento de equipamentos para otimização de operação, fluxo e mão de obra;
- Manutenção dos equipamentos que permitam desempenho adequado à produção, garantindo fluxo operacional;
- Seleção e desenvolvimento de mão de obra qualificada, objetivando melhor resultado operacional;
- Estabelecer critérios de qualidade e nível de serviço.

Uma ferramenta eficiente para acompanhamento dos resultados é a curva ABC, que permite a visualização dos produtos e gêneros que possuem impacto na operação em relação à quantidade/custo.

Classe A: itens que possuem alto custo ou alto consumo.

Classe B: itens que possuem custo ou consumo mensal intermediário.

Classe C: itens que possuem custo ou consumo mensal baijo.

SETOR DE PRODUÇÃO DE DIETAS ENTERAIS

É a unidade destinada responsável por produção, armazenamento e distribuição de dietas enterais e suplementos nutricionais, desde que o fluxo seja devidamente elaborado.

Este setor está sob responsabilidade do Serviço de Alimentação, e o responsável técnico deve ser o nutricionista, que possui a tarefa de implantar e gerenciar os processos.

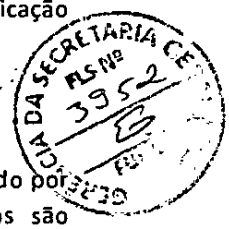
Para que esta unidade possa trabalhar conforme normas e legislações deve-se ter processos minimamente detalhados para a higiene pessoal, de utensílios e ambiental, processamento de alimentos e fórmulas, controles microbiológicos, armazenamento, recebimento da ordem de produção, identificação de produtos, distribuição, entre outros.

PADRONIZAÇÃO

Atualmente, encontramos no mercado uma grande variedade de dietas enterais, e, por este motivo a elaboração de uma padronização que atenda aos diferentes segmentos deste setor deve ser criteriosa.

Nas dietas enterais no sistema fechado, a dispensação pode ficar sob responsabilidade da farmácia, porém a competência técnica na determinação da formulação e o acompanhamento são responsabilidades do

nutricionista clínico. Esta possibilidade racionaliza a área de estoque e a mão de obra destinada à identificação e à dispensação destas dietas por parte do lactarista que passa a assumir outras atribuições.



PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ser baseado no movimento e acompanhamento do estoque, realizado por relatório diário da produção. Fichas técnicas para o preparo das fórmulas enterais e módulos são imprescindíveis para que o planejamento seja uniforme e o controle de estoque seja baseado na produção real.

É importante ser definida, de forma clara e objetiva, a política de compra para cada produto não padronizado, porém, devemos lidar com esta situação na forma de exceção, pois a rotina de produção é diretamente afetada nestes casos. O nutricionista clínico deverá ajustar o produto com a equipe médica, propondo similaridades presentes na padronização para evitar uma compra não padronizada desnecessária.

CONTROLE DE PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO

A produção das diferentes fórmulas deve ter lote determinado, para que a rastreabilidade seja possível em qualquer momento. Desta produção deve constar a descrição dos produtos utilizados e seus respectivos lotes de fabricação para também serem rastreados na vigência de uma não conformidade.

Fichas específicas e tabelas para este controle podem ser preparadas. A tecnologia da informação, por meio de sistema informatizado já está presente neste setor, permitindo o acompanhamento de toda a cadeia do processo produtivo com um de código de barras.

Além da rastreabilidade, podemos atribuir a este sistema a identificação do produto com etiquetas que contêm a descrição do produto e o paciente que irá recebê-lo. Na distribuição, este sistema permite alinhar a identificação do produto com a leitura da identificação do paciente em sua enfermaria, por meio da leitura do código de barras ou ainda da identificação no prontuário do paciente. Esta checagem com estas duas ou três leituras evitaria uma entrega equivocada.

CONTROLE MICROBIOLÓGICO

Diariamente, inúmeras fórmulas são produzidas e todas devem ter uma amostra-controle que deve ficar armazenada sob igeração, por 72 horas para rastreabilidade, no caso de não conformidades. Mensalmente, recomenda-se uma análise microbiológica de dutos, utensílios e manipuladores para checagem de processos.

GERENCIAMENTO DA QUALIDADE NO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO

O Serviço de Alimentação trabalha com produtos críticos e complexos, o que exige que tenhamos controles rigorosos para garantir um alimento seguro. A garantia da qualidade dos alimentos é feita com a prevenção de veiculação de agentes patogênicos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera fundamentais alguns itens para a proteção e preservação dos alimentos e são considerados como regras-ouro da OMS:

- Preferir alimentos tratados com objetivos higiênicos;
- Cozinhar bem os alimentos;
- Consumir imediatamente os alimentos cozidos;

- Guardar cuidadosamente os alimentos cozidos;
- Reaquecer bem os alimentos cozidos;
- Evitar contato entre os alimentos crus e os cozidos;
- Lavar as mãos frequentemente;
- Manter cuidadosamente limpas todas as superfícies da cozinha;
- Manter os alimentos fora do alcance de insetos, roedores e outros animais;
- Utilizar água pura.

Além destas regras, devem ser aliados:

- Manual de boas práticas de fabricação;
- Padronização de procedimentos operacionais (POP);
- Análise de perigos e pontos críticos de controle (APPCC).

Podemos assegurar um excelente produto com todas estas regras, porém, de nada adiantará ter regras descritas se não houver um treinamento adequado para os colaboradores que irão operar o serviço. O treinamento e a reciclagem são a alma e o caminho para o sucesso da operação e a garantia de um bom resultado.

ATIVIDADES

1. **Produção**: planeja, recebe, armazena e distribui as refeições conforme as normas da vigilância sanitária. Funcionará diariamente sobre a supervisão de nutricionistas responsáveis pelo planejamento e organização do setor. Essa área deverá produzir refeições com dietas especializadas e de acordo com a prescrição dietoterápica. O sistema de distribuição de refeições será centralizado, sendo as mesmas porcionadas e acondicionadas dentro da cozinha.

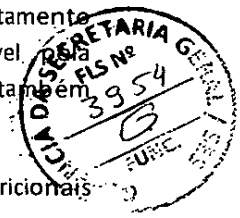
Atuarão na área, além de nutricionistas, cozinheiros, auxiliares de cozinha, ajudantes de cozinha e copeiras.

A produção das refeições será realizada conforme as normas higiênico-sanitária dos alimentos para garantir o fornecimento de refeições segura sob o ponto de vista higiêncio-sanitário por meio de rotinas de trabalho dentro da produção através de:

- controle a higiene pessoal dos funcionários
- avaliação da qualidade do produto e do fornecedor
- supervisão das dietas produzidas
- controle da higiene de utensílios, equipamentos e local de trabalho
- controle contínuo do combate as pragas
- controle ao acesso de visitantes e pessoal externo à área de produção de alimentos.

2. **Atendimento clínico**

O Atendimento clínico visa estabelecer padrão de manejo nutricional dos pacientes que estão em tratamento, bem como orientar os familiares sobre os cuidados nutricionais necessários. É responsável pela relação,características e composição das dietas para as doenças mais prevalentes no hospital, como também para casos específicos.



A nutricionista deverá manter contato direto com a equipe médica para trabalhar com produtos nutricionais adequados para melhorar o estado nutricional do paciente.

PROJETO

O Serviço de Nutrição e Dietética deverá atuar em conjunto com a coleta seletiva (PGRSS) nos setores de internação, no S.N.D e no refeitório promovendo a educação nutricional e incentivando os colaboradores do Hospital a introduzir hábitos alimentares saudáveis visando qualidade sem desperdício. Deverá ser garantida a coleta seletiva com a separação do lixo orgânico, plástico, papel alumínio obedecendo um padrão de segregação conforme orientação do Serviço Higiene e Limpeza.

NÚMERO E HORÁRIOS DE REFEIÇÕES

1. Café da manhã- 7:00H as 7:30H
2. Colação- 9:00H as 9:30H
3. Almoço- 11:30H as 12:30H
4. Lanche- 15:00H as 15:30H
5. Jantar- 18:00H as 19:00H
6. Colação- 21:00H as 21:30H

OBS: O INSTITUTO SOCIAL FIBRA CONTARTARÁ EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA.

4.2.4 PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DOS DISPOSITIVOS DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO

4.2.4.1 PADRÕES DA POLITICA DE HUMANIZAÇÃO

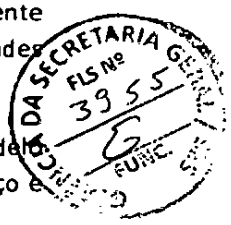
A OS FIBRA exorta que a estratégia do "Acolhimento" e Projetos para a melhoria da "Ambiência", quando assimilados organicamente ao serviço, serão aspectos importantes relacionados à qualidade na organização da Atenção e afeitos à satisfação do usuário. O Hospital deverá ser adequado para um padrão de ambiência e, principalmente, de acolhimento dentro de sua organização produtiva, de forma a responder, satisfatoriamente, às necessidades da comunidade, contribuindo para a longitudinalidade da Atenção à Saúde.

PADRÃD DE ACOLHIMENTO

A estratégia do Acolhimento pressuporá a criação de espaços de encontros entre os sujeitos: espaços de escuta e de recepção, com potencialidade para proporcionar a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadores (equipes) e entre os próprios usuários.

O Acolhimento será entendido como um processo que permeará toda a abordagem do usuário/comunidade. Também será um espaço específico onde se realizará a primeira escuta qualificada, permitindo a identificação da necessidade do usuário e sua avaliação e **classificação de risco**, sob responsabilidade de um profissional de saúde capacitado, capaz de orientar e direcionar a ação mais adequada, para resolução do problema ou situação apresentada.

A implantação do Acolhimento, com avaliação e classificação de risco, consubstanciará potente dispositivo/ferramenta desde que estabelecida uma metodologia para melhor entender as reais necessidades dos usuários, sejam elas de ordem físicas, orgânicas ou subjetivas.



A OS FIBRA tem consciência, entretanto, de que serão grandes os desafios para a construção de um modelo resolutivo que consiga estabelecer estreitos compromissos de co-responsabilização entre usuários e serviço e capaz de responder às necessidades de saúde da população.

As regras para a oferta de atenção, encontram-se, em geral, distanciadas da necessidade do usuário, que tem o acesso ao atendimento determinado pela longa espera por consultas agendadas, ou encaixes "pela ordem de chegada", sem uma priorização por risco/vulnerabilidade.

Visará potencializar o conhecimento técnico e agregar resolubilidade na intervenção dos diversos profissionais de saúde, promovendo o vínculo e a responsabilização clínica e sanitária com os usuários.

PADRÃO DE AMBIÊNCIA

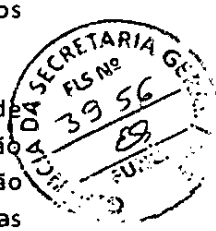
Referir-se-á ao tratamento que será dado ao espaço físico do Hospital, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deverá proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. O conceito de ambiência humanizada e cidadã apostará na funcionalidade do equipamento assistencial, associado à lógica de Unidade produtiva. Esse conceito, na concepção da OS FIBRA será baseado em três eixos:

- Espaço que possibilite a produção de subjetividades-encontros de sujeitos, por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho;
- Espaço que vise conforto, individualidade e privacidade dos usuários e trabalhadores;
- Espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.
- Referir-se-á, também, à utilização de mobiliários que sejam confortáveis e suficientes e que estejam dispostos de maneira a promover interação entre os usuários. Deverá possibilitar, de alguma maneira a privacidade ao usuário, que ali chega para falar do seu problema, sem que os demais ouçam.

ASPECTOS QUE DEVERÃO SER CONSIDERADOS

- Confortabilidade: existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde;
- Espaço de encontro entre os sujeitos: para uma nova concepção de modelo de atenção, que considera a importância da ambiência para a saúde das pessoas, será necessário, além de um novo modo de operar, um arranjo espacial adequado a essa organização, que só será possível com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão para a construção das áreas, práticas e processos de trabalho.
- A arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho: a ambiência, discutida isoladamente, não transforma processos de trabalho, uma vez que este também se relaciona com a postura e o entendimento, destes processos e práticas, já instituídos e adotados na rotina dos trabalhadores. Entretanto, a ambiência poderá ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciarão esse processo de mudança. Os espaços deverão ser pensados, de maneira a integrar as equipes de trabalho que atuam na unidade, criando áreas que, além de multifuncionais, possam ser compartPedro Ildas, como por exemplo, os espaços de acolhimento, as áreas de encontros entre

trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, viabilizando também a criação/adaptação de espaços coletivos, destinados a reuniões, orientações, grupos educativos, oficinas e outros;



- A informação, sinalização e acessibilidade: os serviços de saúde deverão contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem e, também, facilitação física para o acesso, que não excluam pessoas com deficiência visual ou que usem cadeiras de rodas ou muletas ou ainda que não saibam ler. A sinalização deverá ter linguagem clara e representativa, identificando os espaços e suas funções;

- O trabalhador: será importante que as áreas de apoio para o trabalhador – área de estar, copa e banheiros – estejam bem locadas e sejam em número suficiente, considerando o volume de profissionais. As áreas de apoio como lavanderia, farmácia, almoxarifado, central de esterilização, além de adequadas funcionalmente, deverão propiciar espaços de trabalho prazerosos;

- O respeito à cultura e às diferenças: os espaços de saúde têm peculiaridades técnicas que se dão pelas rotinas ali estabelecidas pelo usuário e trabalhador, entretanto, em algumas situações peculiares deverão estar adaptados para contemplarem as diferenças regionais, religiosas e étnicas, por vezes tão arraigadas no meio da população. Todas elas deverão ser preservadas e será preciso, também, considerar a importância de se conhecer os valores e costumes da comunidade em que se está atuando.

POLITICA DE HUMANIZAÇÃO

Nosso programa de humanização será alicerçado nas diretrizes do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que, inclui em seus objetivos:

- Conduzir um processo permanente de mudança da cultura de atendimento à saúde, promovendo o respeito à dignidade humana;

- Sensibilizar profissional e usuário para a importância e os benefícios do atendimento e do trabalho humanizado;

- Garantir à instituição hospitalar o papel de protagonista do processo de humanização de seus serviços;

Seguiremos os seis passos sugeridos pelo Programa. Estes passos têm a finalidade de orientar a construção e implantação de um processo de humanização no hospital.

1º PASSO - SENSIBILIZAR A GESTÃO HOSPITALAR

Objetivos:

- Sensibilizar todas as chefias do hospital para a importância e os benefícios da humanização dos serviços de saúde;

- Obter apoio do corpo clínico e operacional para a implantação e a sustentação permanentes das ações de humanização;

Metodologia sugerida:

- Reflexão conjunta sobre a questão da humanização e da realidade institucional em termos da humanização dos serviços de saúde

Estratégias sugeridas:

- Discussão do manual e das portarias de regulamentação do PNHAH

- Discussão sobre o conceito de humanização no PNHAH
- Apresentação do vídeo do PNHAH sobre experiências de humanização
- Visita ao site do PNHAH
- Cadastramento do hospital no site do PNHAH para sua inclusão na Rede Nacional de Humanização

2º PASSO - CONSTITUIR GRUPOS DE TRABALHO DE HUMANIZAÇÃO (GT)

Objetivo:

- Constituir um GT composto por profissionais de diferentes categorias e graus hierárquicos (direção, área clínica, área operacional, etc.), compromissados com a idéia de humanização

Metodologia sugerida:

- Levantamento e convite às lideranças de cada setor do hospital
- Definição dos integrantes do GT
- Elaboração do regulamento interno de formação, coordenação e funcionamento do GT
- Escolha de um coordenador para o GT

Estratégias sugeridas:

- Discussão em grupos
- Oficinas
- Reuniões por setores e serviços
- Assembléias

3º PASSO - TOMAR OS PARÂMETROS DE HUMANIZAÇÃO PARA AVALIAR A REALIDADES DO HOSPITAL E PLANEJAR AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO

Objetivo:

- Criar uma cultura de humanização e uma filosofia organizacional humanizada

Metodologia sugerida:

- Utilização - pelo GT constituído no hospital - de parâmetros de humanização em duas linhas de avaliação:

1. Avaliação das relações interpessoais profissional-usuário;
2. Avaliação das ações de humanização

Estratégias sugeridas:

- Utilização dos Parâmetros de Humanização propostos pelo PNHAH para a avaliação das relações interpessoais profissional-usuário e das ações de humanização.

a) **Parâmetros para humanização do atendimento dos usuários:**

- Condições de acesso e presteza dos serviços:

1. Sistema de marcação de consultas;

2. Tempo de espera para atendimento;

3. Acesso de acompanhantes e visitas;

4. Sistema de internação;

5. Sistema de marcação, realização e resultados de exames.

- Qualidade das instalações, equipamentos e condições ambientais do hospital:

1. Adequação/criação de áreas de espera;

2. Sinalização das áreas e serviços do hospital;

3. Instalações físicas e aparência do hospital;

4. Equipamentos;

5. Refeições;

6. Meios para efetivação de queixas e sugestões;

7. Espaço de recreação e convivência dos pacientes.

- Clareza das informações oferecidas aos usuários

1. Identificação dos profissionais;

2. Informações aos familiares sobre o atendimento do usuário;

3. Informações sobre prevenção de doenças e educação em saúde;

4. Informações sobre outros serviços de saúde e serviços sociais disponíveis na comunidade.

- Qualidade da relação entre usuários e profissionais

1. Eficiência, gentileza, interesse e atenção;

2. Compreensão das necessidades dos usuários;

3. Informações aos usuários, quanto a diagnóstico, tratamento e encaminhamento;

4. Privacidade no atendimento.

b) Parâmetros para humanização do trabalho dos profissionais:

- Gestão hospitalar e participação dos profissionais;

1. Oportunidades de discussão da qualidade dos serviços prestados;

2. Oportunidades de discussão das dificuldades na execução do trabalho de atendimento aos usuários;

3. Manutenção de mecanismos para captação de sugestões para a melhoria do trabalho;

4. Oportunidades de reconhecimento e resolução de conflitos e divergências;

5. Aplicação sistemática de normas de trabalho.

- Condições de trabalho na instituição

1. Áreas de conforto;

2. Segurança;

3. Equipamentos e materiais;

4. Higiene.

- Condições de apoio aos profissionais

1. Transporte, estacionamento e condições de acesso ao hospital;

2. Refeitório;

3. Área de descanso e convivência;

4. Atividades recreativas e/ou sociais;

5. Programas de atendimento às necessidades psicossociais dos profissionais;

6. Cursos ou treinamentos para aprimoramento profissional;

7. Cursos ou treinamentos para melhoria da relação com os usuários.

- Qualidade da comunicação entre os profissionais

1. Canais de informação e resolução de problemas e necessidades;

2. Canais de informações oficiais da administração do hospital;

3. Canais de informação e comunicação interna sobre programas e atividades.

- Relacionamento interpessoal no trabalho

1. Confiança

2. Integração grupal

3. Cooperação

4. Valorização do trabalho e motivação profissional

5. Respeito

6. Reconhecimento

7. Motivação

8. Realização

9. Satisfação

4º PASSO – FAZER UM DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO HOSPITALAR EM TERMOS DE SERVIÇOS HUMANIZADOS

Objetivo:

- Reconhecer as potencialidades e as deficiências da instituição em termos da humanização dos serviços e de outras questões correlatas (ver parâmetros de humanização)

Metodologia sugerida:

- Análise da configuração organizacional do hospital;
- Levantamento das iniciativas de cunho humanizador desenvolvidas no hospital;
- Delineamento de um diagnóstico preliminar da humanização no hospital: levantamento das potencialidades e deficiências relativas à humanização do atendimento e das relações de trabalho no hospital;
- Mapeamento dos desafios a serem enfrentados.

Estratégias sugeridas:

- Levantamento de informações sobre a história da fundação da instituição, assim como das vicissitudes de seu desenvolvimento e de seu estado atual;
- Caracterização do hospital, por ex: freqüência de atendimentos e de operações médicas e cirúrgicas, número de leitos, número e qualificação dos funcionários, qualidade das instalações e equipamentos, serviços oferecidos, programas específicos em andamento, plano de cargos e salários, epidemiologia, etc;
- Visita aos diversos setores e serviços do hospital;
- Atenção especial com a porta de entrada e avaliação de riscos;
- Aplicação de pesquisa do PNHAH sobre satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde;
- Levantamento de carências e de potencialidades por setores e serviços;
- Mapeamento de iniciativas de humanização em vigência no hospital.

5º PASSO – ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE PLANO OPERACIONAL DE AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO

Objetivos:

- Elaborar um plano de ação de humanização hospitalar, de curto, médio e longo prazo, levando em consideração as prioridades e as necessidades específias do hospital, bem como as ações de humanização já existentes
- Implantar o plano de ação de humanização no hospital

Metodologia sugerida:

- Metodologia participativa, em duas direções correlacionadas: a) humanização do atendimento ao usuário; b) humanização do trabalho do profissional de saúde
- Articulação do plano de humanização proposto com as iniciativas já existentes

Estratégias sugeridas:

- Reuniões do GT para estabelecimento de prioridades, metas e ações, segundo os parâmetros de humanização propostos pelo PNHAH;
- Ampliação e institucionalização das iniciativas já existentes;
- Apresentação formal do plano de humanização às chefias constituídas e ao coletivo de profissionais;
- Discussão da implantação do plano operacional de humanização por setores e serviços de forma a obter o compromisso e a participação ativa do maior número de pessoas;
- Desenvolvimento de processo de comunicação e reflexão sobre a dinâmica institucional e a dinâmica das relações de trabalho;
- Construção de redes internas de comunicação (ouvidoria, banco de idéias, etc.);
- Divulgação para todo o hospital das iniciativas de humanização existentes e a serem desenvolvidas;
- Construção de matérias de divulgação (boletins, cartazes, bottons, faixas, murais, eventos, jornadas ou outros);
- Participação na Rede Nacional de Humanização;
- Participação da comunidade em eventos, ações e campanhas de humanização no hospital;
- Parcerias com instituições públicas e privadas e com movimentos comunitários.

6º PASSO - AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

Objetivos:

- Avaliar permanentemente as ações de humanização em desenvolvimento e as novas propostas de humanização dos serviços;
- Redirecionar as ações de humanização, a partir dos resultados alcançados e do grau de envolvimento dos vários setores e serviços do hospital;
- Avaliar o desempenho do GT em termos de seus objetivos e funções;
- Avaliar a participação do hospital na Rede Nacional de Humanização.

Metodologia sugerida:

- Análise das dificuldades e erros;
- Identificação de oportunidades de melhoria;
- Pesquisa de satisfação de profissionais e usuários.

Estratégias sugeridas:

Avaliação das ações a partir dos parâmetros de humanização do PNHAH

4.2.4.2 SERVIÇO HUMANIZADO DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM FOCO NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO E DISPENSAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE EXAMES.

A implantação de serviço humanizado de atendimento ao usuário com foco no atendimento ambulatorial especializado pressupõe:

- Garantia de agenda extraordinária em função da análise de risco e das necessidades do usuário;
- Critérios de acesso: identificados de forma pública, incluídos na rede assistencial, com efetivação de protocolos de referência e contra-referência;
- Otimização do atendimento ao usuário, articulando a agenda multiprofissional em ações diagnósticas, terapêuticas que impliquem diferentes saberes e terapêuticas de reabilitação;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito

4.2.4.3 DISPOSITIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO PARA GESTÃO DE LEITOS.

A Gestão de leitos e vagas pressupõem::

- Sistematizar dispositivo para a gestão compartilhada de vagas e leitos – regulação interna
- Estabelecer critérios combinados de prioridade para uso dos leitos / Agilizar as transferências internas
- Definir , se necessário, leitos para cirurgias de curta permanência, evitando-se a ocupação preventiva de leitos
- Definir relação com demais hospitais – regulação externa / Operacionalizar as transferências externas

Gestão baseada em classificação de risco :

- Ocupação das unidades de cuidado segundo gravidade e grau de exigência ou de autonomia do usuário – vale para PS, enfermaria e ambulatório
- Distribuição da carga de trabalho conforme as necessidades dos usuários
- Sistematização da clínica em protocolos

Vigilância da ocupação e da permanência:

- Uso do painel sinalizador de permanência e de ocupação com médias pactuadas e com atuação em equipe para os casos de alongamento
- Uso de cores: verde para o tempo pactuado como aceitável, amarelo para o tempo considerado limite para a unidade e vermelho para o tempo ultrapassado para o caso
- Bases para a Regulação Interna

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o Humaniza-SUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como "tecnologias" ou "modos de fazer":

- Acolhimento com classificação de risco;
- Equipes de referência e de apoio matricial;
- Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva;
- Projetos de construção coletiva da ambiência;
- Colegiados de gestão;
- Contratos de gestão;

- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de "porta aberta", ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
- Projeto "Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante": Visita Aberta, Direito de Acompanhante, Envolvimento no Projeto Terapêutico;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 3963

Os parâmetros utilizados para orientar a implantação reafirmam os princípios da PNH, direcionados nos seguintes objetivos:

- Ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada, e a gestão compartilhada dos cuidados/atenção;
- Implantar, estimular e fortalecer os Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido;
- Estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso dos recursos e insumos, em especial o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação, especialmente no meio intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e para a questão dos preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) na hora da recepção/acolhida e encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde, por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e tomadas de decisão;
- Implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso social e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;
- Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

Na urgência/emergência, os parâmetros para implementação da PNH são:

- Demanda acolhida por critérios de avaliação de risco, garantido o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Garantia de referência e contra-referência, resolução da urgência e emergência, provido o acesso à estrutura hospitalar e à transferência segura conforme a necessidade dos usuários;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a individualidade do sujeito;
- Garantia de participação dos trabalhadores em atividades de educação permanente;

Parâmetros para implementação de ações na atenção hospitalar:

- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) com plano de trabalho definido;

- Garantia de visita aberta, pela presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de do serviço e peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Existência de acolhimento com avaliação de risco nas áreas de acesso (pronto-atendimento, pronto-socorro, ambulatório, serviço de apoio diagnóstico e terapia);
- Mecanismos de escuta para a população e trabalhadores;
- Equipe multiprofissional com médico e enfermeiro, com apoio matricial de psicólogos, assistentes sociais, psicoterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e nutricionistas, que se estabeleça como referência para os pacientes internados, com horário pactuado para atendimento à família e/ou sua rede social;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral;
- Atividades sistemáticas de capacitação, compondo um projeto de educação permanente para os trabalhadores, contemplando diferentes temáticas permeadas pelos princípios e conceitos da Política Nacional de Humanização (PNH);
- Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho;
- Organização do trabalho com base em metas discutidas coletivamente e com definição de eixos avaliativos, avançando na implementação de contratos internos de gestão;
- Ouvidoria funcionando;
- Existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidados domiciliares;
- Conselho de gestão participativa, com funcionamento adequado.

O ANEXO III CONTEMPLA OS CERTIFICADOS DE QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

5. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

5.1. CERTIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

5.1.1 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE GRANDE PORTE, COM MAIS DE 150 LEITOS DE INTERNAÇÃO

5.1.2 COMPROVAÇÃO, PELO CORPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE GRANDE PORTE, COM MAIS DE 150 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

5.1.3 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE MÉ- DIO PORTE, DE 70 A 150 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

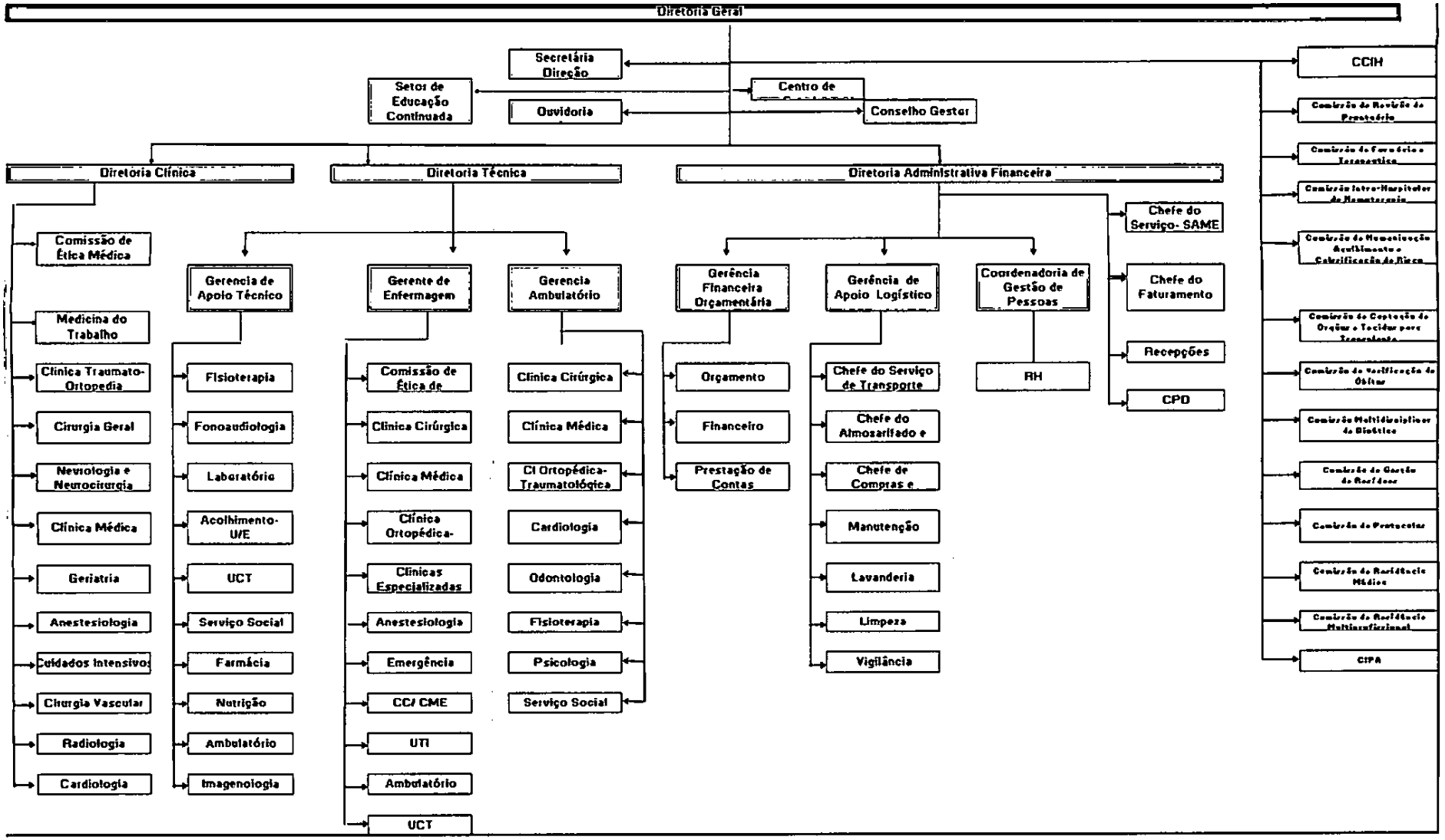
5.1.4 COMPROVAÇÃO, PELO CORPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE MÉDIO PORTE, DE 70 A 150 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

5.1.5 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE, COM MENOS DE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

5.1.6 COMPROVAÇÃO, PELO CORPO TÉCNICO DA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE DE PEQUENO PORTE, COM MENOS DE 69 LEITOS DE INTERNAÇÃO.

5.1.7 COMPROVAÇÃO, PELA ENTIDADE, DE EXPERIÊNCIA EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UNIDADE QUE ATENDA URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS.

5.2 ESTRUTO ANEXO URA DIRETIVA DO HUGO- DRGANOGRAMA



Obs: As atribuições foram descritas no Item : Proposta para Regimento Interno do Hospital, enfermagem e Corpo Clínico.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 3965

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES
FLS Nº 3966
FUNC

5.3 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

INTERNAMENTO: CLINICA MÉDICA; CLÍNICA CIRURGICA, CLÍNICA ORTOPÉDICA

CATEGORIA		CH	N	TOT	SERVIÇO
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	4	4	Internação
Médico Cirurgião Plástico (1 cirurgia)	Presencial	D 20h	1	1	Internação
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	4	12	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	4	12	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Enfermeiro rotina		D 30h	4	4	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	18	54	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	18	54	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Téc Enfermagem rotina		D 30h	8	8	Internação Cl Méd/Cirurg/Trauma 1 e2
Médico Cardiologista (8L)	Presencial	D 40h	1	1	internação Cl Médica
Médico Clínico rotina (8 L)	Presencial	D 40h	1	1	internação Cl Médica
Médico Geriatra rotina (4L)	Presencial	D 20h	1	1	internação Cl Médica
Médico Neurologista rotina (6L)	Presencial	D 40h	1	1	internação Cl Médica
Médico Cirurgião Geral rotina	Presencial	D 40 h	2	2	Internação Clinica Cirurgica
Fisioterapeuta		D 30h	3	3	Internação Serviço de Fisioterapia
Fisioterapeuta Chefe equipe Fisioterapia		D 30h	1	1	Internação Serviço de Fisioterapia
Médico Ortopedista/Traumat. rotina	Presencial	D 40h	12	12	Internação TRAUMA 1

SERVIÇO DE ANESTESIA E RPA

CATEGDRIA		CH	N	TOT	SERVIÇO
Médico Anestesista sab e dom	Presencial	P 24h	7	14	Serviço de Anestesia
Médico Anestesista seg-sexta diurno	Presencial	P 12h	10	50	Serviço de Anestesia
Médico Anestesista seg-sexta noturno	Presencial	P 12h	7	35	Serviço de Anestesia
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	1	3	Serviço de Anestesia RPA
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	1	3	Serviço de Anestesia RPA
Médico Anestesista	Presencial	P 24h	1	7	Serviço de Anestesia RPA
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	2	6	Serviço de Anestesia RPA
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	2	6	Serviço de Anestesia RPA

CENTRO CIRÚRGICO; CCIH E CME

CATEGORIA		CH	N	TOT	SERVIÇO
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	CENTRO CIRURGICO
Enfermeiro Coordenação CC e RPA		D 40h	1	1	CENTRO CIRURGICO
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	2	6	CENTRD CIRURGICO
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	1	3	CENTRO CIRURGICO
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	20	60	CENTRO CIRURGICO
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	14	42	CENTRO CIRURGICO
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	CCIH
Enfermeiro		D 40h	1	1	CCIH
Médico Infectologista	Presencial	D 40h	1	1	CCIH
Enfermeiro cCoordenador CME		D 40h	1	1	CME
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	CME
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	CME

URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

CATEGORIA		CH	N	TOT	SERVIÇO
Assistente Social diurno		P 12x60h	2	6	Urgência/Emergência
Assistente Social noturno		P 12x60h	2	6	Urgência/Emergência
Auxiliar Administrativo plantonista diurno		P 12x36h	4	4	Urgência/Emergência
Auxiliar Administrativo plantonista noturno		P 12x36h	4	4	Urgência/Emergência
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	Urgência/Emergência
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	3	21	Urgência/Emergência
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	3	9	Urgência/Emergência
Enfermeiro rotina		D 30h	2	2	Urgência/Emergência
M Cirurgião Bucomaxilofacial		P 24h	2	14	Urgência/Emergência
Médico Cirurgião Geral plantonista*	Presencial	P 24h	5	35	Urgência/Emergência
Médico Cirurgião Vascular	Presencial	P 24h	1	7	Urgência/Emergência
Médico Clínico plantonista	Presencial	P 24h	4	28	Urgência/Emergência
Médico Neuro Cirurgião plantonista	Presencial	P 24h	2	14	Urgência/Emergência
Médico Ortopedista/Traumat. plantonista	Presencial	P 24h	6	42	Urgência/Emergência
Médico Ortopedista/Traumat. plantonista	Presencial	P 24h	6	42	Urgência/Emergência
Téc Enfermagem Plantonista diurno		D 30h	4	4	Urgência/Emergência
Téc Enfermagem Plantonista diurno		P 12x60h	8	24	Urgência/Emergência
Téc Enfermagem Plantonista noturno		P 12x60h	8	24	Urgência/Emergência

UTI 1, UTI 2, UTI NEUROLÓGICA E UTI CARDIOLÓGICA

CATEGORIA		CH	N	TOT	SERVIÇO
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI 1 10 L
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 1		D 40 h	1	1	UTI 1 10 L
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L
Fisioterapeuta diurno UTI 1		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	2	14	UTI 1 10 L
Médico Especialista intensivista Resp. Técnico UTI 1	Presencial	D 40h	1	1	UTI 1 10 L
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	1	1	UTI 1 10 L
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	UTI 1 10 L
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	5	15	UTI 1 10 L
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI 2 20 L
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 2		D 40h	1	1	UTI 2 20 L
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	2	6	UTI 2 20 L
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	2	6	UTI 2 20 L
Fisioterapeuta diurno UTI 2		P 12x60h	1	3	UTI 2 20 L
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	4	28	UTI 2 20 L
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI 2	Presencial	D 40h	1	1	UTI 2 20 L
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	3	3	UTI 2 20 L
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	10	30	UTI 2 20 L
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	10	30	UTI 2 20 L
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI Cardiológica 10 L
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 1		D 40 h	1	1	UTI Cardiológica 10 L
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L
Fisioterapeuta diurno UTI 1		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L
Médico Cardiologista Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	2	14	UTI Cardiológica 10 L
Médico Cardiologista Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	1	1	UTI Cardiológica 10 L
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI 1	Presencial	D 40h	1	1	UTI Cardiológica 10 L
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	UTI Cardiológica 10 L
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	5	15	UTI Cardiológica 10 L
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI Neurológica 20 L
Enfermeiro CoordenadorEnfermagem UTI NEU		D 40h	1	1	UTI Neurológica 20 L

Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	2	6	UTI Neurológica 20 L
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	2	6	UTI Neurológica 20 L
Fisioterapeuta		P 12x60h	1	3	UTI Neurológica 20 L
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	4	28	UTI Neurológica 20 L
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI NEU	Presencial	D 40h	1	1	UTI Neurológica 20 L
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	3	3	UTI Neurológica 20 L
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	10	30	UTI Neurológica 20 L
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	10	30	UTI Neurológica 20 L

5.3.1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DAS UNIDAOES DE INTERNAÇÃO

1) Internação

A internação dos usuários dar-se-á no limite dos leitos contratados, garantindo as consultas de retorno nas especialidades cirúrgicas oferecidas.

2) Serviço de Pronto Atendimento – Urgência / Emergência

Atividades

Neste Serviço serão realizados:

- Assistência ao usuário da Urgência/Emergência com enfoque na integralidade dos cuidados.

- Integração com a Central de Regulação de Leitos através do Núcleo Interno de Regulação.

- Aplicação de protocolos de atendimento pré e intra-hospitalar às vítimas de urgências traumáticas (geral), clínicas, cirúrgicas, ortopédicas, pediátricas e odontológicas até o direcionamento para a clínica especializada.

- Utilização de trombolítico em todos os pacientes com diagnóstico de IAM e supra de ST e que atendam aos critérios de elegibilidade.

- Tomografia Computadorizada em todos os pacientes com suspeita clínica de AVC

- Consultas de seguimento/acompanhamento pós-operatório para usuários oriundos das Unidades de Cirurgia Geral e Ortopedia no prazo necessário para a conclusão do tratamento cirúrgico que deu causa à internação.

- Caracterizar o atendimento de urgência por ocorrência imprevista de agravo a saúde com ou sem risco potencial ou iminente de morte, quando o portador necessitar de assistência médica imediata.

- Realizar o atendimento dos usuários por meio do Acolhimento com Avaliação e Classificação do Risco além de adotar as demais ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização.

- Disponibilizar leitos de observação em consequência dos atendimentos de urgência, por período de ate 24 horas (não caracterizando internação hospitalar).

- Encaminhar usuários ao SADT - Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia, nas 24 horas para exames laboratoriais e de imagem.

- Computar a produção realizada através da informação de todos os atendimentos efetuados no setor de urgência, independente de gerar ou não hospitalização. Se, em consequência do atendimento por urgência o usuário for colocado em regime de "observação" (leitos de observação), por um período menor que 24 (vinte e quatro) horas e não ocorrer a internação ao final deste período, somente será registrado o atendimento da urgência propriamente dita, não gerando nenhum registro de hospitalização.

Rotinas / Fluxo Operacional

O Serviço de Pronto Atendimento – Urgência / Emergência está organizado para prestar atenção humanizada. Desta forma, o acesso a este serviço está separado:

1- Acesso Emergência: acesso para usuários graves, que chegam através de serviço pré-hospitalar móvel, que necessitam de estabilização ou permanecer nos leitos de observação;

2- Acesso Serviço de Pronto Atendimento: acesso para usuários que chegam por meios próprios.

Após passagem pelo PA, os destinos do usuário podem ser:

- Liberação com prescrição e orientação.

- Observação – necessidade de permanência no SPA até 24 horas – leitos disponíveis na unidade de emergência/urgência.

- Internação.

- Transferência, por indicação médica, para serviço de contra referência.

Unidade de Clínica Médica

Rotinas/Fluxo Operacional

Prestará assistência aos usuários internados nesta especialidade, Todos os usuários internados nas enfermarias deverão ser oriundos do PA, da UTI, e já chegarão ao setor com internamento autorizados pela Central de Regulação.

O usuário e/ou o responsável deverá dirigir-se a Central de Internação localizada no térreo da Unidade portando documentos de identificação. A recepção entrará em contato com a Central de Regulação de Leitos e solicitará uma senha de regulação para tratamento clínico ou cirúrgico, efetuando a admissão em uma das enfermarias.

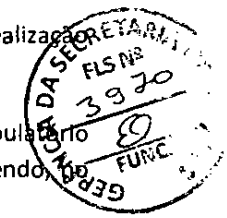
Após ser indicada a internação do usuário, o enfermeiro do setor de origem do usuário entrará em contato com o enfermeiro de plantão na enfermaria para confirmação da vaga e dados do usuário.

Os leitos serão liberados de acordo com a disponibilidade nas enfermarias.

No caso de leitos de isolamento, a informação deve ser dada pelo enfermeiro da emergência/UTI, permitindo a organização do leito de forma adequada às necessidades do usuário. Os usuários serão encaminhados à enfermaria pela equipe de plantão da emergência, a quem compete à abertura do prontuário do usuário.

Os usuários internados nas enfermarias serão evoluídos diariamente pelo médico diarista no horário das 07 horas às 11 horas e as altas ocorrerão a partir das 10:30 horas. A visita noturna será realizada por 2 médicos plantonistas do PA. Todos os exames solicitados serão colhidos no horário da manhã e os exames radiológicos

deverão ser marcados pelo funcionário do setor no serviço de imagem, devendo-se garantir a sua realização no menor prazo de tempo possível, para reduzir o tempo médio de permanência.



O usuário deverá receber as orientações pertinentes e sair do setor com retorno agendado ao ambulatório referenciado. O usuário deverá receber a alta prioritariamente no turno da manhã e da tarde podendo, no entanto ocorrer durante a noite por definição médica.

Para a alta do usuário, o enfermeiro, confirmará a assinatura da alta no prontuário assim como o resumo de alta e a prescrição médica.

Atividades

Nesta Unidade serão realizados:

- Exame médico clínico (*anamnese*, exame físico);

- Emissão de diagnósticos, laudos, pareceres e relatórios médicos;

- Prescrição de medicamentos, regime dietético e outras formas de tratamento para diversos tipos de enfermidades clínicas;

- Solicitação de exames complementares e procedimentos pertinentes às patologias;

- Atendimento aos usuários internados em enfermarias e/ou emergência;

- Supervisão de outros membros da equipe (médicos residentes e estagiários), quando necessário;

- Interpretação de exames de imagem simples;

- Solicitação de parecer e/ou encaminhamento para tratamento médico especializado de usuários que apresentem quadros clínicos e cirúrgicos que requeiram tais tratamentos;

- Integração e interação com equipe multidisciplinar ambulatorial e hospitalar;

- Cumprimento de rotinas técnico-administrativas.

Corpo Clínico - Rotinas

As atividades e funções relativas ao corpo clínico da Unidade poderão ser exercidas sob a forma de plantões e rotinas, em finais de semana e feriados. A Coordenação da unidade definirá como será cumprida a carga horária e determinará quais funções serão exercidas, dentro das atividades inerentes ao cargo.

Corpo Clínico – Requisitos Necessários

Formação: diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível Superior em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação; registro profissional no órgão de classe competente.

Experiência: Residência Médica em Clínica Médica em instituição credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) ou Especialização em Clínica Médica em curso reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura, com conteúdo programático e duração do treinamento semelhantes aos determinados pela CNRM ou Título de Especialista pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica.

Unidade de Ortopedia e Traumatologia

Rotinas / Fluxo Operacional

SECRETARIA GERAL DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
FLS Nº 3974
FUNC.

Cuidado com o usuário portador de patologias traumatológicas e ortopédicas, desde o atendimento de urgência, incluindo a terapêutica cirúrgica e internação.

Atividades

Nesta Unidade serão realizados:

- Atividade assistencial em ortopedia e traumatologia;
- Visitas médicas em usuários internados e consultas ambulatoriais;
- Emissão de pareceres da especialidade;
- Realização de visita pré-operatória em usuários internados com indicação de procedimento ortopédico;
- Preparação e realização de procedimentos ortopédicos de urgência, emergência e eletivos;
- Descrição operatória em folha própria e prescrição no pós-operatório imediato;
- Acompanhamento evolutivo no pós-operatório realizando anotações regulares no prontuário médico;
- Acompanhamento da evolução pós-operatória de usuários que se encontram em unidades fechadas;
- Visita médica diária, ou em maior regularidade, aos usuários que estão sob os cuidados da especialidade, realizando as devidas anotações no prontuário médico;
- Orientação aos usuários sobre a alta hospitalar, agendamento de consulta de reavaliação e encaminhamento para outras especialidades se necessário.

Corpo Clínico – Rotinas

As atividades e funções relativas ao corpo clínico da Unidade poderão ser exercidas sob a forma de plantões e rotinas, em finais de semana e feriados. A Coordenação da unidade definirá como será cumprida a carga horária e determinará quais funções serão exercidas, dentro das atividades inerentes ao cargo.

Corpo Clínico – Requisitos Necessários

Formação: diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação e registro profissional no órgão de classe competente.

Experiência: Residência Médica em Ortopedia e Traumatologia em instituição credenciada pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) ou Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia e da Associação Médica Brasileira.

Unidade de Cirurgia Geral

Rotinas / Fluxo Operacional

DA SECRETARIA GERAL SES
FLS Nº 3972
FUNC.

Oferecer condições e segurança, equipamentos, materiais, anestesia e equipe médica e de enfermagem treinada para garantir a ida do usuário para as Unidades, desde sua admissão no Centro Cirúrgico.

Todos os usuários internados nas enfermarias deverão ser oriundos da emergência/UTI e já chegarão ao setor autorizados pela Central de Regulação.

O usuário e/ou seu responsável devera dirigir-se a Central de Internação localizada no térreo da Unidade portando documentos de identificação. A recepção entrará em contato com a Central de Regulação de Leitos do Município e solicitará uma senha de regulação para tratamento clinico ou cirúrgico, efetuando a admissão em uma das enfermarias.

Para Cirurgias de Urgência/Emergência, após a avaliação do usuário no Serviço de Urgência/Emergência pelo médico plantonista e em consonância com o parecer cirúrgico, aquele usuário que necessitar de uma cirurgia de emergência será levado imediatamente para o Bloco Cirúrgico.
No caso de indicação cirúrgica para especialidades não contempladas no Hospital, serão processadas as normas e rotinas clínicas para estabilização.

O procedimento cirúrgico de urgência/emergência será comunicado aos responsáveis pelo usuário, quando presentes, ou será estabelecido contato o mais breve possível com os responsáveis por meio do Serviço Social.

Após ser indicada a internação do usuário pelo médico plantonista ou diarista do Serviço de Emergência/UTI na enfermaria cirúrgica do Hospital de acordo com a afecção apresentada pelo usuário, o enfermeiro do setor de origem do usuário entrará em contato com o enfermeiro de plantão na enfermaria para confirmação da vaga e dados do usuário.

Os leitos serão liberados de acordo com a disponibilidade nas enfermarias. No caso de leitos de isolamento, a informação deve ser dada pelo enfermeiro da emergência/UTI permitindo a organização do leito de forma adequada às necessidades do usuário.

Os usuários serão encaminhados ao setor pela equipe de plantão da emergência a quem compete a abertura do prontuário do usuário. No período pré-operatório cabe à equipe da enfermaria cirúrgica o preparo operatório do usuário e a confirmação de reserva de sangue e leito de UTI quando for o caso.

O usuário receberá a visita pré-operatória no setor e neste local colocará a indumentária necessária para encaminhamento ao Bloco Cirúrgico. O usuário será encaminhado ao centro cirúrgico pela equipe de enfermagem da enfermaria a quem também compete encaminhar o prontuário juntamente com o usuário. Cabe à equipe do Centro Cirúrgico transferir o usuário da recuperação pós-anestésica para a enfermaria juntamente com o prontuário.

Os usuários internados nas enfermarias serão evoluídos diariamente pelo médico diarista no horário das 07:00 às 11:00 horas e as altas ocorrerão a partir das 10:30 horas. A visita noturna será realizada por 2 médicos plantonistas do PA.

Todos os exames solicitados serão colhidos no horário da manhã e os exames radiológicos deverão ser marcados pelo setor no serviço de imagem devendo-se garantir a sua realização no menor prazo de tempo possível.

Para a alta do usuário, o enfermeiro, confirmará a assinatura da alta no prontuário assim como o resumo de alta e a prescrição médica. O usuário deverá receber as orientações pertinentes e sair do setor com a sua

marcação de retorno ao ambulatório já previamente agendado. O usuário deverá receber a alta prioritariamente no turno da manhã e da tarde podendo, no entanto, ocorrer durante a noite por definição médica.

Atividades

Nesta Unidade serão realizados:

- Preparo do usuário sob seus cuidados no pré, per e pós-operatório e todo o acompanhamento da internação até a alta hospitalar;

- Visitas nas enfermarias aos usuários cirúrgicos;

- Atendimento às intercorrências e emissão de pareceres relacionados à especialidade;

- Procedimentos cirúrgicos na Unidade de Terapia Intensiva;

- Avaliação cirúrgica dos usuários internados na Unidade e na Emergência;

- Atendimento ao usuário com trauma;

- Cirurgias de urgência, emergência e eletivas pertinentes a atuação da cirurgia geral;

- Manobras de reanimação cardiorrespiratória;

- Obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Usuário (ou responsável legal em caso de impossibilidade do usuário), após explicação simples, em linguagem apropriada para total compreensão sobre todos os procedimentos cirúrgicos a serem realizados, indicações e complicações;

- Procedimentos cirúrgicos eletivos e de urgência;

- Cirurgias minimamente invasivas;

- Revisão de relatório médico, boletim clínico e os resultados dos exames pré-operatórios para a indicação cirúrgica;

- Registro dos dados no prontuário do usuário;

- Internação, evolução e prescrição e alta;

- Solicitação de exames complementares, análise e registro dos resultados;

- Indicação e interpretação de exames histopatológicos, laboratoriais e de imagem;

- Admissão e alta dos usuários, atestado de óbito;

- Procedimentos como acesso as vias aéreas, acesso venoso profundo e periférico, ventilação mecânica invasiva e não invasiva;

- Suporte hemodinâmico e manobras de reanimação;

- Formulação de planos para a organização de serviços na Unidade;

- Fornecimento de informações aos familiares;
- Emissão de laudos, atestados e pareceres pertinentes a sua especialidade;
- Orientação e revisão das atividades das equipes de servidores auxiliares;
- Cumprimento de normas e regulamentos da Unidade;
- Atualização dos prontuários e em perfeitas condições de consulta.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3974
FUNC.
SES

Corpo Clínico – Rotinas

As atividades e funções relativas ao corpo clínico da Unidade poderão ser exercidas sob a forma de plantões e rotinas, em finais de semana e feriados. A Coordenação da unidade definirá como será cumprida a carga horária e determinará quais funções serão exercidas, dentro das atividades inerentes ao cargo.

Corpo Clínico – Requisitos Necessários

Formação: diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação e registro profissional no órgão de classe competente.

Experiência: comprovação de, pelo menos, um dos requisitos a seguir: (1) Título de Especialista em Cirurgia Geral emitido pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Geral ou CFM (2) Residência Médica em Cirurgia Geral completa em instituição credenciada pela CNRM. (3) Pós Graduação em Cirurgia Geral completa em instituição credenciada pelo MEC e comprovação de experiência laboral (mínimo de 1 ano) como Cirurgião Geral que deverá ser fornecido pela Diretoria do Hospital, comprovando atuação como Cirurgião Geral no Corpo Clínico ou na Urgência e Emergência.

UTI CARDIOLÓGICA

Rotinas / Fluxo Operacional

Tratamento de usuários portadores de enfermidades cardiológicas que necessitem de cuidados intensivos e contínuos, garantindo a presença ininterrupta do médico especializado em doenças cardiovasculares.

A Unidade prestará assistência cardiológica intensiva. Após ser indicada a internação do usuário, o médico do setor de origem do usuário entrará em contato com o médico cardiologista e com a Central de Regulação de Leitos, para ser solicitada uma senha de regulação para tratamento em UTI Cardiológica efetuando-se a admissão, depois de confirmada a vaga.

O enfermeiro plantonista da enfermaria também entrará em contato com o enfermeiro da UTI Cardiológica para confirmação da vaga e dados do usuário.

Os usuários internos na UTI Cardiológica receberão assistência permanente, 24h/dia.

A transferência para a enfermaria é de responsabilidade da equipe de enfermagem da UTI Cardiológica.

Para a alta do usuário, o enfermeiro da UTI Cardiológica, após confirmar a assinatura da alta no prontuário pelo médico assim como o resumo da internação no setor, entrará em contato com o enfermeiro responsável pela enfermaria correspondente (cirúrgica ou clinica) para a solicitação do leito e a transferência do usuário. O usuário deverá receber a alta prioritariamente no turno da manhã e da tarde podendo, no entanto, ocorrer durante a noite por definição médica.

Atividades

Nesta unidade serão realizados:

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3975
FUMC

- Atendimento assistencial a usuários com patologias do sistema cardiovascular, internados nas unidades clínicas e de emergência;

- Avaliação e tratamento de usuários com fatores de risco para doenças cardiovasculares na prevenção de agravos e promoção de saúde;

- *Anamnese* e exame clínico completo, descrição das bases fisiológicas e fisiopatológicas para achados normais e anormais;

- Registros em prontuário das evoluções clínicas, dos resultados de exames complementares, hipótese diagnóstica e conduta terapêutica;

- Interpretação de ECG e demais exames complementares em cardiologia;

- Interação e cooperação com anestesiologistas, intensivistas, e outros médicos envolvidos com medicina de urgência e intensiva;

- Interconsultas com outras especialidades (pareceres) e seguimento na abordagem das complicações cardíacas;

- Avaliação especializada e tratamento dos usuários com síndromes coronarianas agudas.

Corpo Clínico – Rotinas

As atividades e funções relativas ao corpo clínico da Unidade poderão ser exercidas sob a forma de plantões e rotinas, em finais de semana e feriados. A Coordenação da unidade definirá como será cumprida a carga horária e determinará quais funções serão exercidas, dentro das atividades inerentes ao cargo.

Corpo Clínico – Requisitos Necessários

Formação: diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação; registro profissional no órgão de classe competente.

Experiência: comprovação de, pelo menos, um dos requisitos a seguir. (1) Título de Especialista em Cardiologia da Associação Médica Brasileira ou Residência Médica em Cardiologia completa em instituição credenciada pela CNRM; (2) Pós Graduação em Cardiologia em instituição credenciada pelo MEC e comprovação de experiência laboral (mínimo de 2 anos) como cardiologista clínico que deverá ser fornecido pela Diretoria do Hospital o, comprovando atuação como cardiologista no Corpo Clínico ou em Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade Coronariana ou Urgência e Emergência.

Unidade de Tratamento Intensivo

Rotinas / Fluxo Operacional

Prestar atendimento aos usuários críticos, com ênfase nas práticas de prevenção de infecção hospitalar e eventos adversos, buscando uma recuperação digna e no tempo adequado ao estado de cada usuário.

A Unidade de Tratamento Intensivo do Hospital presta assistência às especialidades clínicas e de medicina interna.

Após ser indicada a internação do usuário na UTI do Hospital, o médico do setor de origem do usuário entrará em contato com o médico intensivista do Hospital e com a Central de Regulação de Leitos, para ser solicitada uma senha de regulação para tratamento em UTI efetuando-se a admissão depois de confirmada a vaga.

O enfermeiro plantonista da enfermaria também entrará em contato com o enfermeiro da UTI para confirmação da vaga e dados do usuário.

As altas ocorrerão a partir das 10:30 horas. Os usuários receberão assistência permanente, 24h/dia.

Para a alta do usuário, o enfermeiro da UTI, após confirmar a assinatura da alta no prontuário pelo médico assim como o resumo da internação no setor, entrará em contato com o enfermeiro responsável pela enfermaria correspondente (cirúrgica ou clinica) para a solicitação do leito e a transferência do usuário. O usuário deverá receber a alta prioritariamente no turno da manhã e da tarde podendo, no entanto, ocorrer durante a noite por definição médica.

Atividades

Nesta Unidade serão realizados:

- Atividade assistencial aos usuários gravemente enfermos nas Unidades de Tratamento Intensivo nas seguintes áreas de domínio: (a) Ressuscitação e controle inicial do usuário agudamente enfermo, (b) Diagnóstico: avaliação, investigação, monitoramento e interpretação de dados, (c) Manuseio da doença aguda, comorbidades e disfunção orgânica, (d) Profilaxia dos agravos e promoção da recuperação funcional;

- Assistência médica, sempre que necessária, aos usuários gravemente enfermos dentro da Unidade Hospitalar, fora do ambiente da UTI;

- Coordenação do trabalho em equipe, próprio da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade assistencial do usuário grave;

- Procedimentos práticos como acesso as vias aéreas, acesso venoso profundo e periférico, ventilação mecânica invasiva e não invasiva, suporte hemodinâmico, suporte nutricional, suporte ao usuário neurocrítico e de trauma;

- Analgesia e sedação;

- Cuidados pré e pós operatórios, cuidados paliativos;

- Acompanhamento do transporte intra hospitalar dos usuários gravemente enfermos;

- Avaliação do usuário quanto à internação e alta, exame clínico, revisão dos exames complementares, registro no prontuário;

- Interação com a Central de Regulação de Leitos;

- Promoção do conforto e a segurança do usuário.

Corpo Clínico – Rotinas

As atividades e funções relativas ao corpo clínico da Unidade serão exercidas sob a forma de plantões e rotinas, em finais de semana e feriados. A Coordenação da Unidade definirá como será cumprida a carga horária e determinará quais funções serão exercidas, dentro das atividades inerentes ao cargo.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3977

Corpo Clínico – Requisitos Necessários

Formação: Diploma, devidamente registrado, de conclusão de curso de graduação de nível superior em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior reconhecida pelo Ministério da Educação e registro profissional no órgão de classe competente.

Experiência: Comprovação de, pelo menos, um dos requisitos (1) Título de Especialista em Medicina Intensiva da Associação Médica Brasileira ou Residência Médica em Medicina Intensiva completa em instituição credenciada pela CNRM (2) Residência Médica em Clínica Médica, Especialidades Clínicas, Cirurgia Geral, Especialidades Cirúrgicas, Anestesiologia ou Infectologia (completa ou, no mínimo, 1 ano cursado) e (3) comprovação de experiência laboral (mínimo de 1 ano) em Unidade de Terapia Intensiva, realizada após a graduação (4) Pós Graduação em Medicina Intensiva em instituição credenciada pelo MEC e experiência laboral (mínimo de 1 ano) em Unidade de Terapia Intensiva, realizada após a graduação, com comprovação por declaração de Serviço, assinado pelo responsável que tenha título de especialista em Medicina Intensiva (5) 4 anos de experiência laboral em Unidade de Terapia Intensiva, realizada após a graduação, realizada após a graduação, com comprovação por declaração de Serviço, assinado pelo responsável que tenha título de especialista em Medicina Intensiva.

Centro Cirúrgico

O Serviço disponibilizará 10 salas cirúrgicas (Centro Cirúrgico) e 8 leitos na Sala de Recuperação Pós–Anestésica (RPA)

Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)

O SADT disponibilizará exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico, a usuários atendidos em regime de Urgência e Emergência, internação e ambulatorial do Hospital.

Atividades

O Serviço de Imagenologia realizará exames radiográficos digitais, ecocardiografia, endoscopia digestiva alta, ultrassonografia e tomografia computadorizada, estando inclusa no escopo desta proposta a utilização dos equipamentos e digitalizadores de imagens (CR). Será contratará empresa especializada que será responsável pela instalação, implantação, operação, manutenção, agendamento, realização dos procedimentos diagnósticos e a disponibilização dos resultados por meio eletrônico e impresso, integrados à monitoração do processo.

Rotinas / Fluxo Operacional

Serão realizados exames da tabela SIA/SUS e na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM 2010 compatíveis com os equipamentos existentes no Serviço de Imagenologia.

Laboratório de Análises Clínicas

Perfil

A Unidade Laboratório de Análises Clínicas fará a execução e análise de exames laboratoriais de materiais biológicos a fim de promover o diagnóstico do estado de saúde dos usuários.

Para a execução desses serviços e visando a qualidade e agilidade de todo o processo, será contratará empresa especializada que será responsável pelo fornecimento de toda a equipe administrativa e técnica; por sistemas, por todos os equipamentos, insumos, impressos e material de consumo específico tais como: reagentes, descartáveis, documentação, impressos e material de administração, além de realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e a eventual adequação da infraestrutura física do local disponibilizado para a prestação do serviço, de acordo com as condições previstas nesta proposta.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 3978

Atividades

A empresa contratada será responsável por:

- Suprir a demanda por diagnósticos precisos através da realização de estudos e análises dos resultados dos exames laboratoriais de materiais biológicos prescritos para os usuários internos ou externos do Hospital;
- Zelar pela correta utilização dos recursos físicos, identificados principalmente pelos equipamentos; e do desenvolvimento e capacitação dos recursos humanos da unidade;
- Manter em atividade contínua os equipamentos, dispositivos e respectivos insumos para o correto desenvolvimento dos exames prescritos pelos profissionais do Hospital;
- Avaliar os resultados dos procedimentos específicos e elaborar os respectivos laudos técnicos, como também prover o correto encaminhamento dos mesmos às unidades requisitantes;
- Manter um controle eficaz da quantidade de exames realizados;
- Promover a capacitação técnica dos profissionais envolvidos na análise e diagnóstico de materiais biológicos;
- Elaborar dados estatísticos e epidemiológicos;
- Prestar suporte técnico e científico nas pesquisas desenvolvidas na unidade;
- Buscar a excelência dos resultados obtidos.

Serviço de Anestesiologia

Responsável pela realização dos procedimentos anestésicos realizados em qualquer das Unidades do Hospital, pela assistência aos usuários na sala de Recuperação Pós-Anestésica e assistência a usuários nos Centros de Terapia Intensiva, quando necessário.

Tem seu funcionamento ligado às atividades da clínica cirúrgica, procedimentos cirúrgicos especializados e procedimentos de diagnóstico especializado.

Utiliza uma infraestrutura de apoio adequadamente instalada para prestação do Serviço.

O Serviço de Anestesiologia fará as visitas pré-cirúrgicas nos usuários cujos procedimentos cirúrgicos sejam eletivos

Serviço de Recuperação Pós-Anestésica

Destinado ao atendimento dos usuários cirúrgicos em situação imediata após o evento cirúrgico.

A responsabilidade pelo atendimento médico aos usuários é do anestesista que realizou o ato anestésico.

Terapia Renal Substitutiva

A fim de garantir assistência clínica nefrológica à beira do leito para os usuários internados no Hospital, será contratará empresa especializada para:

1- prestar de serviços de hemodiálise contínua, hemodiálise intermitente, hemodiálise prolongada;

2- Realizar avaliação clínica nefrológica de todos os usuários para estabelecer diagnóstico, plano terapêutico e estadiamento da insuficiência renal visando subsidiar a escolha do método dialítico (contínuo, intermitente ou prolongado);

A empresa contratada obedecerá à RDC 154 e na Nota Técnica nº 006/2009-GGTES/ANVISA do Ministério da Saúde devendo fornecer toda a equipe técnica responsável pela realização dos serviços com comprovada capacidade técnica e formação exigida ao serviço desempenhado, conforme legislações vigentes.

Serviço de Psicologia

O Serviço de Psicologia terá por objetivo a prestação de assistência psicológica de forma individual, oferecendo atendimento psicológico quando necessário , integrando-se aos programas proteção e recuperação da saúde.

A atuação será de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com foco na promoção da saúde baseada nas melhores evidências cientificas, além de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa. Para tanto, o Serviço deverá estar pautado nas normas e rotinas a seguir:

Atribuições Gerais

As atribuições gerais estão divididas em 5 áreas maiores, sendo elas: Atenção a Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Administração e Gerenciamento, e Educação.

Atenção à Saúde

Desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção a saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Tomada de Decisões

Tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da forca de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os profissionais devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas

Comunicação

Os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. Devem ainda, procurar articular-se com a equipe de saúde no sentido de colher informações sobre cada caso, para obtenção de maior êxito terapêutico.

Administração e Gerenciamento

Fornecer subsídios para a elaboração do plano de Gestão Hospitalar;

Formular proposta e supervisionar a execução do plano de Gestão Hospitalar.

Serviço Social

O Serviço Social tem a finalidade de assessorar as áreas de assistência na elaboração de planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, assim como, desenvolver ações socioeducativas, que possibilitem ao usuário participar efetivamente do seu processo de tratamento, mobilizando-o para o exercício da cidadania.

Atribuições Gerais

- Interpretar a situação social do usuário e sua família junto à equipe multiprofissional;
- Orientar o usuário, familiares ou responsáveis, quanto aos encaminhamentos aos recursos comunitários disponíveis, de acordo com as necessidades apresentadas;
- Cadastrar os usuários que necessitam ser regulados no sistema informatizado para regulação;
- Colaborar nos programas sociais e de saúde da comunidade, bem como nos programas de pesquisa médico-sociais;
- Discutir com os usuários e seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
- Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;
- Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- Discutir com o responsável pelo usuário sobre a necessidade de sua prevenção e na recuperação da saúde do usuário;
- Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
- Trabalhar preventiva e resolutivamente as situações de rejeição familiar;
- Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face às situações sociais constatadas;
- Participar com demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;
- Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de usuários, familiares e de funcionários;
- Atuar como instrumento do processo de humanização da assistência.

Serviço de Fisioterapia Respiratória

Estrutura

O Serviço de Fisioterapia Respiratória tem por objetivo a prestação de assistência fisioterapêutica com a finalidade de preservar, desenvolver, manter ou restaurar a capacidade funcional dos indivíduos, seja de forma individual ou coletiva. Prestando atendimento fisioterapêutico em todos os níveis de atenção a saúde dos usuários internados, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Atuando de forma multiprofissional, interdisciplinar e transdisciplinar com produtividade na promoção da saúde baseada nas melhores evidencias cientificas, alem de apoiar e desenvolver atividades de ensino e pesquisa, e para isso deverá estar pautado nas normas e rotinas a seguir.

Na maioria dos hospitais dos países desenvolvidos, a fisioterapia é parte integrante do manejo dos usuários internados em UTI. As diversificadas técnicas de fisioterapia em unidades de terapia intensiva devem ser cuidadosamente aplicadas, para que se obtenha um resultado satisfatório.

A Fisioterapia Respiratória objetiva primordialmente, melhorar a função respiratória por meio de outras funções como ventilação/perfusão (V/P), distribuição e difusão, visando promover e manter níveis adequados de oxigenação e de gás carbônico na circulação, preservando a ventilação pulmonar. Outro objetivo é expandir novamente as áreas pulmonares com atelectasia. Dentre as várias técnicas usadas pelos fisioterapeutas na

UTI, as mais comuns são: drenagem postural, mobilização, vibração, percussão, hiperinsuflação manual, ASP e vários exercícios respiratórios, sendo rotineiramente utilizada a combinação dessas técnicas, buscando observar a condição fisiopatológica subjacente do usuário, com a intenção de impedir complicações pulmonares. Existem manobras convencionais como a drenagem postural - técnica que, pelo posicionamento do usuário no leito, favorece o deslocamento das secreções das vias aéreas inferiores para os brônquios e das vias aéreas superiores para o meio externo, com auxílio da força da gravidade30. Através do posicionamento dos segmentos pulmonares ou de todo o pulmão, o terapeuta tem condições de acelerar o deslocamento de secreções, melhorar o "clearance" pulmonar periférico, além de aumentar a capacidade residual funcional do usuário.

Quando realizada junto com a VM e com aplicação de pressão expiratória positiva final (PEEP), a drenagem postural pode aumentar a pressão transpulmonar, melhorar a taxa de V/P, aumentar a complacência pulmonar do hemitórax não comprometido e reduzir a resistência das vias aéreas.

A fisioterapia respiratória em UTI envolve um grande número de técnicas associadas às modalidades de Ventilação Mecânica. Em particular as manobras de higiene brônquica correspondem a um conjunto de técnicas para garantir a viabilidade das vias aéreas, promovendo condições para uma adequada ventilação e prevenção de infecções respiratórias.

As sessões de fisioterapia reduzem em até 40% o tempo de permanência do usuário internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), quando aplicadas sem interrupções nas 24 horas do dia. A redução de complicações com a melhora do usuário deve-se ao tratamento noturno. O procedimento garante a limpeza contínua dos pulmões, permite a extubação (retirada do tubo traqueal) no período noturno, reduz a agressão mecânica e propicia recuperação pulmonar mais rápida. A expansão dos serviços reduz o sofrimento do usuário, permite a liberação mais rápida e segura dos leitos, com o consequente aumento do número de vagas disponíveis, diminui os riscos de infecção hospitalar e propicia economia de recursos financeiros.A fisioterapia respiratória pode atuar tanto na prevenção quanto no tratamento das doenças respiratórias utilizando-se de diversas técnicas e procedimentos terapêuticos tanto em nível ambulatorial, hospitalar ou de terapia intensiva com o objetivo de estabelecer ou restabelecer um padrão respiratório funcional no intuito de reduzir os gastos energéticos durante a ventilação, capacitando o indivíduo a realizar as mais diferentes atividades de vida diária sem promover grandes transtornos e repercussões negativas em seu organismo. A fisioterapia respiratória oferece aos usuários auxílio preventivo e curativo em diversas doenças pulmonares não somente na remoção das secreções, mas também para a melhora do padrão muscular ventilatório dos usuários, ou seja melhora da mecânica respiratória.

O especialista em fisioterapia respiratória da Unidade de Terapia Intensiva indicará, escolherá e aplicará condutas específicas da fisioterapia respiratória na resolução de casos complexos.

Normas e rotinas

Atribuições Específicas

- Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- Atuar em todos os níveis de atenção a saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- Manter os registros atualizados sobre os usuários atendidos;
- Emitir Relatórios das atividades, contendo as informações sobre os indicadores de produtividade (atendimentos, procedimentos e atividades de ensino /pesquisa);
- Realizar consultas, avaliações e reavaliações do usuário colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético, para

eleger e quantificar as intervenções e condutas de fisioterapia apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da fisioterapia respiratória, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapia;

- Elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção por fisioterapeuta, na área respiratória e motora, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
- Emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- Prestar esclarecimentos e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
- Manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- Encaminhar o usuário, quando necessário, a outros profissionais estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- Manter controle sobre a eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes a atuação da fisioterapia respiratória e motora, garantindo sua qualidade e segurança;
- Procurar humanizar todos os atos dos profissionais nos contatos com os usuários e seus familiares;
- Responsabilizar-se pela guarda e manutenção do patrimônio de setor de fisioterapia respiratória e motora.

Atribuições da Coordenação

- Acompanhar as atividades de assistência e ensino nas reuniões mensais do setor;
- Conhecer e discutir sobre a condução das atividades de ensino aos estudantes, profissionais e residentes;
- Elaborar conjuntamente programação interna e externa (convidados) para os seminários, grupo de estudo e estudos de caso;
- Acompanhar planejamento estratégico do serviço de fisioterapia respiratória;
- Conhecimento e deliberação de solicitação de férias e demais atividades, como participação em eventos.

Área de abrangência

O Serviço de Fisioterapia Respiratória prestará assistência aos usuários internados nas diversas unidades.

5.3.2 COMPATIBILIZAÇÃO DA PROPOSTA DE TRABALHO COM AS DIRETRIZES DA SES/GO.

CONTRIBUIÇÃO DA PARCERIA PARA A ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DOS TERRITÓRIOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE – TEIAS

Em consonância com a Política de Saúde, a proposta de parceria da OS FIBRA pressupõe observar a estratégia de implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), apontando para a conformação da Rede de Atenção à Saúde, objetivando o aperfeiçoamento político-institucional e das formas de organização da atenção no SUS.

A viabilização desta estratégia reafirmará os valores constitucionais da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Sua forma concreta de ação objetivará fornecer materialidade aos movimentos mais recentes, em prol da consolidação do SUS, representados pelo PACTO PELA SAÚDE e pelo programa MAIS SAÚDE: DIREITO DE TODOS, especialmente no que se refere ao aprofundamento do processo de regionalização solidária, cooperativa, de efetividade sistêmica e organizacional do SUS.

A formação de redes de atenção impulsionam os hospitais à plena integração às redes municipais, regionais e estaduais, o que impõem modificações conceituais e operacionais nos modelos de gerenciamento.

Constata-se, na literatura recente, que o conceito de Redes de Atenção à Saúde possui várias denominações. De forma geral, estes conceitos compartilham os seguintes elementos-chave, com os quais a OS FIBRA reafirma o cenário do modelo gerencial a que se propõe:

SECRETARIA GERAL FLS Nº 3983 FUNC

- definição de um escopo de ações e serviços prestados a uma população definida, em território definido, por Unidades de Saúde de diferentes complexidades, em arcabouço matricial;

- estabelecimento de mecanismos efetivos de coordenação clínica e gerencial;

- integração das organizações envolvidas, em torno de objetivos comuns e compromissos com resultados;

- eficiência e transparência na gestão dos recursos;

- gestão compartilhada com relações estáveis na hierarquia múltipla, com construção de confiança e solidariedade.

SHORTELL (1996), numa das primeiras definições de Rede de Atenção, ressaltou o seguinte conceito: "conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde, a uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde dessa população. Na mesma definição, destaca-se o seguinte objetivo: "melhorar a continuidade da atenção, por meio da coordenação e da eficiência global da provisão." Na tentativa de uma síntese da literatura e de documentos, a OS FIBRA exorta que uma Rede de Atenção à Saúde pode ser definida como: arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio diagnóstico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado em um dado espaço-população. Visam integrar, de forma sistêmica e regional, ações e serviços, bem como incrementar o desempenho do sistema de saúde em termos do acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica, estimulando o protagonismo individual e coletivo dos atores implicados e, conseqüentemente, o aumento da satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

Mais importante que um conceito sintético de Redes de Atenção à Saúde será identificar e destacar questões fundamentais que estarão envolvidas no processo de implementação dessa estratégia. Dentre elas, a OS FIBRA ressalta: (i) ponto de partida para a construção de sistemas de saúde no espaço regional; (ii) atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade; (iii) definição de um repertório de ações e serviços (mapa sanitário) que serão prestados a uma população definida, em pontos de atenção ou unidades funcionais de diferentes densidades tecnológicas; (iv) utilização ampla da diretriz que afirma que o primeiro nível de atenção constitui a porta de entrada do Sistema, que integra e coordena a atenção com resolubilidade, sobre a maioria das necessidades da saúde da população; (v) organização da atenção, segundo critérios de escala e escopo; (vi) desenvolvimento de instrumentos de coordenação clínica e gerencial; (vii) integração institucional, mediante compromissos com resultados; (viii) eficiência e transparência na gestão dos recursos; (ix) estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, com institucionalização por políticas públicas; (x) construção coletiva e planejada; (xi) foco nas relações de interdependência entre os atores envolvidos; (xii) apoio de sistemas unificados e ágeis de informações geoprocessadas, bem como de sistemas logísticos, de apoio diagnóstico e terapêutico e de gestão; (xiii) responsabilização pelos custos e resultados de saúde da população adstrita; (xiv) focos na continuidade e qualidade do cuidado, por meio da coordenação e ganhos na efetividade; (xv) sistema de governança participativo e único, com ampla ação intersetorial; e (xvi) financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do Sistema.

A proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), no entendimento da OS FIBRA, surge como uma estratégia de fortalecimento e articulação do arcabouço já existente, de serviços e ações de saúde.

Implementar a estratégia de Rede, no entendimento da OS FIBRA, pressuporá movimentos coordenados e sucessivos de releitura das programações de saúde, objetivando a implementação das TEIAS, com capacidade e suficiência para atender às demandas de saúde da população dos territórios, considerando a universalização das políticas estruturantes do SUS, e sua articulação no espaço regional de maneira funcional, por meio da integração da produção de saúde e de estruturas públicas de planejamento, gestão e governança.

O seu desenvolvimento abrangerá, no contexto do gerenciamento *latu sensu*, desde o diagnóstico do arranjo da atenção existente, até o modelo pleno proposto em termos de escopo de ações e serviços implantados e grau de integração clínica e de saúde coletiva, gerencial e política.

A estruturação do TEIAS pressupõe, tanto o processo de integração da saúde em nível territorial, quanto o de integração e alinhamento da estrutura logística e de governança do Estado e Município com a estrutura logística e de governança da OS FIBRA, reconhecendo (o TEIAS) como o espaço político para a pactuação e exercício da gerência/gestão COMPARTILHADA.

A OS FIBRA ressalta que os elementos constituintes de uma Rede de Atenção são: os nós da rede – as Unidades de Atenção à Saúde de diversas complexidades, entretanto, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde; os sistemas que compreendem os serviços de apoio diagnóstico; a assistência farmacêutica e o sistema de informação; os sistemas logísticos de identificação dos usuários; o prontuário clínico único; as central de regulação; o sistema de transporte sanitário; o sistema de suprimento e manutenção; e o sistema integrado de governança.

AMPLIAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA PRODUÇÃO DE SAÚDE NO TEIAS– CONTRIBUIÇÃO DA PARCERIA PARA OS FUNDAMENTOS E AS DIRETRIZES OPERACIONAIS

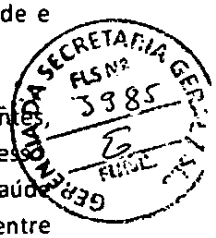
Ao longo do processo de implantação do SUS, varias iniciativas como as NOB, as NOAS e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde, tem exercido um papel protagonista, contrapondo-se a uma concepção simplista de necessidades, condicionantes e determinantes da saúde/doença, sem contar o enfrentamento da cultura hegemônica na Política de Saúde Brasileira, que sempre privilegiou as ações curativas. Com concordância e apropriação crítica desses pressupostos organizativos do SUS, a OS FIBRA pretende contribuir com a reestruturação das programações de saúde, apontando para a efetiva formatação do TEIAS que deverá, sobretudo, privilegiar as necessidades de saúde da população e não mais a organização a partir da oferta de serviços assistenciais, condição que, per si, não será capaz de conduzir o processo de organização do Território de Saúde.

O planejamento de base territorial deverá orientar o processo de ampliação e integração da produção de saúde em TEIAS. Deste modo, deverá ser assegurado o planejamento da Rede, a partir da análise da situação de saúde da população, da organização das ações e práticas sanitárias, tendo como referencial a integração dos saberes e práticas da clínica com os da saúde coletiva, visando ampliar e organizar a produção de saúde no território (espaço-população), a partir da articulação, coordenação e integração das ações e serviços da Atenção Primária e Especializada, da Promoção e da Vigilância em Saúde.

A definição da Base Territorial para o deverá ser feita a partir dos critérios adotados no Pacto pela Saúde para a estruturação da Rede de Saúde.

Com a preocupação de se operar com efetividade na produção de saúde e eficiência gestora na Rede, a OS FIBRA exorta que dois "novos" conceitos deverão estar agregados: o quantitativo de habitantes e a distância entre a origem e o destino de referência, para a conformação territorial. Em estreita parceria com SES, a OS

FIBRA buscará realizar estudos analíticos da relação entre garantia de acesso, escala, escopo, qualidade e custo, tendo como premissa mandatária, a GARANTIA DO ACESSO.



No processo de planejamento deverá ser considerado, tanto a articulação das ações e serviços já existentes, quanto as implantações de novos serviços nos vazios sanitários, se existirem, de modo a se garantir o acesso por meio da ampliação da cobertura da ESF e das demais políticas estruturantes do SUS, como a da Saúde Bucal, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Saúde da Mulher e do Homem, do Idoso, Oncologia, dentre outras que serão priorizadas, em função do perfil epidemiológico do território.

As ações de promoção e vigilância à saúde, propostas para o território, deverão visar, não só a integração e o fortalecimento da gestão regional solidária, como a combinação de tecnologias e conhecimentos que possam, efetivamente, responder às necessidades de saúde da população.

Propõe-se, para as ações assistenciais e de vigilância à saúde, um novo entendimento, considerando o âmbito de atuação, a abrangência geográfica da ação, os serviços que serão envolvidos e a densidade tecnológica. A densidade tecnológica deverá ser aqui entendida, como diferenciação do conhecimento e prática e a utilização de equipamentos exigidos no desenvolvimento das ações, e não mais nos níveis hierárquicos da baixa, média e alta complexidade que transmitem a idéia de que os serviços especializados, localizados na região, são mais complexos e importantes que aqueles alocados na APS. Espera-se, com isso, avançar na integração entre os serviços, compreendendo a atenção especializada como complementar à APS, podendo ser ambulatorial ou hospitalar. No processo de integração da produção de saúde no espaço territorial, os conceitos da economia e da integração horizontal e vertical deverão ser observados. A integração horizontal consistirá na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. Será utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica, na provisão de ações e serviços de saúde, por meio de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

A integração vertical consistirá na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde, responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, mas complementar, agregando resolubilidade e qualidade neste processo.

A DS FIBRA adverte que a integração deverá ocorrer entre as ações individuais e coletivas na direção da promoção da saúde, da redução dos riscos e das vulnerabilidades existentes na população e no território de abrangência e para o controle de doenças e agravos já existentes. Deverá ser orientada por um Modelo de Atenção com centralidade no usuário, fundamentado na primazia dos resultados, com os seguintes eixos estruturantes:

- vinculação da população às equipes de APS, com explicitação de suas responsabilidades sanitárias, valorização do vínculo e horizontalização do atendimento;

- identificação das sub-populações com doenças ou condições estabelecidas por graus de riscos, com elaboração de ofertas adequadas para os adstritos de baixo e médio risco, centradas na orientação para o auto-cuidado e produção de autonomia e de Projetos Terapêuticos individuais, para os adstritos de maior risco e gravidade (gestão de caso);

- acolhimento dos usuários, efetivando a APS como a principal porta de entrada resolutiva do Sistema de Saúde, a partir da qual se realiza a coordenação do cuidado e se estruturam as referências para os serviços da Atenção Especializada e Hospitalar;

- estruturação de práticas de saúde, com trabalho em equipes multidisciplinares e interdisciplinares;

• atuação intersetorial, materializando a concepção ampliada de saúde, articulando e participando com outros setores das políticas de proteção social e da comunidade, promovendo ações de produção de saúde no território.

A integração da produção de saúde deverá, também, ser implementada a partir de vários dispositivos e mecanismos, dos quais poderá se destacar, na concepção da OS FIBRA, a definição das "Diretrizes de Atenção para a Parceria Solidária, caracterizadas por recomendações que orientarão as decisões assistenciais, como aquelas afeitas à organização dos serviços, para as condições de saúde de relevância sanitária (alta prevalência ou alta letalidade).

Ressalte-se, na concepção da OS FIBRA, que as "Diretrizes" deverão ser elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da gestão em saúde e da produção da autonomia. Desdobrar-se-ão, caso concretizadas, em "Guias de Práticas Clínicas"/"Protocolos Assistenciais", que orientarão as Linhas de Cuidado e possibilitarão a melhoria da comunicação entre os serviços e a programação de ações e padronização de determinados recursos.

O conjunto das Linhas de Cuidado (LC) será uma forma de articulação dos recursos e das práticas de produção de saúde, entre as unidades de uma dada região de saúde, para a condução oportuna e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. Deverão, também, ser orientadas pelas "Diretrizes de Atenção" da SES. O conjunto das LC visará à coordenação, ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação de responsabilidades e de tarefas das diferentes unidades/profissionais e a conectividade entre eles, a partir da colaboração e complementaridade.

As Linhas de Cuidado, segundo vários estudos, resultam da articulação funcional de ações e unidades de atenção à saúde, voltadas para a resolubilidade, responsabilização e garantia da continuidade. Em geral, são articuladas para condições crônicas de maior relevância epidemiológica, que requerem cuidados continuados. São organizadas do ponto de vista do individuo, objetivam orientação e agilização de fluxos na rede de atenção à saúde, estabelecendo os compromissos e responsabilidades das unidades de saúde, nos aspectos promocionais, preventivos, curativos, reabilitadores e paliativos, por meio da articulação adequada dos serviços de diversas densidades tecnológicas da região.

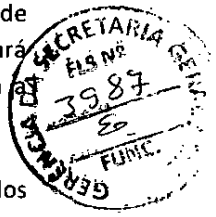
Pressupõem uma visão global das dimensões da vida dos usuários – individualidade, contexto familiar, moradia, vizinhança, trabalho e cultura –, além de uma resposta global dos profissionais envolvidos nesse cuidado, superando as respostas fragmentadas.

Vários pressupostos deverão ser observados para a efetivação das LC, como a garantia dos recursos materiais e humanos necessários a sua operacionalização; integração, co-responsabilização das Unidades de Saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados.

A construção de Linhas de Cuidado facilitará a articulação e a comunicação entre níveis assistenciais, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas. A adoção das Linhas de Cuidado, a partir da construção da interface entre os programas que fazem a gestão do cuidado e da Atenção Primária, média e alta complexidade, permitirão organizar a trajetória do adstrito na Rede de serviços de saúde.

O estabelecimento de Protocolos (assistenciais e de encaminhamentos) facilitará a coordenação dos cuidados ao definir fluxos, responsabilidades e normas para solicitação de procedimentos e referências e permitirá atuação mais efetiva e resolutiva. O processo compartilhado de elaboração de Protocolos e Linhas de Cuidado por profissionais de diversos níveis assistenciais, entidades profissionais e gestoras facilitará o diálogo e a

cooperação entre especialistas e generalistas, a coordenação dos cuidados e a adesão dos profissionais às diretrizes estabelecidas, com sua incorporação na prática diária. A introdução da "Consulta Pública" e de outras ferramentas de participação e de transparência no processo de elaboração de Protocolos legitimará as decisões e opções, além de quebrar resistências à sua implementação. Sua revisão periódica permitirá a adaptação às necessidades locais.



A elaboração de manuais explicativos para os Protocolos e a capacitação dos profissionais da ponta dos serviços para uso, também contribuirá para a incorporação dessas ferramentas.

Deverá ser valorizada a "Gestão de Casos" de pacientes crônicos graves com mais de uma doença, com potencial de elevada demanda por serviços e que necessitam de acompanhamentos direcionados e continuados, objetivando uma adequação do uso dos recursos às necessidades desses usuários. Algumas condições deverão ser priorizadas para a obtenção de melhores resultados clínicos e uma relação entre custo e efetividade favorável como nos casos de gestação e recém nascido de risco e casos graves de diabetes, doença cardiovascular, asma, DPOC, AIDS e tuberculose.

O acesso à atenção especializada poderá ser facilitado pela melhor qualificação das demandas para procedimentos especializados, por meio de capacitações específicas, definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados.

Capacitações específicas e a utilização dos Protocolos poderão ser estratégias importantes para qualificar as solicitações de procedimentos de apoio diagnóstico. Em geral, observa-se um excesso de pedidos de exames pelos médicos, sem critérios definidos e sem justificativas clínicas suficientes. A capacitação dos profissionais para aprimorar a qualidade dos registros nos prontuários e as justificativas clínicas para exames e consultas, contribuirá para melhorar a continuidade dos cuidados e aumentará, sobremaneira, a eficiência. Capacitações específicas poderão ser definidas a partir do monitoramento dos encaminhamentos realizados.

A definição de cotas físicas de serviços especializados, distribuídas para o território, poderá atenuar as iniqüidades de acesso, contudo, deverá estar condicionada por critérios epidemiológicos de necessidade.

Mecanismos e instrumentos gerenciais são essenciais no processo de integração da produção de saúde no território como: gestão de listas de espera, história clínica única e prontuário eletrônico, relatório de alta, auditoria clínica, atividades de educação permanente, sistema informatizado de orientação de decisões clínicas, Telessaúde, regulação médica, dentre outros.

Resumindo, a proposta da OS FIBRA, no escopo das diretrizes operacionais para a ampliação e integração da produção de saúde, inclui:

• Parceria no planejamento territorial das necessidades, concomitantemente com a implementação da "Política de Promoção e Vigilância à Saúde" e as "Diretrizes de Atenção" que orientarão os macro-processos de trabalho da OS Parceira;

• Em consonância e articulação com o Gestor estadual e Municipal, suporte para a reestruturação, em base territorial, da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, a partir de critérios de escala, escopo/adensamento tecnológico, resolubilidade diagnóstica e terapêutica, com contratação de suas responsabilidades nas Políticas Estruturantes do SUS e nas várias Linhas de Cuidado;

• Em consonância e articulação com o Gestor Municipal, suporte para a disponibilização, no território, dos serviços da Atenção Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência/Emergência, integrados às Linhas de Cuidado de forma contratual, com regulação efetivada por meio de Complexo Regulador.

5.3.3 DESCRIÇÃO DE COMO O PROPONENTE IRÁ ESTABELECER A CONTRARREFERÊNCIA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM OUTROS ESTABELECIMENTOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE. NESSE CASO, APRESENTAR UM PLANO DE IMPLANTAÇÃO, ESTABELECENDO PRAZOS, MEIOS, FLUXOS ETC.

PRESSUPOSTO: UNIDADES ARTICULADAS EM REDE

A definição do conjunto das atribuições dos pontos de atenção em urgência e emergência numa Rede de Atenção à Saúde e, mais especificamente, sua relação com a Atenção Primária à Saúde (APS) dependerá do enfrentamento e conseqüentes respostas a duas questões fundamentais: (i) o modelo que define a concepção da atenção à saúde no qual está inserido o hospital, e (ii) a forma do financiamento, coerente ou não, com o modelo assistencial. Neste contexto conforma-se o MODELO GERENCIAL.

Entende-se por "modelo de atenção à saúde" o sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

No Brasil, o modelo clínico-curativista (reativo) e voltado para as condições agudas predominou, conformando historicamente, o estilo (modelo) gerencial balizado pela Teoria Geral da Administração (TGA). A TGA trata do contexto e do estudo da "Administração nas Organizações" e ocupa-se com a administração em geral, não se preocupando com o setor em que ela será aplicada, seja nas Organizações lucrativas ou não lucrativas. A TGA contribuiu para fazer do hospital e das Unidades de Urgência e Emergência, em geral, pontos de atenção onde predomina a hierarquização, a especialização no trabalho com funções bem definidas, o distanciamento entre o planejar e o fazer, o controle rígido dos processos e a robotização dos profissionais.

Por outro lado, mais recentemente, o movimento de implantação das Redes de Atenção à Saúde, objetivando provocar uma mudança radical no Sistema Único de Saúde, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas, agudizações das condições crônicas e sobre as condições agudas.

Porém, para que estas Redes funcionem de forma efetiva, eficiente e humanizada, necessário se faz distribuir os usuários – classificados por condições de risco e de forma equilibrada – por todos os seus pontos de atenção, incluindo os hospitais. Não será possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência, sem retirar deles o grande número de usuários que sofrem das "urgências menores", ou seja, os classificados como azuis e verdes. Noutra perspectiva, no contexto da Rede, os usuários em situações de urgências verdes e azuis deverão ser atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS). Dessa forma, este ponto de atenção à saúde (a APS) necessita de mudanças e modernizações logísticas, fundamentais para a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazo, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de Gestão da Clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atenderem, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma da demanda espontânea.

O modelo gerencial hospitalar e Urgência e Emergência mais adequado, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, será aquele pautado na integralidade do cuidado "no próprio hospital", INSERIDOS E CONTEXTUALIZADOS na Rede, produzindo o cuidado".

O cuidado nas Organizações de Saúde em geral, especialmente no hospital, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Mecanismos instituídos de dominação e de relações muito assimétricas de poder entre as várias corporações profissionais ocultam a imprescindível colaboração que deve existir entre os vários trabalhadores, como operadores de tecnologias de saúde, para que o cuidado aconteça. O cuidado, de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente é o somatório de um

grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3389
GERÊNCIA FUNF.

Dessa forma, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se entende como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outros motivos, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários trabalhadores diferentes.

Uma das sobrecargas – talvez a maior – do processo gerencial do hospital contemporâneo é conseguir coordenar, adequadamente, este conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos cuidadores individuais, que resulte em uma dada coordenação do cuidado. Esta dinâmica, cada vez mais presente na vida dos hospitais, é um aspecto central a ser considerado na discussão da integralidade e na sua correlação com o processo de gestão (modelo gerencial).

Uma coisa é pensar o trabalho em equipe "como somatório de ações específicas de cada profissional, como linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal (...) a hierarquia e a rigidez de papéis codificados"; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma atuação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Nesta medida, parece que o tema da integralidade do cuidado no hospital, como nos demais serviços de saúde, passa necessariamente pelo aperfeiçoamento da coordenação do trabalho de equipe, como um tema para o MODELO GERENCIAL.

A integralidade do cuidado que cada usuário necessita transversaliza toda a Rede. Não há integralidade radical, sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em Rede. Pode haver algum grau de integralidade "focalizada" quando uma equipe, em um serviço de saúde, por meio de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazida por cada um. Porém, a "linha de cuidado" pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde. O hospital, então, deve ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como um ponto de atenção da Rede, no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita.

Como desdobramento de tal premissa, fica a tarefa de se pensar quais dispositivos podem ser implantados no hospital que os "conectem", de forma mais adequada à Rede de Atenção à Saúde. Como pensar a integralidade, "olhando" deste ponto de atenção, o hospital.

A forma mais tradicional de se pensar nestas Unidades, em Rede, é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contrareferência, após realizar o atendimento. Com certeza, seria já um grande ganho a implementação efetiva desses circuitos base-topo e topo-base, que, na prática, sabe-se bem, nem sempre são muito bem sucedidos. Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser pensadas.

Sabe-se, por exemplo, que por mais que se amplie e se aprimore a rede básica de serviços, as urgências/emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Sem querer apontar as explicações para tal fato, o que se quer reter, aqui, é que não se tem sabido trabalhar de forma mais cuidadosa esta demanda espontânea que tanto aflige os trabalhadores e os

gerentes nos seus cotidianos. Atender, dia após dia, esta demanda interminável, torna- se uma tarefa desgastante e de resultados sempre duvidosos, se o critério é uma avaliação dos impactos sobre a saúde da população. No entanto, as urgências/emergências seguem funcionando de forma tradicional, na base da queixa-conduta, resultando em uma Clínica reducionista e ineficaz, que, em princípio, aponta para tudo menos par a integralidade.

SECRETARIA GERENCIA FLS Nº 3990

Uma forma de explicar este fenômeno tão observado é reconhecê-lo como uma estratégia intuitiva e "selvagem" das pessoas na busca da integralidade! Um aparente paradoxo, mas também, um sintoma que caberia aos serviços examinarem, sem nenhum preconceito ou *a priori* e, mais do que isto, buscar inventar novos dispositivos e novas formas de escuta para tais "ruídos".

Um bom ponto de partida parece ser a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgências, capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da Rede. Neste caso, o hospital é quem faria a referência para outros serviços, colocando em questionamento a idéia do senso comum de que a alta complexidade está "no topo", lá onde fica o hospital. Para o hipertenso ou o portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o "topo", em determinado momento da vida, é acessar a rede "básica", ser bem acolhido e estar vinculado a uma equipe.

Se se pensa o hospital como pontos da Rede pelos quais circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos de suas vidas singulares, pode-se imaginar, ainda, outras formas de trabalhar a integralidade. Por exemplo, o momento da alta de cada paciente deve ser pensado como um momento privilegiado para se produzir a continuidade do cuidado em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo o papel da contrareferência, mas, pela construção ativa da linha de cuidado necessária àquele paciente específico. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida.

Por todas as questões apontadas é que se tem procurado pensar, nos últimos anos, MODELOS GERENCIAIS que tomem como referência a produção do cuidado da forma mais integral possível e que sirva, ao mesmo tempo, como referencial para a intervenção na gestão da micropolítica do trabalho em saúde, nestes estabelecimentos, fazendo a modelagem da gestão como um todo, a partir do cuidado ao paciente.

Há que se "governar o hospital", a partir de dois movimentos principais: redução dos níveis decisórios ("achatamento dos organogramas") e condução colegiada das decisões, tanto na alta direção, como nas equipes prestadoras de serviço. Descentralização e democratização das decisões: os dois eixos capazes de reinventar um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas instituídos de dominação e controle.

Pensar o modelo gerencial de um hospital é, antes de mais nada, tentar estabelecer da forma mais clara possível, quais os mecanismos de coordenação adotados para tocar, da melhor maneira possível, o seu cotidiano. Convivem, nos hospitais, múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes. Há um modo de coordenar que se apóia, claramente, na lógica das profissões. O pessoal de enfermagem conversa entre si para elaborar as escalas de trabalho, as rotinas, as trocas dos plantões, como cobrir as faltas de colegas, entre outras coisas. Seria uma "conversa entre enfermeiros" para organizar o mundo do trabalho da enfermagem. A referência para este grupo profissional é a chefia ou diretoria de enfermagem do hospital. Os médicos conversam entre si par a cobrir escalas, para solicitar pareceres técnicos de outros colegas, em particular para buscar apoio nas horas em que os problemas dos pacientes são mais desafiadores e exigem uma "outra opinião". A mesma forma de coordenação pode ser identificada entre os assistentes sociais, os psicólogos, os dentistas, os fisioterapeutas e outros profissionais de nível universitário que atuam diretamente na assistência aos pacientes.

Há, entretanto, outro modo de se fazer a coordenação que segue a lógica de "unidades de produção", ou seja, é uma coordenação voltada para "produtos" ou serviços, envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe, como ocorre nas chamadas "áreas meio", qual seja, aquelas produtoras dos insumos que serão usados no cuidado ao paciente. Exemplos desta coordenação por unidades de produção são a coordenação do laboratório, da nutrição e dietética, da radiologia, do almoxarifado, entre outros. O fornecimento do serviço ou produto que caracterizam estas unidades (sua missão) é garantido pela coordenação de distintos processos de trabalho de vários tipos de profissionais, que é bem diferente da lógica de coordenação por profissões. Só que nestes últimos casos, quando observa-se como se faz a coordenação das unidades tipicamente assistenciais, não é possível identificar-se uma coordenação ou gerência única. Quando observa-se a coordenação das unidades produtoras de cuidado, não há, normalmente, esta coordenação unificada ("um chefe único"), na medida em que esta se faz, de forma mais visível, pela lógica das profissões: chefia médica do CTI e chefia de enfermagem do CTI; chefia médica da maternidade e chefia de enfermagem da maternidade, e assim por diante.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3991

Desta maneira, se é possível nomear e reconhecer, de fato, um chefe (de toda a equipe) do laboratório, um chefe (de toda a equipe) do almoxarifado, o mesmo não ocorre nas unidades assistenciais: cada profissão zela por preservar seus espaços de poder e autonomia, segue uma lógica própria de trabalho e de práticas profissionais e, portanto, de coordenação dos seus cotidianos. Seria possível dizer que o "chefe" (médico) do CTI coordena, de fato, toda a equipe? Que ele tem poder para interferir na lógica de coordenação do trabalho da enfermagem? Sabe-se que não. Então, como se explica que, afinal, se consegue realizar o cuidado ao paciente de forma integral, com começo, meio e fim, do momento da internação até o momento da alta (ou da entrada no PS ou até a saída com uma receita...), caracterizando uma terceira (e crucial) lógica de coordenação: aquela baseada no cuidado?

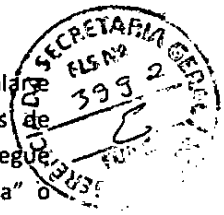
O delicado processo de coordenação do cuidado se faz por meio de dois mecanismos principais. O primeiro deles é a criação de "pontes" ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médicos e enfermeiros e os outros profissionais têm que conversar par a que o cuidado se realize. Uma coordenação "em ato", o encontro de duas práticas, de dois saberes, em geral caracterizada por uma situação tipo comando- execução, principalmente na relação entre médico e enfermeiros/corpo de enfermagem. A prática da enfermagem (e dos outros profissionais) é, em boa medida, "comandada", modelada, conduzida, orientada pelo ato médico (central) que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica "principal". Tal fato estabelece uma relação de "determinação" da prática médica em relação às outras práticas profissionais, mesmo sem desconsiderar que os profissionais não-médicos, todos eles, conservam sua especificidade e um bom grau de autonomia, própria de suas "profissões". Pode-se afirmar que estes pontos de contato, estes canais, nem sempre são "livres", bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional e, por isso mesmo, são fontes permanentes de ruídos, de tensões e de disputas.

A questão que interessa é: seria possível pensar uma forma de coordenação mais horizontal, mais desobstruída, mais regular, mais "institucionalizada" entre os vários profissionais, centrada no cuidado?

A segunda estratégia pra o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase "silencioso" da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

A proposta de se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado tenta dar conta destas complexas questões. Tem a pretensão de criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, "leve", com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, mais democrática, menos "ruidosa", em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.

Como fazer isso? A primeira coisa será a compreensão que a custos, a coordenação do hospital se faz seguindo várias lógicas, de forma que a lógica de funcionamento de cada unidade de produção/cuidado (que se esperava poder compreender ou "capturar" nos colegiados de cada unidade) é apenas um delas.



A lógica de coordenação das corporações é um instituído muito poderoso na vida da Organização hospitalar e que, por sua natureza – lugar de construção de identidades profissionais, de defesa de espaços de autogoverno, de relações de dominação – escapa das dimensões mais coletivas da coordenação e segue reproduzindo- se. A própria lógica, em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, "transborda" o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, na medida em que só pode ser realizada de forma transversalizada, isto é, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital.

Mais do que isto, pode-se dizer que, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado realiza-se em uma Rede mais ampla de serviços, na qual o hospital é apenas um ponto, como afirmou-se antes.

DIAGNÓSTICO DE REDE E CONTEXTUALIZAÇÃO SISTÊMICA: CONTRIBUIÇÃO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA PARA O DIAGNÓSTICO TERRITORIAL DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE – MODELO PROJETO DE PESQUISA (OPAS – 2011)

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
0 - 130	Incapacidade para operação de RAS: sistema fragmentado
131 - 260	Capacidade básica para operar RAS: rede de atenção à saúde incipiente
261 - 390	Capacidade razoavelmente boa para operar RAS: rede de atenção à saúde avançada
391 - 522	Capacidade ótima para operar RAS: redes integradas de atenção à saúde

PESQUISA AVALIATIVA PARA REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	
PROPOSTA DA ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SÁUDE OPAS	
ELEMENTO OU COMPONENTE: POPULAÇÃO	
QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
2. Há uma clara definição das necessidades de saúde desta população?	
3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função destas necessidades?	
4. Há um processo de territorialização da RAS?	
5. A RAS dispões de um Plano Diretor de Regionalização?	
6. Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala e	
7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe SF?	
10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
13. A população está subdividida por fatores de risco?	
14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
Total população:	

ELEMENTO OU COMPONENTE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	ESCORES
15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
17. Estas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da RAS?	
20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
22. Há uma boa interação entre as equipes da APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões	
23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	
24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua	
25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	
26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	
27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de	
28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	
29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
30. As equipes de APS utilizam, rotineiramente, instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, "firo", "practice" ou outros?	
31. As equipes de APS articulam-se, rotineiramente, com organizações comunitárias?	
32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	
33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
Total APS	

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3594
FUNG.

ELEMENTO OU COMPONENTE: OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	ESCORES
34. No desenho da RAS há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião?	
35. No desenho da RAS considera-se uma escala mínima, capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
36. No desenho da RAS considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala, por meio de fusões ou alianças estratégicas?	
37. No desenho da RAS há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
38. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar?	
39. Há a oferta de hospitais/dia?	
40. Há oferta de cirurgia ambulatorial?	
41. Há a oferta de internações domiciliares?	
42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
43. Há a oferta de centros de enfermagem ("nursing homes")?	
44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
45. No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada, por meio do reforço da APS?	
46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	
47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	
48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
49. Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	
50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma intergrada com a APS?	
51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a	
52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3995
FUNE

56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e crianças? Eles	
59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
60. Há serviços ambulatoriais, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo de útero? Eles operam de forma integrada com a a APS?	
61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam	
62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma	
63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais ? Eles operam de forma integrada com a APS?	
66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas ? Eles operam de forma integrada com a	
67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	
68. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	
69. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
71. As linhas-guia estabelecem, claramente, as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
74. Esta modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
75. Esta modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
76. Esta modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
Total Atenção Secundária e Terciária	

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3996
FUNE

ELEMENTO OU COMPONENTE: OS SISTEMAS DE APOIO LOGÍSTICO	ESCORES
77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
85. O sistema de assistência farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
90. Há um sistema estruturado de exames de análise clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das	
91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
Total Sistema de apoio	

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3993
FLHAS

ELEMENTO OU COMPONENTE: OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	ESCORES
92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
93. Há uma base de dados única que incorpora toda a população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
95. Há um prontuário familiar único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de	
97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos a situações de saúde definidas?	
99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagem?	
102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
Total Sistemas logísticos	

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 3998
FUNE

ELEMENTO OU COMPONENTE: O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REOE	ESCORES
108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?	
109. Este sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
110. A RAS tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
111. A missão, a visão e os valores da RAS são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
113. Este sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
114. Há um sistema de acreditação da RAS?	
115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
116. Este sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance destes objetivos?	
117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RAS?	
118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RAS?	
120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma 1;	
121. A RAS conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
Total Sistema de governança	

FLS Nº 3993

ELEMENTO OU COMPONENTE: O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	ESCORES
122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	
127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
131. As ações de autocuidado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
132. Utilizam-se planos de autocuidados feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
134. AS RAS dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	
135. Estas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	
136. Estas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
137. Estas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
138. Estas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
139. Estas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
140. Estas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
141. Estas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
142. Estas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4000

144. Estas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	
145. Estas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
147. Estas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacioanis de uso rotineiro na RAS?	
148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?	
149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de	
150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	
151. Este plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	
152. Este plano de saúde envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	
153. Este plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
154. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	
155. Este processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	
156. Este processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
157. Este processo de educação permanente é realizado com base nos princípios de educação de aultos (andragogia) e na educação baseada emevidências?	
158. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das pessoas usuárias da RAS com base nas linhas-guia?	
159. Este processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
160. Este processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
161. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas	
162. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	
163. Este contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
164. Este contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4001

165. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	
166. Esta auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
167. AS RAS utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	
171. Há um planode cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
172. Este plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?	
173. Este plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	
174. Este plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	
Total Modelo de atenção	

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4002

5.3.4 DESCRIÇÃO DE COMO SERÁ GERENCIADO O TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DOS PACIENTES DA UNIDADE;

Remoção de usuários: Em caso de transporte inter hospitalar do usuário, o hospital proverá atendimento adequado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário; O Hospital manterá médico, motorista e técnico de enfermagem nas 24 h para realizar as remoções necessárias. Foi previsto na palnilha de custeio a contratação do serviço de 3 ambulâncias para as remoções.

5.3.5 DESCRIÇÃO DO MODELO DE GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA HOSPITALAR

O ÍTEM FOI BASTANTE APROFUNDADO NO ITEM- 4.1.2 ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE FARMÁCIA. E TAMBÉM SERÁ ABORADADO NO ITEM **MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO QUE SERÁ EXPOSTO A FRENTE.**

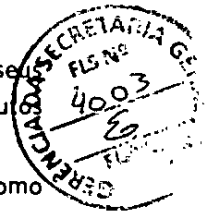
5.3.6 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE IMAGENOLOGIA, MÉTODOS GRÁFICOS, ENDOSCÓPICOS E OUTROS SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.

TODOS OS SERVIÇOS LISTADOS NESSE ITEM FORAM PREVISTOS NA PLANILHA DE CUSTEIO PARA CONTRATAÇÃO, CONSIDERANDO O VOLUME DEFINIDO NO PLANO DE METAS.

5.3.7 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS;

Agência Transfusional

A Agência Transfusional é uma Unidade Hemoterápica que tem como função armazenar sangue e seus derivados, realizar exames imuno-hematólogicos pré transfusionais, liberar e transportar os produtos sanguíneos para as transfusões nos setores do Complexo Hospitalar.



Funcionará em regime de plantão permanente para atendimento das necessidades do Hospital, tendo como responsável técnico um Médico Hematologista.

Manterá estoque de sangue e derivados para atender toda a demanda do Hóspital e funcionará 24 horas/dia..

A agência transfusional será responsável por:

- Atendimento aos setores do Hospital nas necessidades transfusionais;
- Realizar os exames pré-transfunsional para uma transfusão;
- Identificar as reações transfunsionais através de através de exames e notificações;
- Realizar controle de qualidade interno dos reagentes e hemocomponentes;
- Participar do controle de qualidade externo promovido pelo Hemorio/ANVISA;
- Realizar os exames imuno-hematologicos dos usuários internados;
- Fracionar o sangue para as transfusões em usuários pediátricos;
- Atendimento as exigências das normas vigentes da ANVISA;
- Promover ações para captação de doadores de sangue

5.3.8 DESCRIÇÃO DO MODELO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA;

CONTEMPLADO NO ITEM- 4.1.3 ORGANIZAÇÃO ESPECÍFICA DO SERVIÇO DE ARQUIVO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS E ITEM 4.1.4 DESCRIÇÃO DE FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE ESTATÍSTICA

5.3.9 DESCRIÇÃO DO MODELO DE PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E PESQUISA EM SAÚDE DA SES NO SUS

O Instituto Social Fibra propõe habilitar e desenvolver no Hospital de Urgências de Goiânia os Programas de Residência Médica e Residência Multidisciplinar, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Os Programas de Residência Médica e Multidisciplinar serão orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir das necessidades de especialidades e vagas conforme realidades locais e regionais.

5.4. ORGANIZAÇÃO DA GESTÃO ADMINISTRATIVA, FINANCEIRA E GERAL.

5.4.1 PROGRAMA DE GESTÃO FINANCEIRA- IMPLANTAÇÃO DE CENTRO DE CUSTOS

PROPOSTA DE USO DA METODOLOGIA ADOTADA PELO PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO DE CUSTO (PNGC).

A metodologia adotada pelo PNGC é o sistema de custeio por absorção. Essa metodologia foi escolhida por ser de fácil aplicação e por ser a mais utilizada. Outro fator importante é que a sua apuração é possível a partir da segmentação da instituição em centros de custos.

Dessa forma, em se tratando de hospital, a segmentação em áreas especializadas é facilmente identificada, como internação, centro cirúrgico, lavanderia, nutrição, administração, laboratório, etc. Por exemplo, o setor de pediatria é responsável pelo atendimento de crianças. Para cumprir esta função, contrata-se pessoal, adquirem-se equipamentos, materiais

administrativos, bem como outros recursos necessários para alcançar os objetivos do setor. Os custos destes recursos podem ser estimados e comparados com os custos finais do atendimento. O sistema de custeio por absorção controla o custo e o desempenho da entidade e dos centros de custos (áreas de atividades específicas), podendo comparar os custos estimados, com os valores orçados. Isto indicará, de uma forma geral, quando os custos da instituição excederão os valores orçados.

Conforme já citado, o sistema de custeio por absorção é considerado uma metodologia de custeio integral, pois ele apropria todos os custos ocorridos na produção de um bem ou serviço, ou seja, consideram-se os custos diretos, indiretos, fixos e variáveis. Os custos diretos são apropriados diretamente aos procedimentos realizados, enquanto os custos indiretos são rateados de acordo com a necessidade da instituição.

Seu objetivo inicial foi confrontar os custos estimados dos serviços prestados e seus respectivos recebimentos, bem como os desperdícios gerados pelo uso ineficiente dos recursos necessários para produzir o bem/serviço final. Esta forma inicial ainda permanece em um grande número de instituições brasileiras, mesmo com a grande incorporação tecnológica e o avanço da medicina.

O custeio por absorção não fornece informações lapidadas, por isso é difícil identificar as causas dos custos de cada produto/serviço, o que pode levar os tomadores de decisões a considerarem os custos altos e a adotarem cortes dos custos indiretos de forma generalizada. Mesmo que bem intencionados, esta atitude pode fracassar, pois resolve os problemas de custos em curto prazo. Com o passar do tempo estes custos podem voltar a crescer, porque muitas atividades significativas foram eliminadas inadequadamente e as causas fundamentais dos custos não foram identificadas. Assim, fica evidente que a informação financeira gerada pelo sistema de custeio por absorção não fornece aos tomadores de decisão uma visão clara da evolução dos custos em relação ao volume de produção das atividades.

Mesmo com a identificação das dificuldades desta metodologia, ainda existem fortes razões para utilizá-la:

- inspira maior confiança, pois apropria todos os custos aos produtos/serviços finais;
- assegura uma visão unitária para o custo total de cada serviço, desde que todos os custos estejam absorvidos.

ESTRUTURAÇÃO DOS TIPDS DE CENTRDS DE CUSTOS

Para identificar os serviços, seções e/ou setores que formarão os centros de custos, toma-se por base, além do organograma da instituição, os serviços de maior interesse, seja pelo conhecimento de seus custos, seja pela relevância de despesas efetuadas e/ou pela produção e importância na estrutura da instituição.

A inserção ou retirada de centros de custos poderá ser feita de acordo com os interesses da instituição. Tal procedimento pode ser justificado, por exemplo, pela simples criação ou desativação de um serviço, ou mesmo para melhorar a identificação dos custos de uma atividade específica, até então agregada a outro centro de custos. De tempos em tempos, a lista básica deverá sofrer revisões e as alterações necessárias.

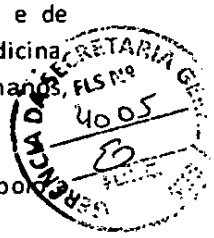
Os centros de custos que desempenham atividades semelhantes devem ser reunidos em grupos com a finalidade de expressar melhor os custos das atividades similares.

A seguir são apresentados os tipos de centro de custos, juntamente com os grupos de centro de custos adotados pelo PNGC, no âmbito do SUS. Os exemplos aqui colocados podem variar de acordo com a especificidade e/ou interesse de cada instituição.

A) CENTRO DE CUSTOS ADMINISTRATIVO

Centros de custos relacionados com as atividades de natureza administrativa.

• grupo Administração – reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativas e de direção (assessoria e planejamento, diretoria administrativa e financeira, diretoria de áreas: medicina, enfermagem, gerência de risco, gerência de custo, superintendência, gerência de recursos humanos, contabilidade, faturamento e tesouraria).



• grupo Informática – reúne os centros de custos relacionados às atividades de informática (área de apoio clientes e redes, desenvolvimento de sistemas, suporte e produção).

• grupo Condomínio – reúne os centros de custos relacionados com a infra-estrutura (segurança, telefonia, coleta de resíduos, elevadores e transportes).

• grupo Suprimento – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades de controle de estoque e fornecimento de insumos (almoxarifado, compras, farmácia, quimioterapia, nutrição parenteral e gases medicinais).

• Grupo engenharia e Manutenção – reúne todos os centros de custos relacionados com atividades de engenharia e manutenção (caldeira, engenharia clínica, engenharia civil e infra-estrutura e manutenção).

B) CENTRO DE CUSTOS INTERMEDIÁRIO

Centro de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais.

• grupo Apoio à Assistência – reúne todos os centros de custos que prestam apoio ssistencial (fisioterapia, psicologia, serviço social, fonoaudiologia).

• grupo Centro Cirúrgico – reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades no centro cirúrgico (anestesia, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica), exceto atividades pertinentes ao Centro Obstétrico quando houver grupo específico.

• grupo Centro Obstétrico – reúne os centros de custos referentes às atividades cirúrgicas da obstetrícia.

• grupo Imagem – reúne os centros de custos relacionados à área de Imagenologia (densitometria óssea, ecocardiograma, mamografia, medicina nuclear/radioisótopos, radiologia hospitalar e ambulatorial, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultra-sonografia).

• grupo laboratório – reúne todos os centros de custos que executam atividades de laboratório (laboratório de especialidades, análises clínicas, anatomia patológica).

• grupo Métodos gráficos – reúne os centros de custos que desenvolvem atividades gráficas (eletrocardiologia, eletroencefalografia).

• grupo procedimentos especiais – reúne centros de custos com atividades relacionadas a exames e/ou tratamentos com alto grau de complexidade e especialização (hemodiálise, angiografia digital, cistoscopia, ergometria, teste ergométrico, esteira, hemocentro – exames, coleta, banco de sangue, agência transfusional, radioterapia, urodinâmica, cistocoscopia ginecológica, vectorcardiograma).

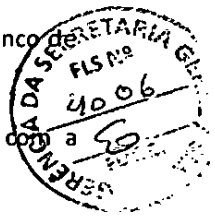
• grupo UtI – reúne todos os centros de custos que desenvolvem atividades de internação intensiva e semi-intensiva (adulto, pediátrica, neonatal).

• grupo Apoio geral – reúne centros de custos de apoio geral a todos os outros centros de custos (central de material esterilizado – CME, lavanderia, limpeza, rouparia e costura).

• grupo Comissões técnicas – reúne todas as comissões técnicas (infecção hospitalar, ética, óbito, outras).

• grupo ensino – reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de ensino (residência médica).

• grupo nutrição: reúne todos os centros de custos relacionados com a atividade de nutrição e dieta (banco de leite, lactário, dietas enterais/parenterais, nutrição dietética).



• grupo Serviço de Arquivo Médico e estatístico (Same) – reúne os centros de custos relacionados com a atividade de arquivo médico e estatística/internação.

C) CENTRO DE CUSTOS FINAL (PRODUTIVO)

Centro de custos que desenvolve atividade diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidade que presta serviço diretamente aos pacientes e que compreendem uma atividade com remuneração pelos serviços prestados.

• grupo Ambulatório – reúne os centros de custos ambulatoriais gerais e de especialidades (médicas e não-médicas).

• grupo Internação – reúne todas as unidades de internação (cirúrgica, ginecológica, médica, obstétrica, pediátrica, ortopédica, psiquiátrica, particular/convênios), exceto berçário e UTI.

• grupo Unidade de Urgência e emergência – reúne os centros de custos relacionados ao atendimento de urgência e emergência

METODOLOGIAS DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS

A literatura contábil identifica dois tipos principais de alocação de gastos. No primeiro, encontra-se a alocação dos gastos indiretos dentro de um mesmo centro de custos com o objetivo de conhecer melhor o custo total da atividade desenvolvida por este centro de custos. O outro tipo é a alocação dos gastos totais de um determinado centro de custos para outro centro de custos.

Ressalta-se que quatro tipos de custos precisam ser identificados:

pessoal: ligado direto à produção do centro de custos;

material direto: incorporados diretamente ao produto ou sua produção;

overhead: todos os outros gastos de produção utilizados para manter o local em funcionamento onde o serviço é realizado;

custo de capital: depreciação referente a aquisições e custos de manutenção associado aos bens imóveis diretamente dedicados à produção do centro de custos.

Para realizar esta alocação é preciso definir apenas uma base ou critério de alocação (rateio).

A veracidade e o sucesso de todo o processo de alocação estão vinculados a duas etapas:

1) acumular os gastos diretos para cada centro de custos e

2) determinar as bases de alocação dos gastos indiretos. Os sistemas de informação sobre pessoal, material, amortização e depreciação devem estar muito bemestruturados para a perfeita coleta da informação sobre os gastos diretos na primeira etapa. Quanto mais gastos identificados como sendo diretos, tanto melhor a identificação do custo verídico dos centros de custos finais.

Para realização da segunda etapa (alocação dos gastos indiretos), faz-se necessário o perfeito conhecimento do processo de trabalho de cada centro de custos administrativo e intermediário, quais seus produtos e como eles

são distribuídos ou consumidos pelos demais centros de custos, tanto intermediários como finais. A definição das alternativas de bases de alocação (critério de rateio) depende desse conhecimento. Na medida do possível, os gastos dos centros de custos devem ser identificados em termos de gastos fixos de variáveis, a fim de permitir sua alocação mais justa entre os diversos centros de custos.

SECRETARIA DA FLS Nº 4007

METODOLOGIA DE ALOCAÇÃO DOS GASTOS INDIRETOS

Para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, destaca-se a metodologia abaixo

Alocação recíproca

Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Este método reconhece a reciprocidade entre todos os centros de custos não-produtivos, por isso apresenta melhores resultados. Entretanto, é um pouco mais complexa do que as últimas duas, por utilizar função algébrica para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma seqüência de centros de custos não-produtivos para rateio. Sua grande vantagem é que não teria mais variação nos custos finais dos centros de custos produtivos com a alteração de uma seqüência dos centros não-produtivos para alocar os gastos indiretos.

Esta metodologia é a que mais identifica os custos reais dos produtos/serviços finais. Para que os resultados sejam satisfatórios, os centros de custos devem ter uma rede de relacionamentos, ou seja, os departamentos serão relacionados para facilitar a distribuição de seus gastos.

Essa metodologia reconhece que há participação recíproca entre os centros de custos não-produtivos, e leva este fato em consideração antes de efetuar o rateio final entre os centros de custos produtivos.

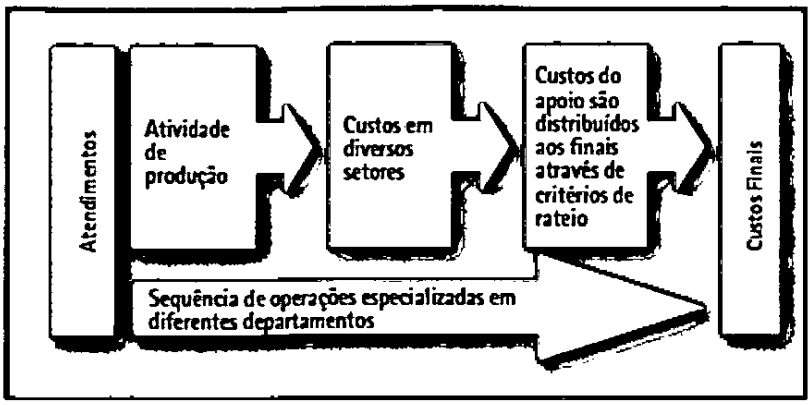
ESTRATÉGIAS PARA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE CUSTOS

Para implantar um sistema de custos em instituições de saúde, precisa-se, em síntese, considerar os diversos setores internos como empresas que prestam serviços umas as outras, de acordo com a atividade de produção exercida.

A implantação de custos pode ser caracterizada como a sistematização da distribuição dos gastos desde os setores administrativos e intermediários, até os finais/produtivos. Ou seja, como o objetivo principal da instituição é o atendimento aos pacientes, é natural que todos os custos gerados nos centros de custos administrativos e intermediários sejam distribuídos aos finais, seguindo determinados critérios de alocação (rateio).

A figura a seguir demonstra resumidamente este fluxo.

Figura 1 – Fluxo da apuração de custos



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4008

A apuração sistemática de custos é possível a partir da definição de alguns aspectos:

• Sensibilização do nível estratégico

Considera-se que a operacionalização do sistema de custos e os resultados estarão concentrados nos níveis táticos (gerências) e operacionais (chefias). É extremamente relevante a sensibilização do nível estratégico da organização, haja vista que o sucesso de sua implementação estará condicionado ao envolvimento do corpo diretivo no processo.

• Sensibilização do nível tático e operacional

A presente etapa consiste na disseminação dos aspectos conceituais e práticos da gestão de custos na instituição, para ressaltar sua importância, apresentar os responsáveis e esclarecer as responsabilidades de todos neste processo.

• Institucionalização do serviço

A etapa seguinte é a institucionalização do serviço em que são definidos a posição do departamento de custos na estrutura organizacional da instituição e o responsável por conduzir as atividades e suas atribuições. Faz-se necessária, nesse momento, além da delegação de responsabilidades para a implementação do serviço, a delegação da autoridade para executá-lo.

• diagnóstico situacional

Consiste na identificação dos setores que compõem a instituição, bem como a coleta de informação existente nas diversas áreas (formulários utilizados no controle da produção, área física, fluxograma etc.).

• estruturação e agrupamento dos centros de custos

Deverá estar de acordo com as necessidades de operação e controle pretendido pela instituição. O processo de dividir a instituição em centros de custos é para facilitar e identificar melhor os custos incorridos e sua respectiva aplicação. Dessa forma, o sistema de apuração de custos terá maior precisão. A inserção ou retirada dos centros de custos poderá ocorrer sempre que necessário.

Não existe necessidade de os centros de custos acompanharem a estrutura formal da instituição (organograma). Muitas vezes é necessário agrupar ou até mesmo separar determinados setores para melhor apuração dos custos.

Como exemplo, podemos citar um Setor de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (SADT), que presta serviços de ultra-sonografia, tomografia e Raio X. Embora no organograma estes serviços estejam incluídos dentro de um mesmo setor, para apropriação de custos pode-se separá-los em três centros de custos, determinando assim o custo de uma ultra-sonografia, de um Raio X e de uma tomografia, separadamente.

GERÊNCIA DA MATERNIDADE 4009

• Identificação dos grupos de gastos

Consiste no agrupamento dos gastos diretos e indiretos de acordo com os elementos similares: pessoal, serviços de terceiros, materiais de consumo, despesas gerais e depreciação.

a) pessoal – itens que estão diretamente relacionados à folha de pagamento, isso é, salários e encargos, provisão de férias, 13.º salário, pró-labore, residentes, docentes e plantonistas. Os valores provisionáveis, como férias, licenças, e 13.º salário proporcional deverão ser calculados para cada período de custos, a partir dos custos com vencimentos e vantagens. Nos meses em que ocorrer o efetivo pagamento do 13.º salário ou usufruto dos períodos de férias e licenças, os valores destas remunerações deverão ser excluídos da folha de pagamento, para efeitos de custos do período, já que foram incluídos em períodos anteriores como provisão.

b) Serviços de terceiros – corresponde à compra de serviços específicos não desenvolvidos pelos funcionários da instituição, em um período determinado, tais como vigilância e segurança, higienização e limpeza, laboratório, clínicas e outros serviços. Seu pagamento ocorre mediante a apresentação de nota fiscal, recibos etc.

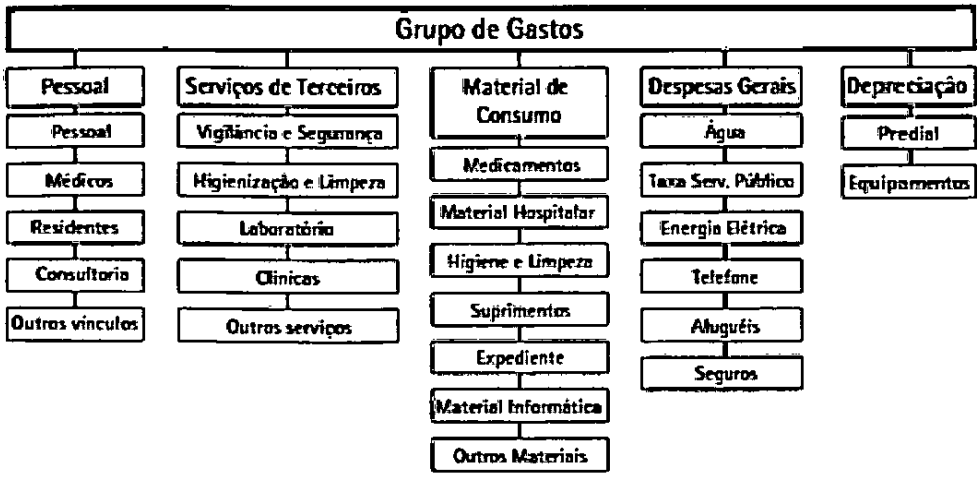
c) Materiais de consumo – produtos que podem ser classificados em: artigos de expedientes, tecidos e vestuários, materiais para manutenção e conservação, gases medicinais, materiais radiológicos, materiais laboratoriais, artigos de higiene e limpeza, combustível e lubrificante, material médico-cirúrgico, instrumentais, produtos químicos etc.

d) despesas gerais – outras despesas de custeio, tais como: água, taxas de serviços públicos, energia elétrica, seguros, telefone, despesas financeiras (juros de mora, taxas bancárias) etc.

e) depreciação – custo decorrente do desgaste ou da obsolescência dos ativos imobilizados da instituição (máquinas, veículos, móveis, imóveis e instalações).

A ilustração a seguir demonstra os itens de despesa que compõem os grupos de gastos.

Figura 2 – Identificação dos grupos de gastos



Definição dos formulários de coleta de dados

Uma vez definido os grupos de gastos e os centros de custos que serão objetos da implantação do sistema de custos, faz-se necessário definir os formulários de coleta de dados2 e mapear por fluxograma todo o processo de geração e consolidação dos dados que serão utilizados em cada centro de custos, para apuração dos custos finais.

• Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação objetivam manter os centros de custos atualizados, acompanhar constantemente as informações de custos geradas e os resultados esperados, além de acompanhar o funcionamento do sistema de custos.

O monitoramento proverá informações que serão utilizadas para a avaliação, visa melhorar o sistema de custos e subsidiar decisões gerenciais inteligentes.

Modelos em anexo.

ROTINA PARA ELABORAÇÃO DAS PLANILHAS DE CUSTOS

A planilha de custos tem por finalidade demonstrar e apresentar os custos médios unitários por centro de custos. Esta rotina tem como objetivo facilitar o entendimento e a elaboração das planilhas finais de custos.

Para elaboração das planilhas será necessário:

• Levantamento e alocação dos gastos: consiste no levantamento de gastos da instituição conforme os itens estipulados nos grupos de gastos (fig. 2). Estão geralmente localizados junto à administração da unidade e devem estar relacionados ao período efetivo da apuração de custos. Exemplo: caso a unidade tenha realizado uma compra de oxigênio no último dia do mês, o valor lançado no sistema de custos não deve ser o da compra, mas sim o valor referente ao consumido no período.

• Levantamento da produção: o levantamento da produção de cada centro de custos deverá ser realizado conforme a unidade de medida padronizada.

• Cálculo do custo direto: consiste na soma dos custos diretos (pessoal, material de consumo e outros) atribuídos a cada centro de custos.

• Lançamento dos dados nas planilhas auxiliares e finais:

1. calcula-se o custo direto do primeiro centro de custos do sistema (centro de custos administrativo);

2. esse custo direto tem que ser distribuído aos demais centros de custos como custo indireto, conforme critério de alocação adotado;

3. calcula-se o custo total do próximo centro de custo (soma do custo direto dele com o custo indireto que veio do administrativo). Esse novo custo total será rateado como custo indireto para o próximo centro de custos, até chegar nos centros de custos finais.

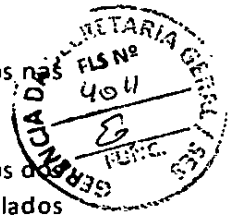
4. calcula-se os custos totais de cada centro de custo final (soma do custo direto com os indiretos recebidos dos centros de custos de administrativos e intermediários).

5. cálculo do custo médio unitário: consiste na razão entre o custo médio total dividido pela produção do centro de custos.

• Conferência e fechamento das planilhas finais.

• Análise, comparação e gerenciamento da informação referente aos custos finais de cada serviço/produto.

PLANILHAS DE CUSTOS



Como já demonstrado anteriormente, o primeiro passo consiste em lançar os custos diretos identificados nas planilhas auxiliares diretamente nos centros de custos de acordo com sua efetiva utilização.

Na planilha de custo deve ser destinado um local para lançamento dos custos indiretos que serão oriundos dos demais centros de custos de acordo com os rateios definidos neste Manual. Estes valores devem ser calculados a partir de uma planilha de rateio, de acordo com cada critério, definidos e calculados sempre por meio de divisão proporcional, de acordo com as diversas informações de produção.

Em anexo encontra-se modelo de planilha de apuração de custos que poderá ser utilizado em instituições de saúde.Embora não exista uma receita pronta que garanta o sucesso da implantação de um sistema de custos em instituições de saúde, é preciso, desde já, quebrar o paradigma de que só é possível sua implantação após ter o apoio de um sistema informatizado, integrado com os sistemas corporativos da instituição. Para apurar custos são necessários uma metodologia simples, boa vontade e muita persistência, pois, antes de qualquer coisa, este processo lida com pessoas e mudança organizacional.

Aliados a essas etapas, encontra-se também, como fatores estratégicos, a sensibilização dos gestores, dos profissionais de saúde e dos funcionários da instituição.

Podem-se identificar alguns pontos favoráveis com a implantação de sistema de custos:

1. Definir o custo de implementar um novo serviço destinado à população.

2. Analisar regionalmente o desempenho das instituições, otimizar o uso dos recursos públicos e, conseqüentemente, garantir maior acesso com custos menores.

3. Melhorar a gestão dos recursos do teto orçamentário municipal e estadual.

4. Gerar indicadores para demonstrar experiências exitosas.

5. Fortalecimento do SUS.

6. Fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos.

7. Importante ferramenta para credenciamento hospitalar.

8. Ferramenta auxiliar para o planejamento da atenção à saúde.

9. Ferramenta de apoio para controle da pactuação entre municípios.

10. Identificar atividades que apenas consomem recursos e não agregam valor aos procedimentos/serviços.

11. Estimar os valores finais de determinado procedimento/serviço.

12. Preparar orçamento com base nos custos estimados.

13. Comparar os custos estimados com outras instituições de saúde.

14. Excelente ferramenta de planejamento de ações futuras e de novos projetos de investimentos.

ANEXO A – COMPOSIÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS ADMINISTRATIVOS

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Administrativo	Administrativo	Assessoria e planejamento	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Diretoria administrativa	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Diretoria de áreas (Médica, Enfermagem e outras)	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Gerência de riscos	Investigação sentinela	Notificação por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Gerência de custos	Definido pela instituição	Custo direto	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Superintendência	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Gerência de recursos humanos	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Contabilidade	Lançamento contábil	Lançamento por centro de custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Faturamento	Conta faturada	Conta faturada por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Diretoria financeira	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Administrativo	Tesouraria	Definido pela instituição	Pessoal por centro custos	Custo geral administração/ custo total
Administrativo	Informática	Área de apoio a clientes e redes	Atendimentos	Atendimentos	Custo médio

continua

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 110 / 2 RUBRICA

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Administrativo	Informática	Desenvolvimento de sistemas	Produção	(%) Produção	Custo médio
Administrativo	Informática	Suporte e produção	Pontos	(%) Pontos	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Segurança	Hora vigilante	Centro custos existente	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Telefonia (PABX)	Pulsos/minuto	Ramais por centro de custos	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Coleta de resíduos	Definido pela instituição	Material coletado	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Elevadores	Definido pela instituição	Requisições	Custo médio
Administrativo	Condomínio	Transporte	Km rodado	Km rodados	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Almoxarifado	Requisição	Requisição por centro custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Compras	Processo de compras	Processo por centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Farmácia	Dispensação	Requisição por centro custos demandante	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Farmácia – quimioterapia	*Kit*	Quantidade de medicamento manipulado e distribuído	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Nutrição parenteral (farmácia)	Bolsa	Bolsa produzida	Custo médio
Administrativo	Suprimentos	Gases medicinais	m^3/cilindro de gás	(%) de consumo de gases medicinais/ porcentagem (n.º de pontos c/fluxometros)	Custo médio
Administrativo	Engenharia e manutenção	Caldeira	Hora trabalhada	Por centro de custos ponderado	Custo médio
Administrativo	Engenharia e manutenção	Engenharia clínica	Ordem de serviço	Pedidos por centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Engenharia e manutenção	Engenharia e infra-estrutura	Ordem de serviço	Pedidos por centro de custos demandante	Custo médio
Administrativo	Engenharia e manutenção	Manutenção	Ordem de serviço	Pedidos por centro de custos demandante	Custo médio

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 401 3 FUNC

ANEXO B – COMPOSIÇÃO DOS CENTROS DE CUSTOS INTERMEDIÁRIOS

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Intermediário	Apoio à assistência	Fisioterapia	Atendimento	Atendimento	Custo médio
Intermediário	Apoio à assistência	Psicologia	Atendimento	Atendimento	Custo médio
Intermediário	Apoio à assistência	Serviço social	Atendimento	Atendimento	Custo médio
Intermediário	Apoio à assistência	Fonoaudiologia	Atendimento	Atendimento	Custo médio
Intermediário	Centro cirúrgico	(Serviços de) anestesia	Quantidade anestesia	Quantidade anestesia/centro de custos demandante	Custo médio
Intermediário	Centro cirúrgico	Centro cirúrgico	Hora cirúrgica	Quantidade cirurgia por porte/ centro de custos demandante	Custo hora cirúrgica
Intermediário	Centro cirúrgico	Recuperação Pós Anestésica (RPA)	Paciente RPA	Cirurgia realizada/centro de custos demandante	Definido pela instituição
Intermediário	Centro obstétrico	Centro obstétrico	Hora cirúrgica	Procedimento obstétrico/centro de custos demandante	Custo hora cirúrgica
Intermediário	Imagem	Densitometria óssea	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Ecocardiograma	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Mamografia	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Medicina nuclear – radioisótopos	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Radiologia (hospitalar e ambulatorial)	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Ressonância magnética	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Imagem	Tomografia computadorizada	Exame	Exame/centro de custos solicitante	Custo médio

continua

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 404

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Intermediário	Imagem	Ultra-sonografia (geral e de especialidades)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Laboratório	Laboratório (especialidades)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Laboratório	Laboratório de Análises Clínicas (central/ hospitalar/amb.)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Laboratório	Laboratório de anatomia patológica	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Métodos gráficos	Eletrocardiologia	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Métodos gráficos	Eletroencefalografia	Exame	Exame/centros custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	(Serviços de) hemodiálise	Sessão	Sessão/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Angiografia digital	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Cistoscopia (especialidades)	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Ergometria – teste ergométrico, esteira	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Hemocentro – exames, coleta, banco de sangue, ag. transfusional	Coleta, análise, n.° bolsas	Bolsa/centros de custos solicitante	custo médio

continua

GERÊNCIA DA SEÇÃO

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Intermediário	Procedimentos especiais	Radioterapia	Campos irradiados	Campos irradiados/centro de custos solicitante	1. Custo sessão 2. Custo tratamento final/ pac.
Intermediário	Procedimentos especiais	Urodinâmica Cistocoscopia Ginecologia	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	Procedimentos especiais	Vectorcardiograma	Exame	Exame/centros de custos solicitante	Custo médio
Intermediário	UTI	Unidade Semi-Intensiva Adulto	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	Unidade semi-intensiva neonatal	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	Unidade semi-intensiva pediátrica (Infantil)	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	UTI adulto	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	UTI neonatal	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	UTI	UTI pediátrica	Paciente/dia	Paciente/dia/ centros de custos demandante	Custo paciente/dia
Intermediário	Apoio	Central de materiais esterilizados	Pacote esterilizado/ pacote esterilizado X pesos/pacotes: grandes, médios ou pequenos	Pacotes esterilizados centros de custos demandante	Custo pacote esterilizado (peq., méd., gde)

GERÊNCIA DA SE... FUNC. 23 2016 Continua

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador
Intermediário	Apoio	Lavanderia	Kg roupa lavada	Kg de roupa lavada por centros de custos demandante	Custo Kg roupa lavada
Intermediário	Apoio	Limpeza	m²/m² por área ponderada (crítica, semi-crítica, não-crítica)	Metro quadrado limpo pela área do centro custos	Custo m² limpo por área
Intermediário	Apoio	Rouparia e costura	Peças/ponderação	Peça confeccionada/restaurada	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Infecção hospitalar	N.° parecer	Definido pela instituição	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Ética	N.° parecer	Definido pela instituição	Custo médio
Intermediário	Comissões técnicas	Óbito	N.° parecer	Definido pela instituição	Custo médio
Intermediário	Ensino	Residência médica	Aluno/ano	Residentes por centro de custos	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Banco de leite	ML coletado	Atendimento por centros de custos demandante	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Lactário	Mamadeira	Mamadeiras distribuídas por centro custos	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Serviço de dietas enterais	Dietas enterais	Dietas distribuídas	Custo médio
Intermediário	Nutrição	Serviço de Nutrição e Dietética (SND)	Refeição ponderada	Refeições/peso/dietas por centros de custos	Custo médio
Intermediário	Same	Arquivo médico e estatística/internação	Prontuário solicitado	Solicitações por centros de custos demandante	Custo médio

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 401
FUNC

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador	Dados adicionais
Final	Ambulatório	Ambulatório geral e de especialidades (médicas/não-médicas)	Atendimento	Nenhum	1. Custo médio do atendimento ambulatorial 2. Custo médio do atendimento/ especialidade 3. Margem de contribuição	1. Atendimento por clínica/período 2. Tempo médio de permanência. 3. Faturamento do centro de custos
Final	Berçário	(Unidade) berçário	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – clínica cirúrgica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – clínica ginecológica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos

continua

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4018
FUNC.

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador	Dados adicionais
Final	Internação	(Unidade de internação) - clínica médica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. definir custo meta 5. faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – clínica obstétrica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – clínica pediátrica	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos

continua

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 410/5
FUNC.

continuação

Tipo	Grupo	Centros de custos	Unidade de medida	Critério de rateio	Indicador	Dados adicionais
Final	Internação	(Unidade de internação) – ortopedia	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – psiquiatria	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. taxa média de ocupação 3. tempo médio de permanência 4. definir custo meta 5. faturamento do centro de custos
Final	Internação	(Unidade de internação) – convênio\particular	Paciente/dia	Nenhum	1. Custo do paciente/dia 2. Custo da internação 3. Leito/dia 4. Relação de custo/faturamento 5. RH por leito 6. Custo observado/custo meta 7. Margem de contribuição	1. Leito operacional 2. Taxa média de ocupação 3. Tempo médio de permanência 4. Definir custo meta 5. Faturamento do centro de custos
Final	Unidade de urgência e emergência	Pronto-socorro (emergência) adulto	Atendimento	Nenhum	1. Custo atendimento 2. Margem de contribuição	1. Atendimentoperiodo 2. Tempo médio de permanência 3. Faturamento do centro de custos.
Final	Unidade de urgência e emergência	Pronto-socorro (emergência) infantil	Atendimento	Nenhum	1. Custo atendimento 2. Margem de contribuição	1. Atendimento/periodo 2. Tempo médio de permanência. 3. Faturamento do centro de custos.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 40
FUNC.

ANEXO D – MAPA DE RELACIONAMENTOS PARA ALOCAÇÃO RECÍPROCA

Centro de Custos			
Tipo	**Descrição**	**Critério**	**Relacionamentos**
Administrativo	Direção	RH por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Tesouraria	RH por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Pessoal	Pessoal por centro de custos	Todos os centros de custos
Administrativo	Caldeira	Hora trabalhada	Todos os centros de custos
Administrativo	Farmácia	Requisição	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.
Administrativo	Transporte	Km rodado	Todos os centros de custos
Administrativo	Almoxarifado	Requisição	Todos os centros de custos
Administrativo	Manutenção	Hora trabalhada	Todos os centros de custos
Intermediário	Costura	Peças ponderadas	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3.
Intermediário	CME	Pacote esterilizado ponderado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.
Intermediário	Same	Prontuário manuseado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.

continua

continuação

Centro de Custos

Tipo	Descrição	Critério	Relacionamentos
Intermediário	Lavanderia	Roupa lavada	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, farmácia, CME.
Intermediário	Serviço de nutrição e dietética	Refeição ponderada	Todos os centros de custos
Intermediário	Serviço social	Atendimento realizado	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, Berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite.
Intermediário	Radiologia	Exames realizados	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.
Intermediário	Ultra-som	Exames realizados	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.
Intermediário	Banco de Leite	Atendimento	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, serviço social.
Intermediário	Centro cirúrgico	Hora cirúrgica	Centro cirúrgico e obstétrico, ambulatório, admissão de paciente, berçário e UTI infantil, postos 1, 2 e 3, radiologia, ultra-som, banco de leite, serviço social.

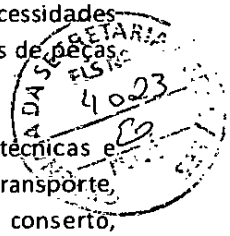
continua

Centro de Custos

Tipo	Descrição	Critério	Relacionamentos
Intermediário	Centro obstétrico	Hora cirúrgica	Clínica obstétrica
Final	Ambulatório	–	–
Final	Berçário	–	–
Final	Enfermaria 1	–	–
Final	Enfermaria 2	–	–
Final	Enfermaria 3	–	–

5.4.2 MANUTENÇÃO OE EQUIPAMENTOS MÉOICO-HOSPITALARES E IMOBILIÁRIOS

A prestação de Serviços de Manutenção Corretiva (Mão de Obra e Material), para os serviços de necessidades programáveis e de urgências, estará disponível quando surgirem defeitos nos equipamentos, com trocas de peças que se fizerem necessárias, desgastadas pelo uso normal, conforme solicitado.



Os serviços necessários serão executados por técnicos especializados e de acordo com as normas técnicas e especificidades de cada equipamentos, com a infra-estrutura necessária como mão-de-obra, transporte, ferramentas e outros itens. Será emitido comprovante de **retirada** para todo aparelho retirado para conserto, assim como para as **devoluções** dos aparelhos consertados ou não.

A OS FIBRA exorta que a continuidade dos trabalhos, sem interrupções advindas de problemas técnicos de manutenção de equipamentos, incluindo os de informática será pressuposto primordial nesta proposta de trabalho, a fim de favorecer a eficiência e eficácia das ações. Nesta direção, contratará empresa especializada para manutenção preventiva e corretiva de equipamentos.

Pressupostos

- Prestação de Serviços de Manutenção Corretiva (Mão de Obra e Material), para os serviços de necessidades programáveis e de urgências, quando surgirem defeitos nos equipamentos, com trocas de peças que se fizerem necessárias.

- Responsabilidade pelos serviços necessários, que serão executados por técnicos especializados e de acordo com as normas técnicas e especificidades de cada equipamento, com provimento de a infra-estrutura necessária como mão-de-obra, transporte, ferramentas e outros itens.

NORMAS OE MANUTENÇÃO PREVENTIVA:

Verificação técnica nos equipamentos; execução de ajustes e testes de funcionamento dos equipamentos, substituição de peças, e demais serviços necessários ao perfeito funcionamento dos equipamentos, com a finalidade de conservar os mesmos em condições de operação de modo que sua utilização pela Contratante, não venha a ser interrompida.

O departamento de manutenção deverá fornecer ao Hospital o relatório (Check-List em duas vias) de cada equipamento a ser executada a manutenção preventiva. Não serão consideradas executadas as manutenções preventivas feitas sem o atesto no relatório (Check List em duas vias).

A manutenção preventiva ocorrerá de acordo com o cronograma previamente estabelecido, independente da ocorrência de chamados para manutenção corretiva.

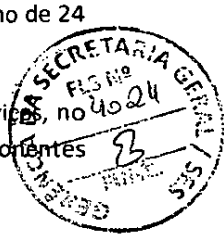
Os serviços de manutenção preventiva deverão ser realizados por técnicos especializados, que será responsável pela emissão do relatório dos serviços executados a cada visita;

A verificação do funcionamento em geral de todo o sistema será realizada por meio de equipamentos de aferição, devidamente calibrados e aferidos, com certificado comprobatório, conforme determinam as normas do fabricante.

MANUTENÇÃO CORRETIVA:

Consiste no conserto de defeito ou falha de funcionamento nos equipamentos, sem periodicidade definida e sem limite de quantidade, compreendendo inclusive, os serviços de substituições de todas e quaisquer peças e materiais.

As manutenções corretivas terão caráter emergencial e as chamadas deverão ser atendidas no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.



Imediatamente após a realização dos serviços, o setor de manutenção deverá apresentar, relatório de Serviços, no qual constarão as ocorrências, os serviços executados, inclusive os decorrentes de peças ou componentes substituídos, que serão assinados pelo técnico de manutenção.

Para o bom desempenho dos serviços o departamento de manutenção elaborará um cronograma de atendimento mensal, conforme o tipo de equipamento, até o último dia útil do mês anterior, para atender as manutenções preventivas.

SUBSTITUIÇÃO E/OU REPOSIÇÃO DE PEÇAS:

Se for constatado que a peça encontra-se irremediavelmente danificada, a manutenção deverá providenciar a sua reposição.

As peças substituídas deverão ser originais e de primeira qualidade, sendo possível a indicação de similares, para os casos em que a(s) peças não for(em) mais fabricada(s), desde que, seja garantido o perfeito funcionamento dos equipamentos e não seja modificada suas características básicas.

Os serviços de reposição de peças ou componentes eventualmente substituídos somente serão considerados a contento, após realização de testes e aprovação da unidade de saúde.

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS

EXEMPLO DO CRONOGRAMA DE SERVIÇOS PARA MANUTENÇÃO PREVENTIVA

AUTOCLAVES

a) Verificação e regulagem dos pressostatos (somente o pessoal autorizado pela manutenção, pode executar qualquer tipo de regulagem no pressostato)

b) Verificação da vazão da bomba de vácuo

c) Verificação das válvulas de alivio de pressão (somente o pessoal autorizado pela manutenção pode executar qualquer tipo de regulagem na válvula de alivio)

d) Verificação das válvulas de segurança (somente o pessoal autorizado pela manutenção pode executar qualquer tipo de regulagem na válvula de segurança)

e) Verificação do aterramento do equipamento

f) Verificação do funcionamento das válvulas solenóides

g) Verificação do nivelamento do equipamento

h) Verificação do sistema de fechamento de porta

i) Verificação dos elementos filtrantes

j) Verificação dos indicadores de temperaturas e pressão

k) Verificação dos sensores de temperatura

l) Verificação dos transdutores de pressão;

m) Verificação dos transmissores de sinal de temperatura;

n) Verificação e reaperto das conexões hidráulicas;

o) Verificação e reaperto dos contatos elétricos;

p) Verificação e testes das entradas e saídas do processador;

SONAR FETAL

a) Verificação da fonte de alimentação

b) Verificação no circuito amplificador

c) Verificação no cristal de captação de sinal.4-

d) Verificações no cabo blindado do cristal de captação

APARELHOS DE PRESSÃO

a) Verificação na calibragem dos manômetros

b) Verificação dos manguitos

c) Verificação da braçadeira

d) Verificação da pêra

e) Verificação da válvula

BALANÇAS

) Verificação dos mecanismos internos

b) Aferição quando necessário de acordo com os padrões do fabricante

c) Lubrificação

d) Limpeza geral

Considerando a importância do serviço de manutenção de equipamentos em estabelecimentos de saúde, o Instituto Social Fibra apresenta no ANEXO II o Manual utilizado como referência para contratação de serviços especializados de manutenção de equipamentos hospitalares, contemplando o cronograma de manutenção preventiva.

5.4.3 NÚCLEO DE MANUTENÇÃO PREDIAL- PREVENTIVA E CORRETIVA

A Manutenção Predial- Preventiva e Corretiva inclui mão de obra e material, para serviços de necessidades programáveis e de urgências nas áreas: Hidráulica, Elétrica e Civil (esgoto, telefonia, telhado, alvenaria, vidraçaria, jardinagem, serralheria, marcenaria, pintura e revestimentos). A equipe de trabalho será composta por profissionais qualificados e com efetivo necessário para cumprimento dos serviços e com experiência em serviços semelhantes.

A OS ficará responsável pelos serviços necessários que serão executados por técnicos especializados com utilização de toda a infra-estrutura necessária como mão-de-obra, ferramentas e outros itens.

NORMAS PARA MANUTENÇÃO PREDIAL

Conceito

O serviço de Manutenção tem como finalidade, implantar e manter um programa de gerenciamento, para garantir o uso seguro e eficaz dos equipamentos, das instalações prediais e eletromecânicas, assegurando à população qualidade nos serviços a serem prestados pelo *Instituto Socia FIBRA*.

Em adição a isto, cabe ao serviço de manutenção estabelecer procedimentos preventivos e corretivos como seguem:

A MANUTENÇÃO PREVENTIVA consistirá na verificação prática, preenchendo os formulários específicos, os quais determinarão antecipadamente a necessidade de revisões periódicas das instalações prediais, com a finalidade de mantê-los em perfeito funcionamento.

A MANUTENÇÃO CORRETIVA consistirá na solução de ocorrências que fugiram aos controles da manutenção preventiva, os quais exigem uma intervenção imediata, objetivando o completo retorno das condições de funcionalidade. Todos os reparos deverão incluir a substituição de peças e acessórios de forma tal que garanta o perfeito funcionamento das instalações prediais. Todos os pedidos de reparos, deverão se seguir do preenchimento de formulários próprios (Solicitação de Serviços) para que o atendimento seja efetuado.

OBJETIVOS

- Manter um sistema de preenchimento e controle de Ordens de Serviço por unidade;
- Controlar o fluxo e arquivar correspondências pertinentes à área;
- Manter todos os equipamentos em bom funcionamento a fim de se evitar descontinuidade dos serviços de atendimento da unidade;
- Manter as instalações prediais em bom funcionamento e adequadas às especificações;
- Manter as instalações eletromecânicas em bom funcionamento a fim de evitar descontinuidade dos serviços da unidade;
- Controlar as entradas e saídas dos equipamentos face às necessidades de realização de serviços de manutenção externa;
- Controlar as visitas de empresas contratadas decorrentes das manutenções preventiva dos equipamentos;
- Proceder às solicitações das empresas contratadas para realização das manutenções corretivas dos equipamentos;
- Executar reparos gerais e adaptações, envolvendo serviços de carpinteiro, marceneiro, pedreiro, eletricista, encanador, serralheiro e pintor;
- Elaborar estudos e projetos objetivando a continua melhoria dos serviços de manutenção;

- Acompanhar o desempenho técnico das empresas contratadas para realização dos serviços objeto dos contratos, considerando as exigências contratuais e qualidade dos serviços prestados;

- Planejar, dirigir, supervisionar e controlar a execução dos serviços necessários a conservação, adaptação e ampliação das edificações e equipamentos da unidade.

ROTINAS:

1. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas, fichas de serviços de Equipamentos;

2. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (Serralheria, vidraçaria, marcenaria, pintura, pedreiro, mobiliário metálico e de madeira);

3. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas;

4. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (Hidráulica e elétrica);

5. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de extintores de incêndio;

6. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos:

7. Elaborar mapa de controle de manutenção preventiva de equipamentos;

8. Elaborar Relatório de verificação funcional de equipamentos;

9. Preencher Ficha de manutenção preventiva diária.

CRONOGRAMA PARA MANUTENÇÃO TECNICA PREVENTIVA E CORRETIVA

ESTRUTURA PREDIAL

Instalação Hidráulica e elétrica

PROCEDIMENTOS DIARIOS:

MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO:

Revisão de interruptores, tomadas, iluminação fluorescentes, iluminação incandescente, disjuntores, reatores, painéis elétricos, aparelhos telefônicos, interfones e redes telefonia.

PROCEDIMENTOS SEMANAIS:

MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

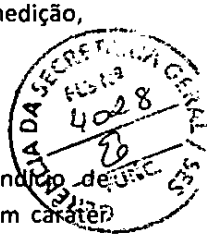
Quadro de Distribuição: Reaperto de terminais, conectores, disjuntores e chaves elétricas.

Quadro de Comandos elétricos: Reaperto de terminais, limpeza de contatos, reaperto de fusíveis, substituição de cabos danificados, revisão de botoeiras, sinalizadores, lâmpadas e limpeza geral.

PROCEDIMENTOS MENSAIS:

MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE BAIXA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

Revisão geral de todos os disjuntores da subestação primária e secundária, assim como instrumentos de medição, manutenção de todos os sistemas elétricos, instrumentação e motores.



PROCEDIMENTOS SEMESTRAIS

Efetuar limpeza dos reservatórios de água com empresa especializada, caso identificado algum indício de contaminação, ou problemas no fornecimento de água potável pela rede pública, efetuar a limpeza em caráter extraordinário. A empresa executora deverá apresentar laudo de vistoria e após o término dos serviços, efetuar e apresentar análise química da água.

Limpar ralos e sifões das louças, tanques, lavatórios e pias, retirando todo o material causador de entupimento (panos, fósforos, cabelos e etc.) e jogando água a fim de se manter fecho hídrico nos ralos sifonados, evitando mau cheiro proveniente da rede de esgoto.

PROCEDIMENTOS ANUAIS:

MANUTENÇÃO ELÉTRICA DE ALTA TENSÃO DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

Limpeza geral de barramentos, limpeza de TCs(Transformadores de Corrente) e TPs(Transformadores de Potência), disjuntores de alta tensão e revisão eletro eletrônica de todos os instrumentos de medição.

ESTRUTURA PREDIAL

Instalação Hidráulica e elétrica

MANUTENÇÃO HIDRAULICA DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS:

PROCEDIMENTOS DIARIOS:

Revisão de pias, lavatórios, vasos sanitários, torneiras, sifões, descargas, tampas de vasos, registros, engates, duchas Higiênicos, válvulas, misturadores, ralos, caixas sifonadas, tubulações hidráulicas.

PROCEDIMENTOS SEMESTRAIS.

Lavagem de reservatórios de água com fornecimento de teste bacteriológico antes e após lavagem:

MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE MOBILIARIOS E INSTALAÇÕES PREDIAIS

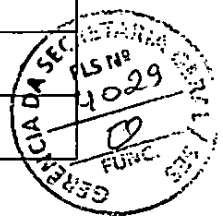
Data: / /
PERIODO:SEMANAL Dia.....
Unidade.....

Macas	Portas	Dobradiças	Aduelas	Mesas	Balcões	Quadros	Fechaduras	Cadeiras / Sofás

Observações:

MATERIAIS UTILIZADOS					
Item	Discriminação	Un	Qt	Setor	Observações

01					
02					
03					



Funcionário Responsável:.....

Durante a visita para os procedimentos de manutenção preventiva e corretiva o funcionário responsável deverá:

- Preencher no campo Setor, com referência ao local onde será executado o serviço;

- Identificar o objeto onde será executado o serviço, onde consistirá na solução de problemas que ocorreram entre o período de visitas, (semana a semana) a exemplo de defeitos ou danos, bem como na mão de obra necessária, para execução de todos os reparos incluindo substituição de materiais, peças e acessórios, de forma a garantir o perfeito funcionamento do equipamento, moveis ou instalações prediais e eletromecânicas, na qual deverá ser feito, durante o período de visita.

- No caso da necessidade de substituição de peças, o profissional deverá fazer a requisição no almoxarifado da Unidade de Saúde, descriminando corretamente os materiais em ordem de serviço especifica.

- Após a conclusão do serviço, o profissional levará a ordem de serviço ao responsável do setor para a devida conferencia e assinatura do mesmo.

- Após todos os procedimentos concluídos, a ordem de serviço deverá ser entregue ao chefe do setor de manutenção para ser visitada e arquivada.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA DE MOBILIARIOS E INSTALAÇÕES PREDIAIS

Data: / /

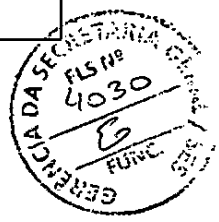
PERIODO:SEMANAL Dia:.....

Unidade.....

SERVIÇOS: PINTURA								
SERVIÇOS A EXECUTAR: Inspeção visual.								
Setor	Cadeiras	Portas	Aduelas	Escadas	Paredes	Teto	Mesas	Armários

SERVIÇOS: PEDREIRO/DIVERSOS										
SERVIÇOS A EXECUTAR: Verificação de estruturas, paredes, teto, junta de dilatação, rejuntamento de vasos, lavatórios, azulejos e pisos.										
#	Setor	Piso	Paredes	Azulejo	Teto	Vasos	Lavatórios	Pias	Juntas	Outros

01										



Observações:

MATERIAIS UTILIZADOS					
Item	Discriminação	Un	Qt	Setor	Observações
01					
02					
03					
04					

Funcionário Responsável:.....

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO TÉCNICA PREVENTIVA DOS COMPUTADORES E IMPRESSORAS

EXECUTOR

- Técnico de Informática

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir o adequado funcionamento dos computadores e impressoras obedecendo ao estabelecido nas normas técnicas vigentes.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPIs REQUERIDOS

Materiais: Limpa-contato, estojo de ferramentas isoladas eletricamente e vaselina líquida.

Equipamentos: CPU desktop, Monitor CRT/LCD, Teclado, Mouse, Estabilizador, Impressoras laser, jato de tinta, matricial, aparelho de multi-teste, aspirador de pó portátil e decodificador de barras.

EPIs: luvas estáticas, óculos de segurança e jaleco de segurança.

ATIVIDADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço. Segue o estabelecido no plano de manutenção preventiva anual.

Profissional especializado.

Atividade trimestral

- Limpeza dos equipamentos:

Computador - limpar os contatos, verificação dos periféricos internos. Verificações gerais do sistema se existem alguma mensagem de erro, atualização do antivírus, limpeza do HD.

Impressoras - limpar os contatos, reservatório de tintas, verificação dos periféricos internos.

Atividade Semestral

- Repetir os itens de inspeção anterior.
- Verificar o espaço do HD baseado na necessidade do trabalho.
- Verificar se a quantidade de memória RAM continua atendendo a necessidade do trabalho.
- Verificar a qualidade de imagens dos monitores.

Atividade Anual

- Substituir as máquinas que estão obsoletas para o trabalho exercido (upgrade).
- Substituir os teclados e mouse desgastados.
- Substituir os Monitores que estão com imagens desgastadas.

CUIDADOS

- Utilização de EPIs adequados ao serviço.
- Seguir as normas e padrões vigentes.
- Manter os equipamentos em local refrigerado (21º C).
- Manter os equipamentos em plataformas ou suportes para não ter contato com o chão.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- RDC-50 1.2.3.2.1. Elétrica e Eletrônica..

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO CORRETIVA DA REDE DE COMPUTADORES

- Técnico de Informática
- Analista de Sistema (Especializado em Rede de Computadores)

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a completa recuperação dos equipamentos dentro das normas e procedimentos vigentes.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPIs REQUERIDOS

Materiais: Limpa-contato, estojo de ferramentas isoladas eletricamente e placas auxiliares.

Equipamentos: RJ-45, Switch, cabo de par-trançado, roteador, aparelho de multi-teste, aspirador de pó portátil, alicate de clipar, testador de cabos e guilhotina.

EPIs: luvas estáticas, oficina com bancadas emborrachadas e aterradas, óculos de segurança e jaleco de proteção.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4032
FUNC

ATIVIDADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço.

De acordo com a solicitação de manutenção descrita na ordem de serviço. Técnico de Informática.

- Fazer o teste de conexão.
- Verificar o manual de instrução técnica do fabricante.
- Trocar o cabo ou o conector RJ-45 dentro da norma estabelecida pelo fabricante.
- Depois de concluído a corretiva fazer novos testes deixando em observação 24 horas.
- Avisar o setor solicitante o funcionamento do aparelho.

Analista de Sistema (Especializado em Rede de Computadores)

- Configurar o Switch.
- Configuração do Roteador.
- Ativação do novo ponto de rede.

CUIDADDS

- Utilização de EPIs adequados ao serviço.
- Seguir as normas vigentes.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- RDC-50 1.2.3.2.1. Elétrica e Eletrônica.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO TÉCNICA PREVENTIVA DO SISTEMA DE TELEFONIA

EXECUTOR

- Empresa Especializada

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir o adequado funcionamento do sistema de telefonia obedecendo ao estabelecido nas normas técnicas vigentes.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPI REQUERIDOS

Materiais: estojo de ferramentas e vaselina líquida.

Equipamentos: Central Telefônica, aparelhos telefônicos, conectores, aparelho de multi-teste, cabeamento e aspirador de pó portátil.

EPI: luvas estáticas, ferramentas isoladas eletricamente, óculos de segurança e jaleco de proteção.

ATIVIDADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço.

Segue o estabelecido no plano de manutenção preventiva anual.

Profissional especializado.

Atividade trimestral

- Limpeza dos equipamentos:

Aparelhos Telefônicos - Limpeza e verificação de funcionamento.

- Verificar as condições das tomadas de telefonia na parede, lubrificando os contatos.
- Verificar a integridade do cabeamento de cada ramal, a incidência de ruídos nos ramais.
- Checagem das células de emissão e recepção de sinal.

Atividade Semestral

- Repetir os itens de inspeção anterior.
- Verificar integridade das placas da central telefônica, atentando ao manual do fabricante com relação a prazo de troca.
- Verificar se os ramais estão funcionando baseado com a necessidade do setor.
- Verificar o estado físico de cada aparelho telefônico.

Atividade Anual

- Substituir os aparelhos telefônicos baseado nas condições de funcionamento.
- Verificar se o sistema de telefonia precisa de atualização.
- Procurar no mercado novas tecnologias que venha trazer agilidade e racionamento de custo na empresa.

CUIDADOS

- Utilização de EPI adequados ao serviço.
- Seguir as normas da empresa.
- Manter os equipamentos em local refrigerado.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- RDC-50 1.2.3.2.1. Elétrica e Eletrônica.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO CORRETIVA DO SISTEMA DE TELEFONIA

- Técnico de Telecomunicação

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a completa recuperação dos equipamentos dentro das normas e procedimentos vigentes.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPIs REQUERIDOS

Materiais: Limpa-contato, estojo de ferramentas.

Equipamentos: Central Telefônica, aparelhos telefônicos, aparelho de multi-teste, conectores, cabeamento e aspirador de pó portátil.

EPIs: luvas estáticas, oficina com bancadas emborrachadas e aterradas, óculos de segurança e jaleco de proteção.

ATIVIDADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço.

De acordo com a solicitação de manutenção descrita na ordem de serviço.

Técnico de Telecomunicação

- Atender aos itens listados na ordem de serviço.
- Abrir e limpar o equipamento.
- Verificar a instrução técnica do fabricante.
- Testar periférico.
- Deixar em observação no período de 24 horas, caso não apresente o problema.
- Depois de concluído a corretiva fazer novos testes deixando a maquina em observação 24 horas.
- Comunicar ao encarregado à conclusão do serviço.
- Encarregado comunica ao solicitante da O.S. a conclusão do serviço.

CUIDADDS

- Utilização de EPIs adequados ao serviço.
- Seguir as normas vigentes.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- RDC-50 1.2.3.2.1. Elétrica e Eletrônica.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO PREVENTIVA DE PINTURA

EXECUTOR

- Auxiliar de manutenção

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a qualidade da pintura da unidade sem manchas, infiltrações e fissuras.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPIs REQUERIDOS

Materiais: Tinta, massa corrida, lixas, solventes, estopas, espátulas, fita crepe, pinceis, trinchas e rolos.

Equipamentos: Compressor e pistola de pintura.

EPIs: Par de botas de couro com biqueira de aço, capacete, fardamento completo (macacão) e óculos de ampla visão.

ATIVIDADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço.

De acordo com o plano de manutenção preventiva anual.

Preventivo – atividade anual

- Treinamento de segurança (safety briefing) para o auxiliar de manutenção.
- Inspeção de toda a área de pintura do hospital.
- Apresentar ao encarregado a lista dos itens levantados.
- Comunicar a direção administrativa a conclusão do serviço.

CUIDADOS

- Utilização de EPIs adequados ao serviço.
- Seguir as normas vigentes.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002.
- Lei 6.514/77 e Portaria nº 3.214/78. (Segurança e medicina do trabalho) MT.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

MANUTENÇÃO CORRETIVA DE PINTURA

EXECUTOR

- Auxiliar de manutenção com experiência em pintura (até 20 m²).
- Empresa especializada (acima de 20 m²)

RESULTADOS ESPERADOS

Garantir a qualidade da pintura da unidade sem manchas, infiltrações e fissuras.

MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E EPIs REQUERIDOS

Materiais: Tinta, massa corrida, lixas, solventes, estopas, espátulas, fita crepe, pinceis, trinchas e rolos.

Equipamentos: Compressor e pistola de pintura.

EPIs: Par de botas de couro com biqueira de aço, capacete, fardamento completo (macacão) e óculos de ampla visão.

ATIVIOADES

É mandatório que qualquer atividade de manutenção seja solicitada através de ordem de serviço.

De acordo com a solicitação de manutenção descrita na ordem de serviço.

Auxiliar de manutenção com experiência em pintura (até 20 m²)

- Treinamento de segurança (safety briefing) para o auxiliar de manutenção.
- Lixa e/ou raspar com espátula a pintura antiga.
- Emassar os pontos irregulares.
- Nivelar a superfície da parede.
- Aplicar a primeira demão.
- Corrigir as imperfeições de superfície.

- Aplicar a segunda demão.
- Apresentar ao encarregado à conclusão do serviço.
- O encarregado comunica a direção administrativa à conclusão do serviço.

Empresa especializada (acima de 20 m²)

- Contrata empresa especializada para a obra.
- Treinamento de segurança (safety briefing) para a equipe da empresa especializada.
- Lixa e/ou raspar com espátula a pintura antiga.
- Emassar os pontos irregulares.
- Nivelar a superfície da parede.
- Aplicar a primeira demão.
- Corrigir as imperfeições de superfície.
- Aplicar a segunda demão.
- Apresentar ao encarregado à conclusão do serviço.
- O encarregado comunica a direção administrativa a conclusão do serviço.

CUIDADOS

- Utilização de EPIs adequados ao serviço.
- Seguir as normas vigentes.

ASPECTOS EM DESTAQUE NA LEGISLAÇÃO VIGENTE

- NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.
- RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002.

5.4.4 VOLUME DE RECURSOS DESTINADO A CADA TIPO DE DESPESA/ MÊS

Planilha de Estimativa de Custos Mensais		
Categoria	Especificação Mensal	Total
Serviços		
2. Material/Medicamentos		822.000,00
2.1. Materiais Médico Hospitalar		462.000,00
2.2. Medicamentos		360.000,00
3. Materiais Diversos		726.000,00
3.1. Materiais de Higienização		62.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios		42.000,00
3.3. Materiais de Expediente		18.000,00
3.4. Combustível		26.000,00
3.5. GLP		18.000,00
3.6. Materiais de Manutenção		110.000,00
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos		450.000,00
TOTAL MATERIAIS		1.548.000,00
4. Seguros/Impostos/Taxas		27.000,00
4.1. Seguros (Imóvel e Auto		11.000,00
4.2. Impostos/Taxas (Ex.: IOF		16.000,00
5. Gerais		75.000,00
5.1 Telefonia		22.000,00
5.2 Água		11.000,00
5.3. Energia Elétrica		42.000,00

6. Depreciação		0,00
7. Prestação de ServiçosTerceiros		1.209.100,00
7.1. Assistenciais		418.000,00
7.1.1. Pessoa Jurídica		418.000,00
7.1.1.1 SADT		418.000,00
7.1.2. Pessoa Física		0,00
7.1.3. Cooperativa		0,00
7.2. Administrativos		791.100,00
7.2.1. Pessoa Jurídica		791.100,00
7.2.1.1 PGRS- Recolhimento de resíduos		29.000,00
7.2.1.2 Nutrição/alimentação	75.000refeições /mês	262.500,00
7.2.1.3 Rouparia/lavanderia		96.000,00
7.2.1.4 Portaria e Vigilância	8 homens /plantão= 32 vigilantes	57.600,00
7.2.1.5 Gases Medicinais		36.000,00
7.2.1.6 Serviços de Informática		20.000,00
7.2.1. 7 Serviço de Manutenção de equipamentos, mobiliário		31.000,00
7.2.1.8 Serviço de Manutenção predial		26.000,00
7.2.1.9 Contabilidade		22.000,00
7.2.1.10 Gestão Financeira		42.000,00
7.2.1.11 Jurídico		40.000,00
7.2.1.12 Treinamento/capacitação		31.000,00
7.2.1.13 Despesas Gerais Administrativas		12.000,00
7.2.1.14 Remoção/ Ambulâncias	3 ambulâncias Tipo D	74.000,00
7.2.1.15 Assessoria de Imprensa		12.000,00
7.2.2. Pessoa Física		
7.2.3. Cooperativa		
TOTAL SERVIÇOS		1.311.100,00
TOTAL RH		5.246.422,57
INVESTIMENTOS		641.000,00
TOTAL GERAL		8.746.522,57

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4037

5.4.5 APRESENTAÇÃO DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA A GERÊNCIA DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO.

GESTÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVA DO FARMÁCIA E ALMOXARIFADO

Podemos dizer que os objetivos de uma unidade de gerenciamento de materiais e unidade de saúde visam garantir a:

a) continuidade das ofertas dos serviços de saúde;

b) baixos custos de aquisição, de realização do pedido e de manutenção dos estoques;

c) alta rotatividade dos estoques;

d) qualidade no atendimento;

e) qualidade dos materiais;

f) bom relacionamento com os fornecedores;

g) controles cadastrais e conhecimento do mercado e dos fornecedores;

h) obter o máximo retorno;

i) centralizar controles mesmo com descentralização de atividades;

j) padronizar o uso de materiais.

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4038

Um grave problema enfrentado pela gestão de almoxarifados está no controle de entrada e saída de seus materiais e medicamentos. Sem um controle efetivo de tudo que dá entrada nos estoques e de toda a saída de produtos, quase nada se poderá fazer em relação à redução de desperdício e gerenciamento de custos.

1. Conceitos Gerais

1.1. Armazenamento

As palavras que resolvem boa parte dos problemas de armazenamento de materiais em unidades de saúde é o bom senso combinado com as técnicas de armazenamento.

É conveniente prever para a área de armazenamento ambiente de grande altura (pé direito), marquise protegendo a descarga dos materiais. Deve ter rede de combate a incêndio. Para efeito de segurança é melhor uma única entrada e saída.

1.1.1. Critérios de Armazenamento

Armazenar, observando o critério da ordem de entrada e saída, significa obedecer à ordem cronológica de saída levando em conta a sua época de entrada. Isso quer dizer: as unidades estocadas há mais tempo devem sair primeiro, a fim de que não venha a ocorrer situações de esquecimento de itens em estoque, o que pode causar oxidações, deterioração, obsoletismo, perda de propriedades físicas, endurecimentos, ressecamentos e outras situações que impliquem em perda de material (fundamental no armazenamento de medicamentos).

Sempre que possível, os materiais devem ser armazenados considerando a sua similaridade com outros itens, o que pode ser feito mais facilmente com o auxílio do catálogo de materiais.

O agrupamento de materiais que apresentam características físicas, aplicações ou naturezas semelhantes em locais adjacentes facilitam a sua localização, a movimentação e até a contagem.

O valor financeiro que um determinado material representa para o estoque define a sua forma de armazenamento. As regras não diferem muito daquelas adotadas para os demais itens, porém, deve-se destacar que o local deve ser apropriado e proporcionar maior condição de segurança para os materiais que Dntro do método denominado ABC, ou curva ABC, são os itens que integram a letra A, de iniciar consumo.

O critério de carga unitária baseia-se na constante necessidade de racionalização do espaço útil de armazenamento, com o máximo aproveitamento do conceito de cubagem. Porém, aliada à racionalização do espaço, a carga unitária favorece sobremaneira a boa movimentação do material, a rapidez de carga e descarga e, conseqüentemente, a redução dos custos.

Esse método consiste na arrumação ou composição de pequenos itens – pacotes ou unidades menores – em volumes dimensionados em peso, cubagem e quantidade maiores. Pode-se dizer, também, que o critério de carga unitária significa transformar as unidades simples em unidades múltiplas.

A abertura das caixas ou embalagens recebidas do fornecedor para conferência dos materiais adquiridos é uma praxe. Porém, depois disso, deve-se lacrá-las novamente, com o aproveitamento da própria embalagem. Evidentemente, só se deve deixar desembalado o contingente de unidades necessárias à entrega do período. Tal

procedimento traz os mesmos benefícios apontados no critério da carga unitária, pois guarda com ele uma grande similitude.

Com essa ênfase, contemplaram-se as várias atividades desenvolvidas pela área de administração de materiais, identificando os procedimentos utilizados para o gerenciamento de materiais desde o planejamento das necessidades até a armazenagem correta dos produtos. Dentro desse enfoque, é mostrado cada subsistema utilizado, descrevendo suas funções básicas à administração de materiais.

SECRETARIA 4039

1.1.2. Armazenamento envolve diversas atividades

Recebimento de medicamentos – ato de examinar e conferir o material quanto à quantidade e documentação;

Estocagem ou guarda – arrumação do material em certa área definida, de forma organizada, para melhor aproveitamento do espaço possível e dentro de parâmetros que permitam segurança e rapidez;

Segurança – capacidade de manter o material sob cuidados contra danos físicos, furtos e roubos;

Conservação – capacidade de manter asseguradas as características dos produtos durante o período de estocagem;

Controle de estoque – monitoramento da movimentação física dos produtos (entrada, saída);

Entrega – entrega do material de acordo com as necessidades do solicitante, garantindo adequadas condições de transporte, preservação da identificação até o consumidor final e rastreamento do produto.

Sabe-se que estas atividades desdobram-se nos mais variados procedimentos, controles e ações que, se não observados, levam a perdas significativas de medicamentos.

1.1.3. Sistemas de Armazenamento

Do ponto de vista de Martins e Campos (2000), a evolução tecnológica, como não poderia deixar de ser, estendeu seus múltiplos benefícios à área de armazenagem, tanto pela introdução de novos métodos de racionalização e dos fluxos de distribuição de produtos, como pela adequação de instalações e equipamentos para movimentação física de cargas.

Assim, o objetivo primordial do armazenamento é utilizar o espaço nas três dimensões, da maneira mais eficiente possível. As instalações do armazém devem proporcionar a movimentação rápida e fácil de suprimentos, desde o recebimento até a expedição.

Um dos fatores fundamentais na armazenagem é a correta utilização do espaço disponível, o que demanda estudo exaustivo das cargas a armazenar, níveis de armazenamento, estruturas para armazenagem e meios mecânicos que serão utilizados. Isso permite identificar a real ocupação do espaço por meio do indicador - taxa de ocupação volumétrica, que leva em consideração o espaço disponível *versus* o espaço utilizado.

Outro fator diretamente relacionado com a taxa de ocupação é a seletividade, ou seja, o pronto acesso a todos os itens, o que resulta em imediato atendimento, propiciando um nível adequado de serviço.

O estudo das áreas de armazenamento visa atender às necessidades de todos os setores da organização. Para conseguir a melhor e mais adequada estruturação é conveniente analisar as possibilidades de instalação de vários armazéns e de um centro de abastecimento, assim como as características que mais os diferem entre si, tais como:

a. materiais pesados de manejo e transporte difícil;

b. materiais pequenos muito diversificados e de uso freqüente;

c. materiais com grande freqüência de saída e pouco volume.

SECRETARIA FLS Nº 4040

Analisadas essas características, chega-se ao tipo de armazém necessário para um perfeito entrosamento entre os estoques e os centros consumidores, ou, ainda, em decorrência desse levantamento chega-se à situação em que o armazém atenderá a todas as necessidades.

A realização eficiente e efetiva de uma operação de armazenagem depende muito da existência de um bom *layout*, cuja atenção deve-se voltar para:

a. espaço necessário;

b. tipo de instalação adequada;

c. distribuição dos estoques nas áreas que melhor atenderão o consumo;

d. meios de transporte;

e. tipo de controle a ser adotado;

f. número de funcionários para manutenção dos estoques.

A localização dos armazéns depende de certos fatores: alguns próprios do tipo de operação ou de atividades da empresa, outros devidos às instalações e situações dos prédios.

Não existem soluções e esquemas prontos que possam ser aplicados a qualquer organização; tudo depende da análise particular de cada caso, e, para tanto, devem ser observados os seguintes princípios orientadores:

1. ajustar a localização dos armazéns às necessidades dos setores de consumo;
2. planejar a localização de maneira que permita atender rapidamente o fluxo de movimentação dos materiais, mesmo em situação de aumento do volume de consumo;
3. os armazéns ou áreas de estocagem devem ser localizados próximo aos setores de consumo, em consideração ao volume, peso e tamanho do material estocado, evitando-se, com isso, consumo de maior número de horas para sua movimentação;

Entre os critérios mais comuns de armazenagem que orientam a elaboração de normas de armazenamento, podem ser enumerados os seguintes:

a. rotatividade de materiais;
b. volume e peso;
c. ordem de entrada/saída;
d. similaridade;
e. valor;
f. carga unitária;
g. acondicionamento e embalagem.

Dentre os itens de material mantidos em estoque, existem aqueles que têm maior movimentação em relação a outros, em virtude de sua utilização por maior número de usuários, ou por outro motivo qualquer. A esses materiais, que entram e saem com maior freqüência, deve ser dado um tratamento específico em relação à localização no armazém, ou seja, armazená-los nas proximidades das portas (setores de expedição e embalagem).

Esse procedimento oferece as seguintes vantagens:

1. minimização de número de viagens entre as áreas de estocagem e de expedição;

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4041
FURG

2. descongestionamento do trânsito interno do almoxarifado;
3. melhor aproveitamento da mão-de-obra interna, com menor desgaste físico dos operadores;
4. maximização do tempo despendido na expedição do material, entre outros.

Da mesma forma, os itens mais volumosos e pesados devem ficar perto das portas para facilitar não só a sua conservação, como também a sua movimentação, e ser colocados sobre estrados ou *pallets* (tipo especial de estrado).

1.2. Conceito de Central de Abastecimento Farmacêutico

É uma área destinada à estocagem e conservação dos produtos, visando assegurar a manutenção da sua qualidade, enquanto estocados, conforme as características de cada medicamento.

A denominação de Central de Abastecimento Farmacêutico é utilizada especificamente para medicamentos, com a finalidade de diferenciá-la de almoxarifado, depósito, armazém e outros espaços físicos destinados à estocagem de outros tipos de materiais.

1.2.1. Características

A Central de Abastecimento Farmacêutico, para assegurar condições ideais de conservação e contribuir para a manutenção da estabilidade dos medicamentos, deverá atender a alguns requisitos básicos:

a. ***localização*** - local de fácil acesso para o recebimento e distribuição dos produtos, com espaço suficiente para circulação e movimentação de veículos;
b. ***identificação externo*** - identificação visível por meio de nome e logotipo;
c. ***sinalização interna*** - letras ou placas indicativas nas estantes e locais de extintores de incêndio, entre outros;
d. ***condições ambientais*** - condições adequadas de temperatura, ventilação, luminosidade e umidade;
e. ***higienização*** - manutenção constante. Deve estar sempre limpa, isenta de poeira e outras sujidades. A limpeza, além de demonstrar aspecto de organização, é uma norma de segurança, que deve ser rigorosamente seguida;
f. ***equipamentos e acessórios suficientes*** - dispositivos necessários à movimentação e estocagem dos produtos;
g. ***segurança*** - segurança apropriada à proteção das pessoas e dos produtos em estoque;
h. ***dimensão*** - não existe padrão estabelecido para determinar a dimensão adequada de uma Central de Abastecimento Farmacêutico. O tamanho varia em função das atividades desenvolvidas, quantidade e tipos de produtos a serem estocados; periodicidade das aquisições; intervalo de tempo da entrega de medicamentos pelos fornecedores; sistema de distribuição (se centralizado ou descentralizado); quantidade de equipamentos, acessórios e recursos humanos; áreas necessárias à funcionalidade do serviço (área administrativa, recepção/expedição) e áreas específicas de estocagem.

1.2.2. Instalações

a) Físicas

1. Piso - plano para facilitar a limpeza, e suficientemente resistente para suportar o peso dos produtos e a movimentação dos equipamentos;
2. Paredes - pintura de cor clara, lavável, isenta de infiltrações e umidade.
3. Portas - preferencialmente esmaltadas ou de alumínio;
4. Teto - devem-se evitar telhas de amianto porque absorvem muito calor.

b) Elétricas

Sabe-se que a maioria dos incêndios é provocada por curtos-circuitos. A manutenção permanente das

instalações elétricas deve ser prioridade dos responsáveis pelo setor. Os seguintes cuidados devem ser observados:

a. desligar todos os equipamentos, exceto os da rede de frio, diariamente, antes da saída do trabalho;
b. evitar sobrecarga de energia, com o uso de extensões elétricas;
c. usar um equipamento por tomada, não fazendo uso de adaptadores;
d. solicitar contrato de manutenção elétrica ou realizar vistorias periódicas nas instalações.

c) Sanitárias

Devem ser apropriadas e sem comunicação direta com as áreas de estocagem.

1.2.3. Equipamentos e Acessórios

De acordo com o espaço físico disponível, volume e movimentação de estoque, entre outros, recomenda-se:

aparelhos de ar-condicionado - utilizados para o controle adequado da temperatura no local de armazenagem daqueles medicamentos que necessitam de condições especiais de conservação. A quantidade de aparelhos necessários e a definição de sua potência deverão ser calculadas conforme dimensão do local onde estão instalados. O fabricante (e/ou vendedor) fornece tais informações;

armários de aço com chave - para o armazenamento dos medicamentos sujeitos ao controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98) (BRASIL, 1998b), no caso de centrais de abastecimento de pequeno e médio porte;

carrinho para transporte de medicamentos - existem em diversas formas e tamanhos, de acordo com as necessidades específicas;

cestas de plástico - utilizadas para estocagem de produtos leves. São práticas, ajustáveis, de diversos tamanhos e cores e ocupam pouco espaço;

caixa plástica - recipientes, empilháveis ou não, de pequena capacidade, com tamanho variável, destinados ao acondicionamento de caixas pequenas ou produtos frágeis;

empilhadeiras - veículos destinados ao transporte de medicamentos, podendo ser manuais ou elétricas. As elétricas são usadas em armazenamento vertical, de grandes quantidades, em Centrais de armazenamento de grande porte;

equipamentos de informática - em quantidade suficiente, conforme as possibilidades, para atender às necessidades da Central;

exaustores eólicos - acessórios utilizados em áreas quentes porque ajudam na renovação do ar circulante, melhorando a ventilação;

higrômetros - usados para medição da umidade;

máquinas de calcular - imprescindíveis nas tarefas administrativas, de controle, de recepção, de expedição e outras;

móveis para escritório - em quantidade e modelos adequados ao serviço.

termômetros - para medição da temperatura ambiente nas áreas de estocagem. São indicados os termômetros que registram temperaturas máximas e mínimas.

1.2.4. Segurança

Em uma Central de Abastecimento Farmacêutico, não devem existir fatores que possam propiciar riscos de perdas, deteriorações, desvios e incêndios.

SECRETARIA GERAL DA FLS Nº 4043

A falta de equipamentos de prevenção contra incêndios e a não-existência de manutenção das instalações elétricas são fatores que contribuem para aumentar os riscos no setor. Por isso, medidas de segurança devem ser adotadas para garantir a devida proteção das pessoas e dos produtos em estoque.

1.2.5. Recomendações

a. Controle de entrada/saída - a Central de Abastecimento Farmacêutico deve dispor de uma área para recepção e para expedição dos produtos;

b. Empilhamento - o cuidado no empilhamento dos produtos é fundamental para evitar acidentes de trabalho e desabamentos dos produtos (que podem ocasionar perdas). A informação sobre o limite máximo de empilhamento permitido deve ser sempre observada e pode ser obtida no lado externo das embalagens. Essa informação é fornecida pelo próprio fabricante, quando se faz necessário;

c. Utilização de inseticidas - pela possibilidade de contaminação dos medicamentos, o uso deve ser evitado;

d.Manter a higiene rigorosa do local - a limpeza do local deve ser diária para não permitir o acúmulo de poeira, de papéis, de caixas vazias de papelão, que venham criar condições para propagação de insetos e roedores. O lixo deverá ser depositado em recipientes com tampa e ser eliminado todos os dias;

e. Acesso de pessoas - só deve ser permitido o acesso de pessoas que trabalham no setor;

Medidas de prevenção contra incêndio:

- é necessário dispor de equipamentos de prevenção contra incêndio em todas as áreas, com fácil acesso, indicação no local dos equipamentos, instruções escritas sobre utilização destes e treinamento de pessoal;

- os extintores de incêndio devem ser adequados ao tipo de material armazenado e fixados nas paredes, sinalizados pela demarcação de áreas abaixo deles, com um círculo ou seta larga, na cor vermelha e com bordas amarelas, na dimensão de 1m x 1m;

- os extintores deverão possuir uma ficha de controle de inspeção, etiqueta de identificação (protegida para não ser danificada), com a data de recarga.

- elaborar cartazes que estimulem o cumprimento das normas. Por exemplo: proibido fumar, beber e guardar alimentos nas dependências da Central de Abastecimento Farmacêutico. Os cartazes devem estar afixados em local visível.

1.2.6. Organização Interna

A organização interna da Central de Abastecimento Farmacêutico deverá constar de áreas que contemplem as necessidades do serviço, considerando o volume e tipos de produtos a serem estocados, a saber:

a) Área administrativa

Área destinada às atividades operacionais, que deve estar localizada, preferencialmente, na entrada, para melhor acompanhamento das ações e o fluxo de pessoas e produtos.

b) Área de recepção

Área destinada ao recebimento e à conferência de produtos. Obrigatoriamente, deve ficar situada junto à porta principal e conter normas e procedimentos escritos e afixados na parede.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4044
FUNAI

c) Área de expedição

Local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.

d) Áreas de estocagem

Dependendo dos tipos de produtos a serem armazenados e das condições de conservação exigidas, deve-se dispor de áreas específicas para estocagem de produtos de controle especial, tais como: área para termolábeis, psicofármacos, imunobiológicos, inflamáveis (os de grande volume devem ser armazenados em ambiente separado), material médico-hospitalar, produtos químicos e outros existentes. As áreas de estocagem devem estar bem sinalizadas, de forma que permitam fácil visualização das mesmas. A circulação, nesta área, deve ser restrita aos funcionários do setor.

1.2.7. Organização da Área Física

É a disposição racional do espaço físico dos diversos elementos e recursos utilizados no serviço (materiais, equipamentos, acessórios e mobiliários), de maneira adequada, possibilitando melhor fluxo e utilização eficiente do espaço para a melhoria das condições de trabalho e garantia da qualidade dos produtos estocados.

1.2.8. Forma de Estocagem de Medicamentos

A estocagem dos produtos depende da dimensão do volume e de produtos a serem estocados, do espaço disponível e das condições de conservação exigidas.

Existem vários equipamentos destinados à armazenagem de medicamentos, sendo os mais utilizados:

estrados/pallets/porta-pallets: são plataformas horizontais de tamanhos variados, de fácil manuseio, utilizadas na movimentação e estocagem de produtos de grandes volumes. Os porta-pallets são estruturas reforçadas, destinadas a suportar cargas a serem estocadas nos vários níveis, com bom aproveitamento do espaço vertical.

prateleiras: constituem-se o meio de estocagem mais simples e econômico para produtos leves e estoques reduzidos, devendo ser preferencialmente de aço;

empilhamento: o empilhamento deve obedecer às recomendações do fabricante, quanto ao limite de peso. Em regra, as pilhas não devem ultrapassar uma altura de 1,5 metros, para evitar desabamentos e alterações nas embalagens, por compressões.

As pilhas devem ser feitas em sistema de amarração, mantendo-se distanciamento entre elas e entre as paredes, para uma boa circulação de ar.

1.2.9. Gestão Organizacional

Respeitando a natureza e a finalidade da organização, que tem por objetivo a união dos recursos dentro de sua estrutura ou o domínio do fluxo de informação, há leis que regem os sistemas de controle: planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar.

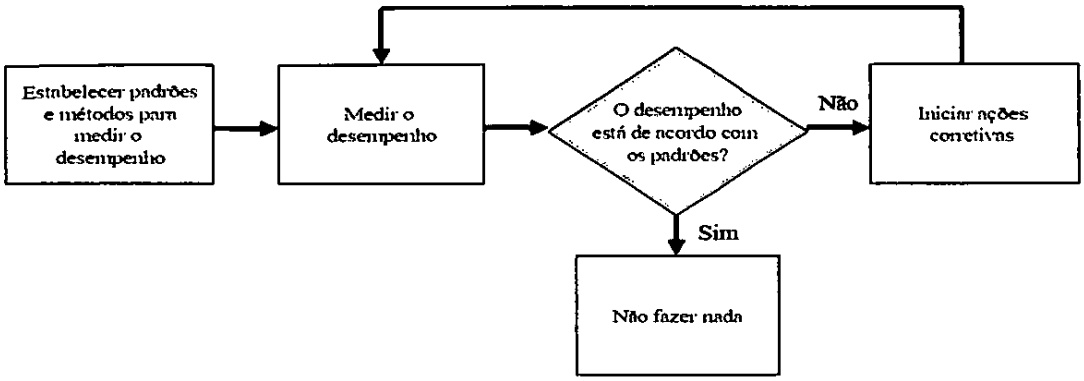
Especialização da tarefa, a padronização das operações e a centralização saõ aspectos fundamentais para o alcance da eficiência administrativa.

Para a junta de conceitos e padrões sobre planejamento e controle de gestão, estas três abordagens são que mais influenciaram a literatura sobre controle de gestão.

O controle gerencial é um esforço sistemático de ajustar padrões de desempenho com objetivos de planejamento, projetar sistemas de *feedback* de informação, comparar o desempenho presente com estes padrões preestabelecidos, determinar se existem desvios e medir sua importância, e iniciar qualquer ação necessária para garantir que todos os recursos da empresa estejam sendo usados do modo mais eficaz e eficiente possível para o alcance dos objetivos da empresa.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4045
FUNC.

Essa definição divide o controle gerencial em quatro etapas básicas, observadas na Figura 2, que procura evidenciar o sistema de realimentação do processo por meio do *feedback* da informação.



Etapas Básicas do Controle

1.2.9.1. Estrutura organizacional

a.**Área física e instalações** - dispor de condições adequadas para o pleno desenvolvimento das atividades da Assistência Farmacêutica;

b. **Equipamentos e acessórios** - dispor dos mesmos de forma adequada e em quantidade suficiente;

c. **Recursos humanos** - desenvolver as atividades da Assistência Farmacêutica, preferencialmente, sob a coordenação do profissional farmacêutico, auxiliado por técnicos habilitados e treinados. Como elemento fundamental para o desempenho das atividades a serem desenvolvidas é necessário: identificar necessidades de recursos humanos, definirem perfil (competências e habilidades), capacitar, acompanhar e avaliar suas ações.

1.2.9.2. Organização do Serviço de Armazenagem e Distribuição

Para a organização do serviço, é preciso identificar cada um dos seus componentes e elementos, os quais deverão ser capazes de promover maior resolutividade das ações.

A organização está relacionada com a funcionalidade dos serviços, e tem por objetivo o gerenciamento eficiente e eficaz.

Para a organização dos serviços, é necessário conhecer a realidade da situação de saúde local, buscando subsídios para a implementação de um plano de ação. Para tanto, deve-se:

•conhecer a estrutura organizacional e suas inter-relações; Níveis hierárquicos, relações dentro e fora do serviço, competências de cada área técnica, normas e procedimentos existentes, metas estabelecidas;

• realizar o levantamento da situação do serviço;

•conhecer os pontos fortes e fracos do serviço, para definir possíveis ações estratégicas;

•conhecer a organização da rede de clientes; verificar a capacidade instalada, conhecer a oferta dos serviços;

•identificar os recursos financeiros; conhecer os recursos disponíveis destinados as reais necessidades, para que sejam estabelecidas prioridades de ações;

•identificar os recursos humanos; conhecer os profissionais da rede de saúde, e identificar a integração destes com os serviços da Assistência Farmacêutica existentes.

2. Plano de Ação

a) Realizar o diagnóstico da Assistência Farmacêutica

b) Operacionalizar o Plano de Ação

Definir o que fazer, como fazer, quando, quem e quais os recursos necessários.

c) Definir as atividades a serem desenvolvidas

Definir as tarefas, os prazos e designar responsáveis pela execução.

d) Elaborar instrumentos de controle gerencial

Para um gerenciamento adequado é necessária a existência de instrumentos que garantam o registro de informações sobre as ações realizadas e em desenvolvimento, tais como fichas, formulários, mapas etc., de acordo com a necessidade do serviço e como um fator de retroalimentação do sistema.

e) Elaborar normas e procedimentos operacionais

Definidas as atividades, é preciso padronizar os métodos e instrumentos de controle, visando maior eficiência no trabalho.

- **Normas** - são regras que definem os aspectos gerais ou situações muito especificas da Secretaria/setor, com finalidade de satisfazer necessidades próprias do serviço. Nenhuma atividade administrativa deve funcionar sem normas;

- **Procedimentos** - são detalhamentos de como executar determinada atividade ou tarefa, cuja finalidade é atender às necessidades do serviço. Os procedimentos devem ser permanentemente atualizados, sendo fundamental o conhecimento e cumprimento por todos os envolvidos.

As normas e procedimentos devem ser escritos de forma clara e objetiva, para cada atividade da Assistência Farmacêutica e apresentada sob forma de Manual.

f) Capacitar recursos humanos

Devem-se identificar as necessidades de capacitação dos recursos humanos para elaboração de programa de educação continuada, visando o aprimoramento e a qualificação da equipe.

g) Acompanhar e avaliar as ações

O acompanhamento e avaliação periódica das ações são imprescindíveis para o estabelecimento da melhoria contínua do trabalho.

2.1. Aspectos a serem considerados

Estrutura: física, organizacional, instalações e recursos humanos;

Processo: aspectos técnicos das atividades desenvolvidas, existência de plano operativo com objetivos claros, metas definidas, Normas e procedimentos operacionais, Sistema de acompanhamento e controle, Recursos de informação e Capacitação;

Resultados: acesso aos serviços, Resolutividade, Mudanças verificadas na melhoria da saúde da população, Redução da morbi-mortalidade e Nível de satisfação dos usuários e Avaliação.

2.2. Ações fundamentais de uma Central Farmacêutica

Uma Central Farmacêutica deve realizar rotineiramente um conjunto de procedimentos ou ações técnicas e administrativas que envolvem as seguintes atividades:

1. Recepção/Recebimento de Medicamentos;
2. Estocagem ou guarda de Medicamentos;
3. Conservação de Medicamentos;
4. Controle de Estoque.

2.2.1. Recepção/Recebimento de Medicamentos

A fase do recebimento é uma etapa que representa a fronteira de responsabilidade sobre a guarda do bem adquirido.

A inspeção e os cuidados no recebimento podem variar conforme o tipo de material.

Podemos ter rotinas de inspeção e recebimento adequadas a cada grupo de material. Itens críticos pelo valor ou de complexidade tecnológica, devem ter maior atenção. Outros itens de recebimento mais freqüentes, podem ter uma lista padronizada de verificação.

De qualquer forma o confronto com o pedido original, a descrição da nota fiscal e os volumes efetivamente entregues deve ocorrer. Preferencialmente, abrir os volumes na área de recebimento, ainda na presença do fornecedor ou transportadora. Conferir quantidades, conformidades, peso, prazo de validade, alterações visuais e outras verificações adequadas ao material recebido.

Eventualmente o recebimento pode ser atestado como provisório até a conferência definitiva. Na recepção, realizam-se duas atividades de conferência:

a) Aspectos administrativos

Estão relacionados com o pedido de compra, buscando atender aos requisitos administrativos estabelecidos em edital ou contrato, quanto às quantidades a serem entregues, os prazos de entrega, preços etc.

• **Documentação fiscal** - os medicamentos só deverão ser recebidos acompanhados de documentação fiscal (exemplo: nota fiscal, nota de empenho, guia de remessa etc.). Caso a documentação não seja entregue em duas vias, deve-se tirar cópia para arquivamento. A não- conformidade do documento em relação aos produtos entregues deve ser registrada em formulário próprio e encaminhada ao setor responsável para a solução da pendência junto ao fornecedor, arquivando a cópia.

• **Quantidade** - a quantidade recebida deve estar em conformidade com a quantidade solicitada. Para maior segurança na conferência, a recepção deve dispor de cópias de todos os pedidos de compras efetuados.

b) Aspectos legais

O Registro Nacional de Preços é regido pela Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993, alterada pelas Leis: 8.883/94; 9.032/95; 9.648/98; 9.854/99; Decreto Federal 2.743/98 e demais normas legais e administrativas em vigor.

A avaliação do processo de aquisição é de fundamental importância, para que se possa intervir no mesmo, evitando desabastecimentos, bem como para dispor de elementos necessários à desclassificação de fornecedores não idôneos.

c) Sugestão de alguns indicadores

1. Desempenho de fornecedores (acompanhamento de dados: pontualidade da entrega, qualidade do produto, preço, segurança, embalagem, entre outros);
2. Tempo médio do processo de aquisição;
3. Recursos gastos com aquisição de medicamentos;
4. Demonstrativo físico-financeiro de aquisição por determinado período de tempo;
5. Prazos de entrega - os medicamentos devem ser entregues de acordo com os prazos estabelecidos. O não atendimento aos prazos deve ser notificado e comunicado ao setor responsável pelas medidas punitivas cabíveis, que devem estar contidas no edital;
6. Preços (unitário e total) - verificações dos preços constantes na nota fiscal para saber se estão de acordo com os preços da aquisição.

d) Verificação das Especificações Técnicas

São aquelas relacionadas aos aspectos qualitativos e legais (cumprimento da legislação), verificando o do cumprimento dos requisitos exigidos, em relação a:

1. especificações dos produtos - os medicamentos devem ser entregues em conformidade com a solicitação: forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade.
2. registro sanitário do produto - os medicamentos recebidos devem apresentar nas embalagens o número do registro no MS. Os medicamentos só podem ser comercializados se estiverem registrados no Ministério da Saúde.
3. certificado de Análise ou Laudo de Controle de Qualidade – documento emitido pelo Controle de Qualidade do fabricante do produto, no qual são certificadas as especificações técnicas de qualidade do medicamento.
4. no edital de licitação, deve ser exigido que o ato da entrega dos medicamentos seja acompanhado dos laudos de controle da qualidade, com os resultados, as faixas de normalidade e a farmacopéia de referência.
5. responsável técnico - deve ser observado se nas embalagens dos medicamentos constam: o nome do farmacêutico, o número do Conselho Regional de Farmácia e a unidade federativa na qual está inscrito.
6. embalagem - os medicamentos deverão estar nas embalagens originais, devidamente identificadas e sem apresentar sinais de violação, aderência ao produto, umidade e inadequação em relação ao conteúdo. Devem estar de acordo com o estabelecido na legislação vigente (Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98) (BRASIL, 1998c).
7. rotulagem - deve estar de acordo com o que estabelece a legislação vigente (Artigo 3° da Portaria SVS n° 802/98, de 08/10/98) (BRASIL,1998c);
8. lote - quantidade de um medicamento que se produz em um ciclo de fabricação, cuja característica essencial é a homogeneidade;
9. numero do lote - combinação distinta de números e/ou letras que identifica determinado lote em seu rótulo, registros e certificados de análises. O número do lote do medicamento recebido deverá ser o mesmo constante na Nota Fiscal;
10. validade - data limite de vida útil do medicamento expressa na embalagem e produto. Recomenda-se que conste nos editais de licitação que os medicamentos, no ato da entrega, possuam prazo de validade por tempo

suficiente para seu pleno consumo, considerando as condições de entrega, de distribuição e de transporte existentes, exceto para os casos excepcionais, previamente autorizados;

11. transporte - verificar se o transporte dos medicamentos foi realizado em condições satisfatórias; as empresas transportadoras devem estar devidamente autorizadas.

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4049

e) Sistemas de Recebimento

A função de inspeção da qualidade apresenta aspectos diversificados e complexos devido à grande variedade de produtos constantes dos catálogos de produtos do setor da saúde.

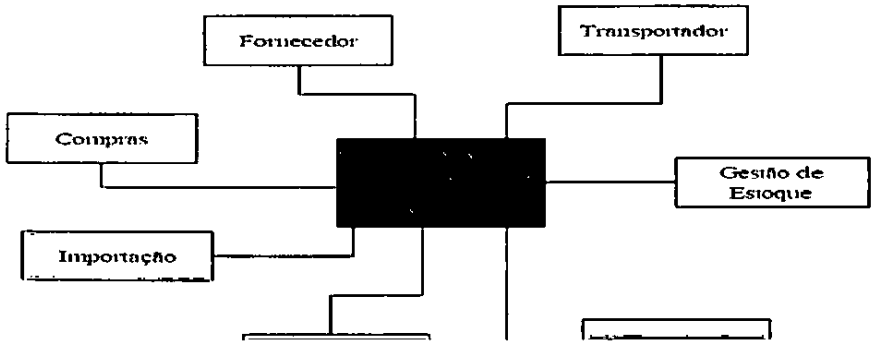
Em virtude dessa particularidade, é muito difícil a estruturação de um sistema adequado de verificação da qualidade dos produtos recebidos. Os serviços de vigilância sanitária são os instrumentos mais adequados disponíveis para o exercício dessa função.

O recebimento dos materiais é efetuado com a conferência dos dados constantes na nota fiscal de entrega com os emitidos na nota de empenho.

Eventualmente, há necessidade de se comparar os produtos com as amostras fornecidas no início do processo. Em certos casos, pode ser necessária uma avaliação posterior. Assim, o recebimento físico será feito provisoriamente e deverá ser seguido de uma avaliação técnica posterior. Os controles dos materiais em estoque são efetuados por meio de fichas de prateleira e das fichas de controle físico-financeiro. Há sistemas eletrônicos para esses controles disponíveis no mercado.

Assim, um sistema de recebimento de materiais deve ter, como um dos seus requisitos, o gerenciamento global, conforme apresentado na Figura logo abaixo, que irá determinar, entre outras, as vantagens a seguir:

1. racionalização e agilização, no âmbito operacional, das rotinas e procedimentos, em todos os segmentos do processo;
2. maior integração com os sistemas envolvidos;
3. estabelecimento de critérios administrativos mais adequados, para tratamento de pendências;
4. minimização das ocorrências de erros no processamento das informações.



Interfaces do Sistema de Recebimento de Materiais

f) Procedimentos Operacionais para Recebimento

1. Verificar as especificações técnicas e administrativas, conferindo as quantidades recebidas, por unidade, embalagem, lotes e validades, em conformidade com a Nota Fiscal e o pedido. Carimbar, assinar e datar a Nota Fiscal no verso, atestando o recebimento.
2. Registrar a entrada dos medicamentos no sistema de controle existente (fichas/informatizado);
3. Incluir a informação do lote e do prazo de validade no registro da entrada.
4. Avaliar a entrega do fornecedor, mediante preenchimento de formulário específico, e arquivar com a cópia

da nota fiscal;

5. Comunicar aos setores envolvidos a entrada do produto, para posterior distribuição;

6. Protocolar e encaminhar a via original da nota fiscal ao setor financeiro, para que seja processado o pagamento.

g) Recomendações

- Não escrever ou rasurar a via original da nota fiscal ou documento que acompanha o produto. Qualquer observação deve ser feita em documento anexo - de preferência, em formulário padronizado;
- Toda documentação referente à movimentação dos produtos (entradas, saídas, inventários, doações, remanejamentos, incinerações, devoluções, perdas etc.) deve ter uma cópia arquivada no serviço;
- Não atestar notas fiscais ou documentos daqueles medicamentos que não foram recebidos no local ou que não estejam sob seu controle;
- Os medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas (na forma farmacêutica, apresentação, concentração, rótulo, envase, embalagem, condições de conservação, lote, validade), devem ser notificados em livro ata e/ou em boletim de ocorrências, e o fato informado ao fornecedor, por ofício, bloqueando a nota fiscal até a resolução do problema.
- Contactar de imediato a Vigilância Sanitária local, quando houver suspeita de falsificação de algum medicamento;
- Todas as ocorrências identificadas devem ser notificadas, datadas e assinadas;
- Todo procedimento realizado e providências adotadas, referentes às ocorrências, deverão ser feitos por escrito e arquivadas as cópias, para efeito de apuração de responsabilidades;
- As devoluções de medicamentos pelas unidades de saúde só deverão ser recebidas com justificativas, com prazos de validades compatíveis ao tempo de utilização, e assinadas pelo responsável pela devolução.

2.2.2. Estocagem ou Guarda de Medicamentos

Estocar consiste em ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas (termolábeis, psicofármacos, inflamáveis, material médico-hospitalar etc.).

Para a estocagem de medicamentos, deve-se dispor de área física suficiente e apropriada aos diferentes tipos de produtos a serem armazenados.

A estocagem de medicamentos é uma importante atividade do Ciclo de Assistência Farmacêutica, mas que, não raro, tem sido relegada por muitos como sendo uma prática meramente administrativa. Tal idéia poderia, em parte, encontrar justificativa na presença marcante do componente administrativo neste tipo de trabalho. Trata-se, porém, de uma atividade importante e complexa envolvendo questões técnicas e operacionais específicas do insumo medicamento, além daquelas administrativas. Na realidade, o armazenamento de medicamentos é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem como objetivo assegurar a qualidade dos medicamentos por meio de condições adequadas de estocagem e guarda de conservação e de controle eficaz de estoque.

Não importa o volume a ser estocado. Quer se trate de uma grande central de abastecimento farmacêutico, de uma unidade macrorregional ou de uma pequena farmácia de dispensação na unidade de saúde, independentemente da escala, todos os critérios deverão ser observados e os procedimentos adotados. A atividade de armazenamento é de grande importância e complexidade, exigindo comprometimento das equipes responsáveis por este trabalho e a presença do profissional farmacêutico.

Dentre os fatores que causam perda e desperdício de medicamentos, destacam-se a programação inadequada e o armazenamento indevido. Assim, um aspecto importante a ser considerado neste caso é a manutenção da estabilidade do medicamento, ou seja, sua conservação por meio de uma estocagem adequada e satisfatória

durante o período de vida útil.

Para que o fármaco exerça o máximo da ação benéfica desejada e o mínimo de efeitos adversos, é necessário que o medicamento mantenha preservada as condições de estabilidade. A estabilidade é, assim, a propriedade de um produto em preservar – dentro de limites estabelecidos e sob determinadas condições ambientais – as mesmas características físicas, químicas e farmacológicas, durante seu período de vida útil. Esse espaço de tempo, no qual se assegura sua integridade, representa o período de validade.

As alterações físicas tais como a mudança de cor, odor, precipitação ou turvação servem de alerta e indicam sinais de instabilidade no medicamento e estes sinais devem ser observados. Existem fatores intrínsecos e extrínsecos que afetam esta estabilidade. Os fatores intrínsecos estão relacionados à tecnologia de fabricação do medicamento. Já os fatores extrínsecos estão relacionados às condições ambientais como temperatura, ventilação, luminosidade e umidade, às condições e técnicas de armazenagem, ao manuseio, ao transporte, a higienização com a eliminação de poeira e contaminantes, etc.

Atenção especial deve ser dada à temperatura ambiente, à luminosidade e à umidade, pois esses são fatores ambientais extrínsecos controláveis, que têm ação direta na estabilidade dos medicamentos. É importante salientar que o prazo de validade ou o tempo previsto para a perda de estabilidade de um medicamento é válido apenas se respeitadas as indicações de conservação dos mesmos, apresentadas pelo fabricante na bula e na embalagem externa do produto. Os medicamentos particularmente sensíveis à temperatura, denominados termolábeis, requerem ambientes especiais sob refrigeração ou temperatura fresca, sem oscilações pronunciadas.

A conservação da qualidade dos medicamentos depende das condições de seu armazenamento, daí a necessidade de enfatizar e recomendar a adoção dos procedimentos que venham assegurar a qualidade dos medicamentos estocados.

Outro ponto integrante do armazenamento e bastante crítico refere-se ao controle do estoque:

O grande desafio da administração de materiais é estabelecer níveis de estoque. Para manter um nível de estoque que atenda às necessidades, com regularidade no abastecimento contínuo da rede de serviços, é necessário um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações que facilitem o acompanhamento e subsidiem a programação.

Este controle pode ser de várias formas, desde as mais simples como fichas de prateleira ou kardex, até a utilização de um sistema informatizado, dependendo dos recursos disponíveis para tal. O mais importante é que, qualquer que seja a forma adotada, a informação seja obrigatoriamente segura e confiável, pois sem um sistema de informação eficiente, dificilmente se terá condição para realizar um bom gerenciamento de estoque. A informação segura, obtida por meio de relatórios confiáveis, oferece dados importantes para a tomada de decisão, seja ela no âmbito do próprio serviço, no âmbito superior ou até mesmo para prestar informações aos usuários e à sociedade de modo geral. Por isso, o uso de indicadores é importante para o monitoramento do controle de estoque, como por exemplo, o consumo médio mensal, o estoque máximo, o estoque mínimo, o ponto de reposição, o preço médio de movimentação, etc.

Atenção especial deve ser dada na manutenção da estabilidade dos medicamentos, na observância rigorosa dos prazos de validade e no gerenciamento e controle do estoque. Não é possível aceitar o desabastecimento de algum medicamento, especialmente daqueles que possam causar danos irreparáveis devido a negligências no gerenciamento de estoque.

Por fim, atenção especial deve ser dada aos funcionários, sustentação mais importante desta cadeia, pois um controle eficaz resulta da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço. Para tanto, os funcionários devem estar conscientes das suas responsabilidades, treinados e instrumentalizados para o bom desempenho das suas atividades.

a) Procedimentos Operacionais para Estocagem:

1.estocar os produtos por nome genérico, lote e validade, de forma que permita fácil identificação. Os medicamentos com datas de validade mais próximas devem ficar à frente;

2.manter distância entre os produtos, produtos e paredes, piso, teto e empilhamentos, de modo a facilitar a circulação interna de ar. Não existe uma regulamentação ou padrão oficial estabelecido para o estabelecimento desta distância, que será definido segundo o espaço disponível. O que não se deve fazer é encostar medicamentos junto às paredes, ao teto, ou em contato com o chão, por causa da umidade;

3.conservar os medicamentos nas embalagens originais, ao abrigo da luz direta.

4.estocar os medicamentos de acordo com as condições de conservação recomendadas pelo fabricante. Em caso de não haver recomendação específica, deve-se estocar os produtos em temperatura ambiente (15 - 30°C).

5.estocar os medicamentos isolados de outros materiais, principalmente, os de limpeza, perfumaria, cosméticos, material de consumo e outros;

6.embalagens abertas devem ser identificadas com o número do lote e validade.

7.não armazenar medicamentos diferentes no mesmo estrado ou prateleira, para evitar possíveis trocas na hora da expedição;

8.materiais passíveis de quebras (ampolas e frascos de vidros) devem ser guardados em local menos exposto a acidentes;

9. manter próximo à área de expedição os produtos de grande volume e rotatividade;

10.embalagens abertas devem ser destacadas e identificadas com o número do lote e validade;

11.proteger os produtos contra pragas e insetos, colocando telas finas nas janelas;

12.exercer um controle diferenciado dos psicofármacos, por serem produtos que causam dependência física e psíquica, sujeitos ao controle especial. Esses medicamentos devem ficar em local seguro, isolados dos demais, sob controle e responsabilidade legal do farmacêutico;

13.manter em local separado os produtos inflamáveis, sob condições especiais (área sinalizada, instalações apropriadas, equipamentos de prevenção contra incêndio, normas e procedimentos escritos, afixados no local), tendo em vista os riscos potenciais que esses produtos podem causar (ocupacionais e coletivos);

14. manter os medicamentos termolábeis em áreas específicas, por serem produtos sensíveis à temperatura em torno de 20°C +1-2°C. O local de armazenagem desses medicamentos exige controle de temperatura, através de termômetros, com registro diário.

b) Conservação

Conservar medicamentos é manter os produtos em condições satisfatórias de estocagem para manutenção de sua estabilidade e integridade durante o período de vida útil.

Para que os medicamentos sejam bem conservados, alguns procedimentos técnicos e administrativos devem ser adotados.

c) Estabilidade

Período de tempo no qual o produto mantém - dentro de limites estabelecidos e sob determinadas condições ambientais - as mesmas características físicas, químicas e farmacológicas, durante seu período de vida útil. Esse espaço de tempo, no qual se assegura sua integridade, representa o período de validade.

SECRETARIA DE JUSTIÇA FLS Nº 4053

As alterações físicas, tais como a mudança de cor, odor, precipitação, turvação, servem de alerta, indicando sinais de instabilidade no medicamento.

d) Fatores que afetam a estabilidade dos Medicamentos

d.1) Fatores intrínsecos

Estão relacionados ao processo de fabricação do medicamento: procedimentos, métodos, técnicas, equipamentos, envase, embalagens, princípios ativos e inativos (excipiente, conservantes, corantes e aromatizantes), interações entre os fármacos, fármacos e solventes ou adjuvantes, pH do meio, tamanho das partículas, alteração nos aspectos físicos (precipitação, presença de gases, uniformidade da dose, recipientes e grau de impurezas), incompatibilidades e outros.

d.2) Fatores extrínsecos

Estão relacionados às condições ambientais (temperatura, ventilação, luminosidade e umidade), às condições e técnicas de armazenagem, ao manuseio, ao transporte, à higienização (poeira e contaminantes) etc.

e) Temperatura

A temperatura é uma condição ambiental diretamente responsável por grande número de alterações e deteriorações nos medicamentos. Elevadas temperaturas são contra-indicadas para medicamentos porque podem acelerar a indução de reações químicas, ocasionando a decomposição dos produtos e alterando a sua eficácia.

Para o controle da temperatura, é necessária a utilização de termômetros nas áreas de estocagem, com registros diários em mapa de controle, registro mensal consolidado, e elaboração de relatórios, com gráficos demonstrativos, para correção de eventuais anormalidades.

ESCALAS DE TEMPERATURA

FRIA OU REFRIGERADA	2-8°C
FRESCA	8- 15°C
AMBIENTE	15-30°C
QUENTE	Acima de 30°C

f) Umidade

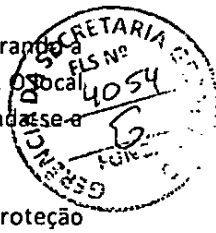
Dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a alta umidade pode afetar a estabilidade do mesmo, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias, podendo desencadear algumas reações químicas.

Os medicamentos armazenados em áreas úmidas podem sofrer alterações na consistência, sabor, odor, cor, tempo de desintegração. Por isso, recomenda-se não encostar medicamentos nas paredes, teto, em contato direto com o chão, próximos a banheiros, ou junto a áreas com infiltrações.

Os produtos sensíveis à umidade devem ser conservados e distribuídos em frascos hermeticamente fechados, ou contendo substâncias dessecantes. Alguns, devido à elevada umidade, trazem invólucros de sílica gel para a devida proteção, que não devem ser retirados das embalagens.

g) Luminosidade

A incidência direta de raios solares sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas, alterando a estabilidade dos mesmos. Essa ação leva à ocorrência de reações químicas (principalmente, óxido-redução). O local deve possuir, de preferência, iluminação natural adequada; no caso de iluminação artificial, recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria).



Os efeitos da luminosidade dependem da fonte de luz, grau de intensidade e tempo de exposição. Para proteção dos medicamentos fotossensíveis, utilizam-se embalagens de cor âmbar ou de papel alumínio, em virtude da proteção que as mesmas oferecem.

h) Ventilação

Circulação interna de ar que deve ser mantida para conservação satisfatória dos produtos. Janelas - elementos vazados - facilitam a ventilação natural.

i) Manuseio

Manuseio inadequado dos medicamentos pode afetar a sua integridade e estabilidade. Por isso, não se deve arremessar caixas, arrastar, ou colocar muito peso sobre elas. Todos os funcionários, incluindo motoristas, devem ser sensibilizados e treinados quanto ao manuseio e transporte adequado dos medicamentos. O manuseio de medicamentos termolábeis deve ter prioridade em relação aos demais, bem como sua liberação para entrega.

2.2.3. Controle de Estoque

É uma atividade técnico-administrativa que tem por objetivo subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, visando à manutenção dos níveis de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

Podemos pensar no estoque na mesma lógica do funcionamento de uma caixa de água que, com determinado nível de consumo, aciona válvulas que repõem o líquido. Em resumo, as funções do controle de estoque são:

- Determinar quanto e quando comprar;
- Acionar o setor de compras;
- Determinar o que deve permanecer estocado;
- Controlar quantidades e valores estocados;
- Identificar e retirar do estoque itens obsoletos ou danificados;
- Realizar inventários periódicos.

a) Importância do Controle de Estoque

- Proporcionar subsídios para determinar o que é necessário adquirir.
- Garantir a regularidade do abastecimento.
- Eliminar perdas e desperdícios.

b) Gestão e Controle

As organizações estão, continuamente, expostas às pressões ambientais, como as inovações tecnológicas, as globalizações, a competitividade do mercado, a busca pela qualidade total, entre outros, e precisam manter certo equilíbrio em suas relações com o ambiente, bem como com as partes que a compõem, de modo a garantir sua continuidade e o cumprimento de sua missão.

Diante deste contexto, evidencia-se a existência de um elemento nas organizações que as impulsiona em todas as

suas atividades, responsável por sua dinâmica, pela qualidade de suas respostas ao ambiente, pela manutenção de um equilíbrio em sua estrutura, bem como pela definição de seus objetivos.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4055

Os controles buscam garantir que os resultados do que foi planejado, organizado e dirigido se ajustem tanto quanto possível aos objetivos *a priori* estabelecidos, estando à essência do controle na verificação se a atividade controlada está ou não atingindo os objetivos e resultados desejados.

Dadas às mudanças que as organizações estão passando, é fundamental como interna, para facilitar a adaptação estratégica. O controle estratégico é aquele que está orientado à manutenção e à melhora contínua da posição competitiva da empresa, buscando orientar a atuação individual e de cada unidade aos objetivos globais dos membros da administração.

O sistema de controle deve apresentar um estreito relacionamento com o processo estratégico, contribuindo para a formulação de alternativas estratégicas que facilitem a atuação dos administradores e das diversas unidades com as diretrizes globais.

Além disso, a informação fornecida pelo sistema de controle deve ser útil para elaboração da estratégia (planejamento estratégico), bem como para avaliar a adequação da estratégia e da estrutura que se desenhou (avaliação estratégica).

Feedback é essencial ao controle. É extremamente importante que o planejamento estratégico, apoio de decisão, investimento, entre outros, estejam ligados, porque a administração precisa de informações para fazer os ajustes necessários para atingir o plano ou modificar o existente. Antecipar os problemas é essencial.

Para o processo de controle fazer sentido, a organização deve ter conhecimento e habilidade para corrigir as situações que identifica como fora de controle, caso contrário o controle não serviria a nenhum propósito, porque não pode corrigir as situações fora de controle.

Ouas perspectivas podem ser claramente diferenciadas, seguindo o conceito de controle. A primeira representa uma perspectiva limitada do que significa o controle na organização; a segunda, uma perspectiva mais ampla, em que se considera, também, o contexto em que ocorrem as atividades e os aspectos ligados à estratégia, estrutura organizacional, comportamento individual, cultura organizacional e meio ambiente. A Figura 4, apresentada a seguir, traça de maneira resumida um paralelo com as duas perspectivas.

ASPECTO	PERSPECTIVA LIMITADA	PERSPECTIVA AMPLA
Filosofia	Controle de cima para baixo.	Controle efetuado por todos.
Ênfase	Cumprimento.	Motivação, autocontrole.
Conceito de controle	Medição de resultado na análise de desvios e geração de relatórios.	Desenvolvimento de uma consciência orientada para o aperfeiçoamento contínuo.
Consideração do contexto social, organizacional e humano	Limitado. Normas rígidas, padrões valores monetários.	Amplo. Contexto social, sociedade, cultura, emoções, valores.
Fundamento teórico	Economia, Engenharia.	Antropologia, Sociologia, Psicologia.
Mecanismos de Controle	Controle baseado no resultado da Contabilidade de Gestão.	Formal e Informal. Outras variáveis, aprendizado.

Perspectiva de Controle

c) Requisitos necessários para um eficiente Sistema de Controle

- **Precisão da informação** - Que possibilite condições para possíveis intervenções, quando necessário;
- **Objetividade** - As informações devem ser claras e precisas;
- **Rapidez** - Devem estar disponíveis, quando necessário;
- **Arquivo da documentação** - As informações devem estar arquivadas adequadamente e facilmente

localizadas, quando da necessidade de consulta.

d) Responsabilidade pelo controle de Estoque

Um controle de estoque eficiente é resultante da soma de esforços conjuntos de todos os envolvidos no serviço. Para tanto, os funcionários devem estar conscientes das suas responsabilidades, treinados e instrumentalizados para o bom desempenho das suas atividades.

e) Níveis de Estoque

O grande desafio da administração de materiais é o dimensionamento correto dos estoques. Para manter um nível de estoque que atenda às necessidades, com regularidade no abastecimento contínuo da rede de serviços, é necessários um controle eficiente e a utilização de instrumentos para registro das informações, que facilitem o acompanhamento.

Para dimensionar o tempo de reposição (período decorrido entre a solicitação até a entrega do produto) devem-se considerar os prazos necessários para execução das compras.

f) Elementos de Previsão de Estoque

Os elementos de previsão constituem a própria gestão dos estoques e, por meio deles, são definidas as quantidades a serem adquiridas, em intervalos de tempo compatíveis.

- Consumo médio mensal - CMM
- Estoque mínimo - EMI (de segurança ou de reserva)
- Estoque máximo – EMX
- Tempo de ressuprimento ou reposição – TR
- Ponto de ressuprimento ou reposição/estoque de alarme – PR
- Quantidade de ressuprimento - QR

g) Tipos de Controle

Sem informação, não há gerenciamento. Para obtê-las, devem-se utilizar diversos recursos: sistema informatizado, fichas de controle de estoque, formulários para registro das informações, inventário, relatórios de acompanhamento etc.

Qualquer que seja a forma de controle adotada, informatizado ou manual (fichas de controle de estoques), podem-se utilizar as duas formas de controle, para maior segurança e confiabilidade das informações.

g.1) Controle de estoque informatizado

Para informatizar os estoques é necessário:

- organizar o serviço;
- conhecer sistemas de controles eficientes;
- identificar as necessidades de informações a serem trabalhadas;
- identificar os tipos de relatórios utilizados e necessários;
- elaborar o projeto;
- reunir com a equipe responsável pelo desenvolvimento do software;
- testar o piloto;
- implantar (gradualmente) o sistema.

O sistema informatizado só agiliza o processo. Se não existir um controle eficiente, esse sistema não irá solucionar

os problemas; pelo contrário, poderá aumentá-los.

g.2) Controle manual

Se o controle é feito manualmente, devem-se usar as fichas de prateleira, confrontando os registros ao final de cada mês.

h) Ficha de Controle de Estoque

Instrumento de controle simples, indispensável, quando não se tem um sistema informatizado.

Dados que devem constar em uma Ficha de Controle de Estoque:

- **Identificação do produto**: especificação (nome, forma farmacêutica, concentração e apresentação) e o código do medicamento;
- **Dados da movimentação do produto**: quantidade (recebida e distribuída), dados do fornecedor e requisitante (procedência/destinatário e número do documento), lote, validade, preço unitário e total;
- **Dados do produto**: consumo mensal, estoque máximo e mínimo, e ponto de reposição.

i) Organização das Fichas de Controle

- As fichas de controle devem ser organizadas em ordem alfabética (pelo nome genérico), numeradas e datadas;
- Ao término de cada mês, devem-se somar as entradas e saídas confrontando os estoques físicos com as fichas, corrigindo as distorções, e atualizando-as;
- O registro das entradas e saídas deve ser dado de forma diferenciada. As entradas em cor vermelha e as saídas nas cores azul ou preta, para fácil identificação das informações.

j) Inventário

Inventário é a contagem física dos estoques para verificar se a quantidade de medicamentos estocada coincide com a quantidade registrada nas fichas de controle ou no sistema informatizado.

k) Quando se deve fazer um Inventário

- Por ocasião do início de uma nova atividade ou função, ou término de um ano de trabalho;
- Sempre que o responsável se ausentar das funções, ao deixar e/ou assumir um novo cargo ou função;
- Periodicidade do inventário:

- diariamente, de forma aleatória, para monitorar produtos de controle especial (psicotrópicos, entorpecentes), medicamentos de alto custo e os de maior rotatividade;

- semanal, pela contagem por amostragem seletiva de 10% a 20% dos estoques;

- trimestral e anual, obrigatoriamente, ao final do ano-exercício, para atualização dos estoques e prestação de contas.

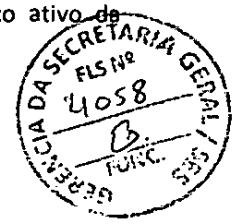
l) Importância do Inventário

- Permitir verificar as divergências entre os registros e o estoque físico
- Possibilitar avaliar o valor total (contábil) dos estoques para efeito de balanço ou balancete, no encerramento do exercício fiscal.

m) Tipos de Inventários

m.1) Geral

Realizado anualmente, com fins contábeis e legais, para incorporação dos seus valores ao balanço ativo da instituição e para a programação orçamentária do próximo exercício.



m.2) Periódico

Realizado em intervalos de tempo (mensal, bimensal, trimestral, semestral etc.).

m.3) Permanente ou continuo

Realiza-se sem intervalo de tempo, sempre após a entrada e saída de produtos, o que permite eliminar prontamente as falhas e causas.

n) Procedimentos Operacionais para realização de Inventários

1. Elaborar um instrumento padrão (formulário), com as especificações de todos os produtos, lote, validade, quantidades previstas, quantidades em estoque, diferenças (para mais e para menos) e percentual de erros;

2.Determinar o período para realização do inventário;

3.Designar responsáveis para contagem;

4.Proceder à arrumação física dos produtos, para a agilização da contagem;

5.Retirar da prateleira os produtos vencidos ou prestes a vencer, bem como os deteriorados, e dar baixa nos estoques;

6.Comunicar, por escrito, aos interessados (administração e usuários) a data de início e finalização do inventário;

7.Atender a todos os pedidos pendentes antes do início do inventário;

8.Revisar as fichas de controle (somando entradas e saídas);

9.Realizar a contagem. Cada item do estoque deve ser contado duas vezes. A segunda contagem deve ser feita por uma equipe revisora. No caso de divergência de contagem, efetuar uma terceira contagem;

10.Confrontar os estoques das fichas com o estoque físico;

11.Atualizar os registros dos estoques, fazendo os ajustes necessários;

12.Elaborar o relatório e encaminhar cópias às áreas competentes.

o) Recomendações

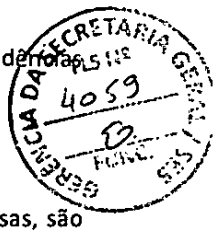
Durante o período de inventário, o atendimento deve ser suspenso, exceto para os pedidos de urgência.

As entradas e saídas de medicamentos devem ser lançadas somente após a finalização do inventário, para evitar risco de dupla contagem do mesmo produto.

No caso de divergências nos estoques:

- registrar a ocorrência;
- rastrear as notas fiscais de entrada, documentos de saída, registros de ocorrências de devolução, remanejamentos, perdas e validade vencida, para identificar as possíveis falhas.

- revisar as somas das entradas e saídas das fichas de controle, para avaliar se houve erro na soma ou registros, etc;
- em caso de desvio de medicamentos, comunicar por escrito à área competente, para as providências cabíveis.



p) Documentação e Arquivo

O controle da documentação, principalmente notas fiscais de entradas de medicamentos e guias de remessas, são imprescindíveis ao serviço, além de formulários de controle e registro das informações, para acompanhamento e avaliação do processo.

q) Elaboração dos Documentos

Para elaboração de documentos, é necessária a aplicação de metodologia, que comentaremos brevemente, apenas para lembrar de alguns elementos indispensáveis a essa elaboração.

q.1) Cabeçalho

Todo documento deve constar de cabeçalho, com dados da instituição e suas vinculações, além das fontes para contato e comunicação (endereço, telefone, fax e e-mail).

q.2) Título

Todo documento deve constar de título em destaque que o identifique. Exemplo: Mapa de Movimentação de Medicamentos.

q.3) Especificações

São dados referenciais do documento, tais como, número, destinatário, endereço, especificações, espaços para data, e assinaturas do emitente e do recebedor.

r) Principais Documentos para o Armazenamento

1. Livro-ata para registro de notas fiscais
2. Ficha de controle de estoque
3. Documento de Requisição (ou solicitação) de Medicamentos – RM
4. Guia ou Nota de Medicamento Fornecido - GMF ou NMF
5. Demonstrativo da Movimentação Mensal de Medicamentos - MMM
6. Boletim para informação dos medicamentos
7. Formulários para entrada e distribuição de medicamentos, avaliação de fornecedores, notificação de ocorrências no recebimento dos produtos, devolução, remanejamento, vencidos, incinerados, medicamentos sem movimentação, inventário etc.

s) Arquivo

Arquivar consiste em classificar, guardar e conservar, ordenadamente e de forma segura, toda a documentação utilizada.

Arquivo é o centro de informações do serviço e/ou instituição, cuja finalidade é propiciar rapidez na localização e consulta e/ou pesquisa efetuada, prestar informações, avaliar e transmitir experiência, resgatando a memória das ações que foram desenvolvidas em determinado período no tempo. Quanto maior a diversidade do serviço e atividades desenvolvidas, maior a necessidade de registros das informações.

O registro das informações norteia o direcionamento das ações, demonstrando as tendências, experiências

acumuladas, forma de atuação e desempenho no tempo, além de servir de base para tomada de decisões e reorientações.

t) Porque Arquivar

Para facilitar o processo de identificação, contabilidade e prestação de contas aos órgãos fiscalizadores. Por isso, toda movimentação de materiais (entradas, saídas e ocorrências) deve ser registrada, tiradas cópias e arquivadas ordenadamente, para possíveis auditorias.

u) Como Arquivar

Para organizar um arquivo, existem diversas formas e métodos:

1. Ordem numérica crescente da documentação (més-a-mês), de janeiro a dezembro;
2. Ordem alfabética;
3. Ordem cronológica;
4. Por requisitante.

v) Procedimentos Operacionais para o Arquivo

1. Designar um responsável para o arquivo;
2. Não permitir que as pessoas utilizem ou retirem documentos do arquivo sem autorização (só o responsável pelo arquivo pode retirar documentos);
3. Em caso de necessidade, o solicitante deverá assinar um documento de requisição, datar, assinar e entregar ao responsável;
4. Arquivar a cópia da solicitação junto ao documento consultado e/ou retirado;
5. Entregar sempre as cópias, nunca os originais;
6. Fazer, periodicamente, revisão do arquivo da documentação do setor, principalmente documentos fiscais, verificando a ordenação, numeração dos documentos, rasuras, assinaturas etc. Essa rotina poderá contribuir para que não ocorram problemas, quando da realização de auditorias.

w) Eliminação de Documentos

Para eliminar documentos, deve-se constituir numa equipe para avaliar sua importância como instrumento administrativo, valor e finalidade, definindo o que se deve preservar ou destruir. Após a eliminação, elaborar relatório, fundamentando as decisões, listar os documentos eliminados, datar e assinar. Toda essa rotina deve estar fundamentada na legislação que regulamenta as atividades de arquivo.

x) Documentos que podem ser prontamente Descartados

1. Cópias, cujos originais estão arquivados;

2. Documentos formais (convites, agradecimentos, documentos obsoletos etc.).

2.2.4. Transporte e Distribuição de Medicamentos

O processo de distribuição inicia-se com a apresentação pelo setor que necessita do material de uma requisição, podendo ser em papel ou meio eletrônico. O importante é a perfeita identificação do documento para fins de encaminhamentos e de recuperação da informação.

Observa que para o bom controle do fluxo de materiais somente algumas pessoas estarão autorizadas a requisitar itens.

O almoxarife deve avaliar cada requisição tendo como parâmetros os consumos médios habituais, evitando

requisição com quantidades não explicadas. Um aumento de consumo por evento atípico deve ser acompanhado, pois a quantidade extra irá alterar a média de consumo. Neste caso, o sistema informatizado terá a leitura que quantidades maiores deverão ser compradas, quando de fato, o aumento de consumo foi pontual e deve ser excluído da média para efeito de projeção futura.

SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4061
FUNC.

Este acompanhamento é muito importante, pois obriga o requisitante a refletir sobre a solicitação que está realizando. De forma geral, as quantidades em medidas corretas evitam os sub-estoques e as possibilidades de uso indevido de materiais e medicamentos.

O almoxarifado deve propor uma agenda ou um cronograma para atender as requisições e reservar um tempo para trabalho de organização interna. As urgências devem ser sempre atendidas, entretanto, não podem se tornar regra, pois quando o serviço começa a funcionar com grande número de atendimentos urgentes, é um sinal de que toda a estrutura ligada a central de armazenagem de distribuição tem que ser revista ou reavaliada, isto porque está trabalhando na maior parte do tempo em regime de exceção, provocando o efeito bola de neve.

O uso de etiquetas com códigos de barras agiliza de forma importante os procedimentos de baixa nos estoques e permite uma rastreabilidade dos itens com a identificação de lotes de fabricação aumentando os controles e a segurança para o gerenciamento de materiais.

Tratamento da movimentação de materiais de forma mais sistemática envolve um conjunto de princípios tais como:

- mínima distância e manipulação;
- segurança e satisfação (das pessoas envolvidas no transporte de materiais);
- padronização dos equipamentos de transporte;
- flexibilidade dos equipamentos;
- máxima utilização da gravidade;
- máxima utilização do espaço;
- ter um método alternativo para emergências e menor custo total.

2.2.5)Custos envolvidos na Administração de Materiais

A Administração de Materiais envolve o conhecimento e o controle dos seguintes conceitos de custos:

1. **custo de aquisição**: é o preço pago pelo bem ou serviço. O custo total de aquisição é definido pelo preço versus a quantidade;
2. **custo do pedido**: é o custo de se operacionalizar o pedido, ou seja, são salários, taxas, impressos, comunicação e outros custos dividido pelos pedidos realizados, o que resulta em um valor por pedidos realizados em um determinado momento;
3. **custo de manutenção**: é composto pelo custo de armazenamento como salários, energias, vigilância, custo de oportunidades dos ativos, custo do capital de giro, custo de desperdícios e de obsolescência;
4. **custo por excesso**: O excesso provoca, por vezes, perda do material pela ausência de controle, extravio, má utilização e inadequada armazenagem, gerando, assim, mais uma fonte de desperdício;
5. **custo por falta**: ocorre das possíveis compras de emergência a serem providenciadas pela ruptura do estoque, com preços superiores às de rotina. Cabe lembrar que estoque é dinheiro que fica parado nas prateleiras, isso deve incomodar o bom gestor, porque dinheiro parado não cumpre a sua função, isso leva a crer que o estoque ideal seja o mínimo possível ou mais próximo de zero.

2.3. As Boas Práticas e os Procedimentos Operacionais Padrão

A Política Nacional de Medicamentos, estabelecida pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916, de 1998, tem como propósito principal garantir a necessária segurança eficácia e qualidade dos

medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998a).

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4062

Para assegurar que este propósito seja alcançado, é importante que, em todas as etapas do que poderíamos chamar de ciclo do medicamento, compreendendo desde o seu desenvolvimento até a utilização pelo usuário, sejam adotados padrões, especificações, normas e procedimentos adequados para atingi- lo. Frente à complexidade e a necessidade de atender aos padrões estabelecidos, para muitas áreas, as exigências mínimas a serem atendidas são estabelecidas por órgãos oficiais por meio de mecanismos legais.

Os procedimentos adotados para assegurar a qualidade, uniformidade, reprodutibilidade destes processos são estabelecidos por cada empresa, em consonância com normas nacionais e internacionais, exigências legais e os interesses próprios de cada uma delas, entre eles a produtividade, a competitividade e outras demandas do mercado e dos clientes.

Também no setor público, é imprescindível que se estabeleçam estratégias e se desenvolvam mecanismos para ofertar um atendimento adequado – que atenda às expectativas dos usuários de seus serviços, e assegurar o fornecimento de produtos de qualidade.

Esta transformação deve se iniciar em cada local e setor de trabalho, sendo imprescindível para aqueles responsáveis pela Assistência Farmacêutica das Secretarias Estaduais de Saúde, pela própria característica das atividades por ela desenvolvida.

2.3.1. Importância dos Procedimentos Operacionais Padrão na Assistência Farmacêutica

Boas Práticas e os Procedimentos Operacionais Padrão são concebidos essencialmente para satisfazer as necessidades gerenciais internas da organização.

Para se implantar um sistema de qualidade é importante que se estabeleçam algumas ações, entre elas:

1. descrição da estrutura organizacional, com a missão da unidade, definição dos serviços e produtos prioritários, identificação dos clientes, estabelecimento de metas;
2. descrição dos processos, com sua padronização, definição de itens de controle, tratamento das não-conformidades, gerenciamento da rotina, programa de auditorias internas e o plano de melhorias;
3. elaboração dos procedimentos;
4. descrição das responsabilidades;
5. descrição dos recursos necessários.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) fazem parte da implementação de um sistema de qualidade, constituindo-se numa ferramenta de grande importância para sua estruturação. Estes Procedimentos descrevem em detalhes os processos e atividades realizadas nas unidades e nos setores.

Na assistência farmacêutica é importante que os procedimentos, condutas e normas a serem adotadas frente a cada situação, e a forma como as tarefas devem ser executadas, estejam devidamente registradas e sejam de conhecimento de toda a equipe envolvida. A padronização evita condutas individuais, democratiza a informação e minimiza a ocorrência de erros. Deve abranger todas as áreas e atividades da unidade incluindo as áreas administrativas e técnicas.

Na área técnica são particularmente importantes os POP referentes ao funcionamento dos equipamentos e máquinas, recebimento de insumos, armazenamento, expedição, controles, segurança e transporte, montagem dos processos, cadastro de pacientes, e dispensação. Devem ser elaborados em conjunto com a equipe responsável pela sua execução, descrevendo-se inicialmente a forma como vem sendo executado. Estas informações são analisadas para que se excluam procedimentos incorretos ou desnecessários, reapresentadas e

discutidas com a equipe. Visam refletir sobre a melhor forma de executar uma ação em consenso com a equipe que elabora, estabelecendo-se a conduta e consolidando-se a rotina por meio do POP.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4063 FUNC. SES

Os Procedimentos Operacionais Padrão devem se caracterizar pela simplicidade, descrição passo a passo, objetividade e facilidade na compreensão. Uma forma bastante eficiente de divulgá-lo e facilitar a adesão da equipe é apresentá-lo na forma de fluxograma. Este fluxograma pode ser afixado em local de fácil visualização, no setor onde é executada a ação.

Além de garantir a uniformidade na maneira de realizar uma tarefa por diferentes membros da equipe, a discussão dos POP estabelece compromisso com as pessoas e permite o planejamento das ações. É um excelente instrumento para treinar a equipe, ressaltando os efeitos de um trabalho bem executado. O POP deve ser um instrumento dinâmico, constantemente avaliado, verificando-se se os funcionários estão efetuando as tarefas de acordo com o estabelecido, atualizando- os sempre que houver mudança interna ou externa no processo.

A elaboração, implantação e avaliação dos Procedimentos Operacionais Padrão é um processo que não apresenta qualquer dificuldade, sendo uma poderosa ferramenta para promover a melhoria contínua da qualidade.

O responsável técnico pelo almoxarifado deve ser inscrito devidamente no Conselho Regional de Farmácia.

2.4. Área de Administração

Objetivo principal: promover a segurança do pessoal e prevenir a perda do produto.

2.4.1. Serviço de Apoio – Manutenção de Equipamentos

1. Manter as instalações e os equipamentos em condições de uso e segurança;
2. Estabelecer uma programação de manutençã preventiva dos equipamentos;
3. Realizar inspeções freqüentes e a calibragem de balanças;
4. Realizar inspeções periódicas no prédio para assegurar: ventilação apropriada, saneamento, proteção contra intempéries, iluminação e temperatura adequadas, superfícies de piso liso e uniforme.
5. Possuir um programa de treinamento para operadores, fazendo com que estes conheçam as maneiras ideais de operar as máquinas utilizadas no setor.

2.4.2. Serviço de Apoio – Segurança

1. Monitorar as áreas internas e externas das instalações (vigias, cercas, iluminação, vigilância por vídeo), sendo responsáveis pelo controle de acesso e monitoramento das dependências do almoxarifado.
2. Proibir o acesso ao interior do prédio de pessoas não autorizadas ou estranhas ao serviço;
3. Normatização e a obrigatoriedade de utilização de uniformes, o que é de grande valia para a identificação e controle das pessoas que circulam pelas dependências.
4. Realizar o credenciamento de identificação do pessoal e acompanhamento de visitantes;

2.4.3. Serviço de Apoio – Conservação e limpeza

1. Manter limpos e em ordem o interior e exterior das instalações, bem como áreas de recebimento, armazenamento, expedição de produtos.

2.4.4. Segurança contra incêndio

- almoxarifado deve possuir treinamento e plano de ação em caso de incêndio;
- Os funcionários devem saber identificar os mecanismos de controle e alerta.

Os extintores de incêndio devem estar em locais apropriados, adequadament identificados e com o controle de manutenção e inspeção anual em dia.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4064

IMPLANTAÇÃO DE LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

Hoje, as instituições hospitalares sofrem com as oscilações do mercado, pressões políticas, falta de recursos financeiros, instabilidade econômica e eventos adversos que exigem uma gestão cada vez mais rigorosa, para isto necessita-se que a logística assuma um papel de vantagem, onde as principais decisões são articuladas ao longo do tempo, podendo-se desenvolver padrões e decisões coerentes com a característica do negócio.

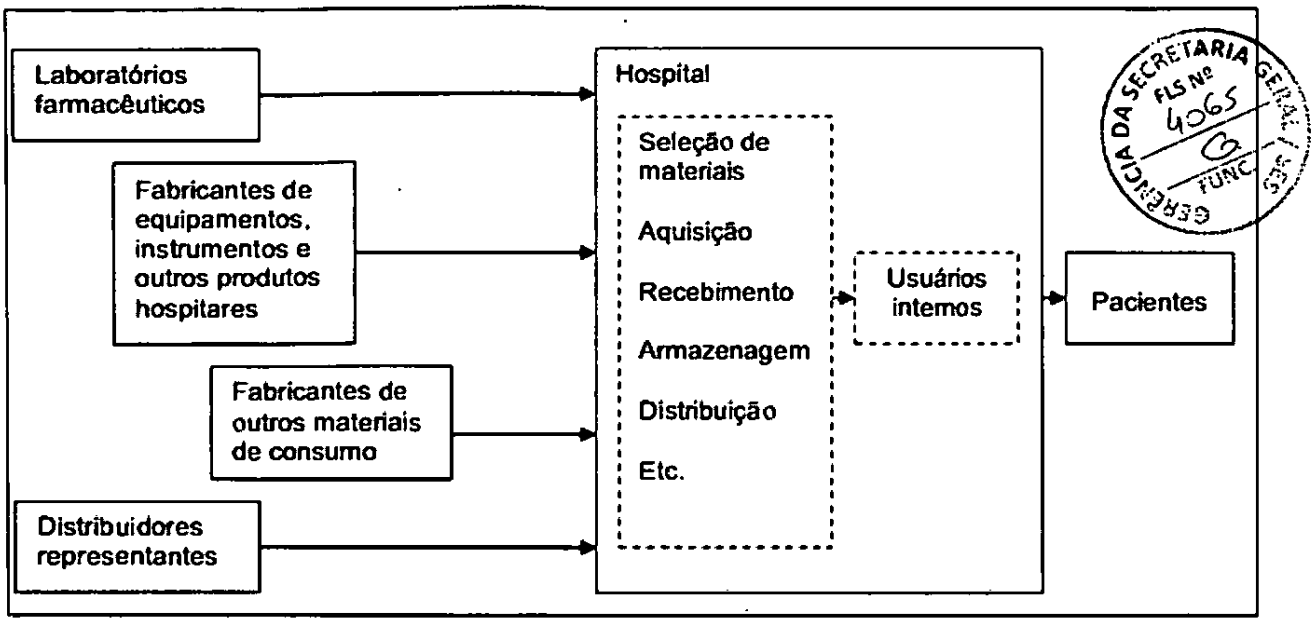
Avaliando-se a grande complexidade da Administração de Recursos Materiais na área Hospitalar, todo o processo de logística especificamente envolve a integração de informações, transporte, armazenamento, manuseio e distribuição de produtos, visto que aresponsabilidade operacional da logística está diretamente associada à disponibilidade de materiais no local onde são requisitados, ao menor custo possível.

A gestão eficiente de materiais exige por parte dos responsáveis constantes esforços. A diretoria não pode escapar de estabelecer diretrizes básicas, como por exemplo, não deixar faltar qualquer item vital para a saúde do paciente, o que significa, traduzindo essa política em indicador, visar um nível de serviço de 100%. Outros parâmetros que a cúpula da instituição necessita definir são os estoques mínimo e máximo que se devem manter.

A administração de materiais na área de saúde é mais complexa do que a de outros segmentos da economia, pois os medicamentos e materiais de enfermagem têm exíguo prazo de validade; requerem conservação a baixa temperatura; devem ser passíveis de rastreabilidade; são facilmente furtados; apresentam-se sob as formas mais diversas, desde comprimidos até injetáveis; as doses individuais devem ser diariamente prescritas, preparadas, baixadas dos estoques, ministradas ao paciente e faturadas sem omissão nem erro; e, finalmente, os resíduos contaminados devem ser removidos e incinerados com extremo cuidado.

A Logística Hospitalar

A logística hospitalar visa abastecer o hospital de recursos materiais que necessita para desempenhar suas atividades. Atua em todo o fluxo, desde os fornecedores de materiais até a entrega do produto aos clientes. Como mencionado na Figura 1, é parte do processo de gestão da cadeia de suprimentos. Abaixo segue a cadeia de suprimento de um hospital:



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4065 FUNC

Figura 1: Cadeia de suprimento de um hospital

A logística de abastecimento é o processo responsável em suprir as necessidades internas do hospital e acompanhar as interfaces externas.

Os itens importantes que pertencem ao processo de abastecimento, como a previsão de demanda, gestão de estoques, suprimentos e sistema de informação.

A cadeia de abastecimento é um conjunto de processos requiridos para obter materiais, agregar-lhes valor, de acordo com a concepção dos clientes e consumidores, e disponibilizar os produtos para o lugar (onde) e para a data (quando) que os clientes e consumidores os desejarem. A administração da cadeia de abastecimento exige o entendimento dos impactos que serão causados na organização, em seus processos e na sociedade.

Gestão de Estoques

Uma das mais importantes funções da administração de materiais está relacionada com o controle de níveis de estoques. A função principal da gestão de estoques é maximizar o uso dos recursos envolvidos na área logística do hospital. A importância da correta gestão de estoques pode ser mais facilmente percebida quando os bens necessários não estão disponíveis no momento exato e correto para atender às necessidades da demanda.

Quanto mais precisas forem as informações disponíveis, maiores serão as possibilidades de determinar o volume adequado de estoques para atender às atividades da organização. Entretanto, a obtenção de informações dessa natura gera custos crescentes à medida que desejamos que sejam mais exatas e completas.

Portanto, cabe avaliar com grande criteriosidade quais são as informações mais importantes e o que realmente serve de instrumento para a gestão..

Previsão da Demanda

A previsão da demanda ou o consumo é fundamental para a administração de materiais. Prever a demanda é uma forma de antecipar o futuro, para melhor esquematizar as decisões futuras. Portanto, é preciso analisar os métodos adotados para se obter tal instrumento que serve como um mapa ao gestor.

Armazenagem

O processo de armazenagem abrange as atividades administrativas e operacionais de recebimento, armazenamento, distribuição dos materiais aos usuários e controle físico dos materiais estocados. É extremamente importante que tais atividades estejam alicerçadas em estudos que objetivem identificar a localização adequada dos pontos de estocagem. Estes pontos devem ser localizados em locais com temperatura baixa, boa ventilação, iluminação adequada, sem umidade. Porém, mesmo escolhendo um local com todas estas atribuições é preciso que o gestor controle a temperatura e mantenham o ambiente sempre organizado. Um dos pontos de estocagem é o Almoxarifado Geral que requer controles e requisitos para obter qualidade e organização no fluxo, destacando-se os seguintes itens:

1. Isolamento para que nenhuma pessoa estranha tenha acesso a ele.

2. Rigorosa disciplina de entrada de pessoas estranhas ao serviço, as quais só terão acesso se acompanhadas de funcionários do almoxarifado.

3. Horário de atendimento pré-estabelecido a fim de reforçar os usuários a planejar suas requisições para serem atendidas nesse horário, exceto para emergências justificadas.

4. Sistema de atendimento noturno.

5. Atendimento sempre mediante requisições escritas e assinadas pelo responsável do setor, protocolando a entrega.

6. Numeração das prateleiras e células para permitir localização rápida.

7. Agrupamento de itens por natureza, com os itens de maior movimento em locais de mais fácil acesso.

Técnicas de Gestão de Estoques

O processo de gerenciar estoques deve ser assessorado de técnicas eficientes que asseguram na tomada de decisão do Gestor. É preciso ter uma visão ampliada dos fatotres que pertecem a cadeia, ou seja, desde o cadastro dos itens de estoque até o atendimento do cliente final.

Políticas de Estoque

As políticas de estoque são um meio para definir as regras das principais atividades da unidade de negócio. A formulação correta de uma política de estoque depende fundamentalmente de quando pedir, quanto pedir, quanto manter em estoques de segurança e da localização dos estoques.

Estoque de Segurança

Erros de previsão de demanda, registro de quantidade incorreta de itens na execução do inventário, atrasos no ressuprimento dos materiais e medicamentos são problemas comuns em todos os processos logísticos. Para lidar com essas incertezas é que podem ser utilizados estoques de segurança e devem ser mantidos para atender as necessidades de materiais durante o período de entrega sem que haja paradas.

A definição do prazo de espera ou lead time (L), é o tempo decorrido entre o início do processo de reposição e a entrada dos materiais ou medicamentos no estoque, sendo influenciado pela distância entre o fornecedor do item e a Instituição.

Classificação ABC e XYZ

Curva ABC

A curva ABC é um importante instrumento para se examinar estoques, permitindo a identificação daqueles itens que justificam atenção e tratamento adequados quanto à sua administração. Ela consiste na verificação, em certo espaço de tempo (normalmente 6 meses ou 1 ano), do consumo em valor monetário, ou quantidade dos itens de estoque, para que eles possam ser classificados em ordem decrescente de importância. Aos itens mais importantes de todos, segundo a ótica do valor, ou da quantidade, dá-se a denominação de itens da classe A, aos intermediários, itens da classe B, e aos menos importantes, itens da classe C. Obtém-se a curva ABC através da ordenação dos itens que serão analisados, conforme sua importância relativa no grupo.

Curva XYZ

Cada produto utilizado no hospital possui a sua importância para o processo produtivo. Assim como no Estudo da Curva ABC, que mostra quais os itens são os que possuem o mais alto custo, se comparado ao todo do estoque, a análise do método da Criticidade (ou XYZ) demonstra o grau de importância de cada material em relação à soma total dos itens, classificando os materiais em categorias X, Y ou Z em termos de importância.

Tabela 1: Classificação XYZ

Classificação	Criticidade
X	Itens cuja falta em estoque pode afetar seriamente a operação da Instituição e que não possuem substitutos.
Y	Itens cuja falta em estoque afeta a operação da Instituição sem consequências graves e que possuem substitutos em estoque sem a mesma qualidade.
Z	Itens necessários, mas não imprescindíveis para a operação da Instituição.

Just-in-Time

No setor de saúde, JIT recebe popularmente a denominação de SMM (Gerência de matérias sem estoque / Stockless Materials Management). A prática SMM é um programa desenvolvido entre o hospital e o fornecedor, no qual o fornecedor assume a função de distribuição central do hospital. Para tanto, o fornecedor entrega diariamente na área de recebimento do hospital os medicamentos ou materiais necessários, pré-alocados em caixas específicas por cada unidade.

O just-in-time é um meio para reduzir perdas no espaço de trabalho, sejam elas relacionadas a tempos ou recursos.

Inventário

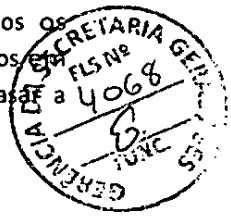
O inventário é a relação com descrição minuciosa dos bens. É muito importante estabelecer um cronograma para sua realização, sabendo-se que a obrigatoriedade é ser feito anualmente para computar no Balanço, porém o quanto de vezes durante o ano for realizado é melhor para melhoria nos processos e confiabilidade nas informações de status do estoque.

Uma importante atividade de controle é a realização de inventários ou contagens físicas dos estoques, que tem por objetivo verificar se as quantidades existentes nos pontos de estocagem correspondem aos saldos existentes nos relatórios contábeis.

Acuracidade do Inventário

Corresponde à diferença entre o estoque físico e a informação contábil de estoques. A acurácia de estoque é um indicador da qualidade e confiabilidade da informação existente nos sistemas de controle, contábeis ou não, em relação à existência física dos itens controlados.

Quando a informação de estoque no sistema de controle não confere com o saldo real, dizemos que este inventário não é confiável ou não tem acuracidade. A falta de confiabilidade nas informações afeta todos os setores da Instituição, desde o nível gerencial até o operacional. Uma informação errada dos saldos em estoque pode levar a uma decisão equivocada na área de planejamento de estoques ou compras, atrasar a produção ou até mesmo ocasionar a falta do produto para o cliente.



A fórmula utilizada para calcular a acuracidade pode ser vista abaixo:

$$\text{ACURACIDADE: } \frac{\text{Quantidade de informações corretas}}{\text{Quantidade de informações verificadas}} \times 100$$

Divergências e tolerâncias de contagem

A importância do cálculo das divergências é para identificar se os erros de estoque têm grande relevância aos saldos controlados pelo sistema ou se as diferenças são residuais, tipicamente resultantes de pequenos erros de contagem.

Indicador de Nível de Serviço

No que diz respeito ao nível de serviço (ou nível de atendimento), este pode ser considerado um indicador da eficácia do estoque, porque ele é o indicador de quão eficaz foi o estoque para atender às solicitações dos usuários. Logo, quanto mais requisições forem atendidas, nas quantidades e especificações solicitadas, tanto maior será o nível de serviço. Os indicadores de nível de serviço estão associados aos resultados da gestão de estoque no que tange à disponibilidade de produtos.

Análise Financeira

Os custos de estoques devem ser acompanhados pelo Gestor, sabendo-se que o custo total associado à gestão de estoques em organizações de saúde é o resultado da soma de diversos componentes como, por exemplo, os (as): gastos com a compra (a quantia que é efetivamente desembolsada na aquisição do medicamento); gastos com o ressuprimento (frete e colocação do pedido via telefone, fax ou internet); custos de oportunidade do capital (valor do dinheiro no tempo, aplicado ao custo unitário de aquisição do medicamento); custos de armazenagem (ou seja, o almoxarifado como centro de custos); custos da falta do medicamento (vidas em risco, ações na justiça e indenizações); perdas por perecibilidade (prazo de validade).

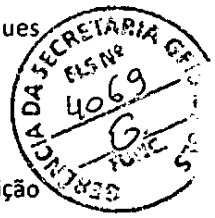
Para o gerenciamento de todas estas variavéis é preciso a aplicação e acompanhamento de indicadores que sinalizem a eficiência dos processos, com o objetivo de monitorar, orientar e induzir o desempenho da organização e, principalmente, apoiar os processos decisórios de modo a reorientar as ações e o conseqüente o rumo da organização.

Giro de Estoque

Giro de Estoque (GE) corresponde ao número de vezes em que o estoque é totalmente consumido durante um determinado período.

Os administradores, de forma geral, crêem que quanto maior for o giro dos estoques mais eficientemente

estes estarão sendo administrados. Isso é verdadeiro até certo ponto, pois um alto giro dos estoques pode também indicar problemas. Por exemplo, um modo de aumentar o giro do estoque é manter estoques muito pequenos; contudo tal estratégia pode resultar num grande número de itens em falta no estoque.



Padronização de Materiais e Medicamentos

Para iniciar o processo de padronização de materiais e medicamento é muito importante que a Instituição implante uma Comissão de Padronização composta por membros multiprofissionais que opinem sobre os materiais que deverão ser pradronizados e incorporados ao estoque e os avaliem. Os membros dessa comissão devem reunir-se periodicamente para discutir e resolver os problemas que envolva a qualidade dos materiais utilizados, as possíveis substituições e os testes de novos produtos. A interação com as unidades envolvidas, como a Administração, Corpo Clínico, Enfermagem, Unidade de Suprimentos e Compras, Almoxarifado, Comissão de Ética e a Qualidade é indispensável.

A padronização é uma forma de normalização. De acordo com a International Organization for Standardization (ISO), normalização é o processo de formulação e aplicação de regras para o tratamento ordenado de uma atividade específica.

O papel da Unidade de Suprimentos e Compras

A Unidade de Suprimentos e Compras tem a missão de gerenciar, acompanhar, orientar todas as negociações, documentar e organizar os processos de compras, monitorar os indicadores de produtividade e financeiros, estando em constante contato com a direção da Instituição.

Controle Orçamentário

O acompanhamento das metas orçamentárias é vital para o fechamento de uma negociação, ou seja, não deixar que somente o financeiro verifique que o saldo estorou é uma medida de prevenir-se. Se a Unidade de Suprimentos realizar um acompanhamento das metas do orçamento versus o consumo versus o que será comprado, contribuirá para que não ocorra excesso de estoque.

Pedidos de Uegência

A Instituição sempre estará sujeita as variáveis externas e internas que influenciam seus processos, por exemplo, um atraso de entrega do fornecedor, impactando na previsão de chegada do item e o estoque de segurança não ser necessário para o atraso, ou a interdição da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) de um item que pouquíssimos fornecedores dispõem.

Dar-se-a uma tolerância de um % mínimo de pedidos de urgência, o qual deve ser acompanhado pela Instituição para que não se torne uma fragilidade.

Cadastro de Itens e Fornecedores no Sistema

O cadastro correto de itens e fornecedores requer um bom treinamento da equipe e contínua revisão e atualização. Hoje com inúmeras mudanças no mercado os produtos estão em constantes inovações, portanto a parametrização correta dos itens no sistema, digo quantidade, lote, descrição, data de validade, é muito importante para assegurar a confiabilidade das informações.

Qualificação e Avaliação de Fornecedores

A qualificação e avaliação de fornecedores é fundamental para garantir a segurança dos processos e o cumprimento de prazos, metas e objetivos. São várias as formas de avaliar os seus fornecedores, entretanto, de um modo geral os seguintes aspectos são obrigatórios: Custo, Qualidade, Pontualidade, Inovação,

Flexibilidade, Produtividade, Instalações e Capacitação Gerencial e Financeira.

É importante utilizar um modelo de avaliação, que servirá de instrumento para a ponderação de cada quesito dentro da respectiva categoria. Por exemplo: categoria Produto: os quesitos são Custo, Qualidade, Embalagem e Garantia, para cada quesito agregamos um peso relativo. Quando se aplica a avaliação se resulta deste questionário estruturado uma nota geral para o determinado fornecedor, auxiliando assim na decisão de escolha do fornecedor que atingir maior pontuação, também é importante determinar uma política que mencione os aspectos que eliminam determinado fornecedor de continuar no processo de avaliação. Apresentamos abaixo um quadro com os limites de aceitação de um fornecedor:

Quadro 1: Limites de aceitação de um fornecedor

Aceitável como fornecedor	acima de 350 pontos
Segunda chance, após implantação de melhorias	300 a 349 pontos
Incapaz	0 a 299 pontos

De todos os critérios, a capacidade de inovar, reputação e responsabilidade socioambiental são fatores importantes para decidir se uma dada empresa poderá ou não ser incluída no cadastro de fornecedores. Outras questões são a periodicidade de avaliação e o registro das intercorrências que ocorrerem, assegurando assim uma melhor segurança da continuidade de qualidade na integração com os fornecedores.

Hoje, buscamos também nos alinharmos às normas, como a ISO 9001, que oferecem padrões para acompanhamento do processo de avaliação.

Logística e o Sistema de Informação

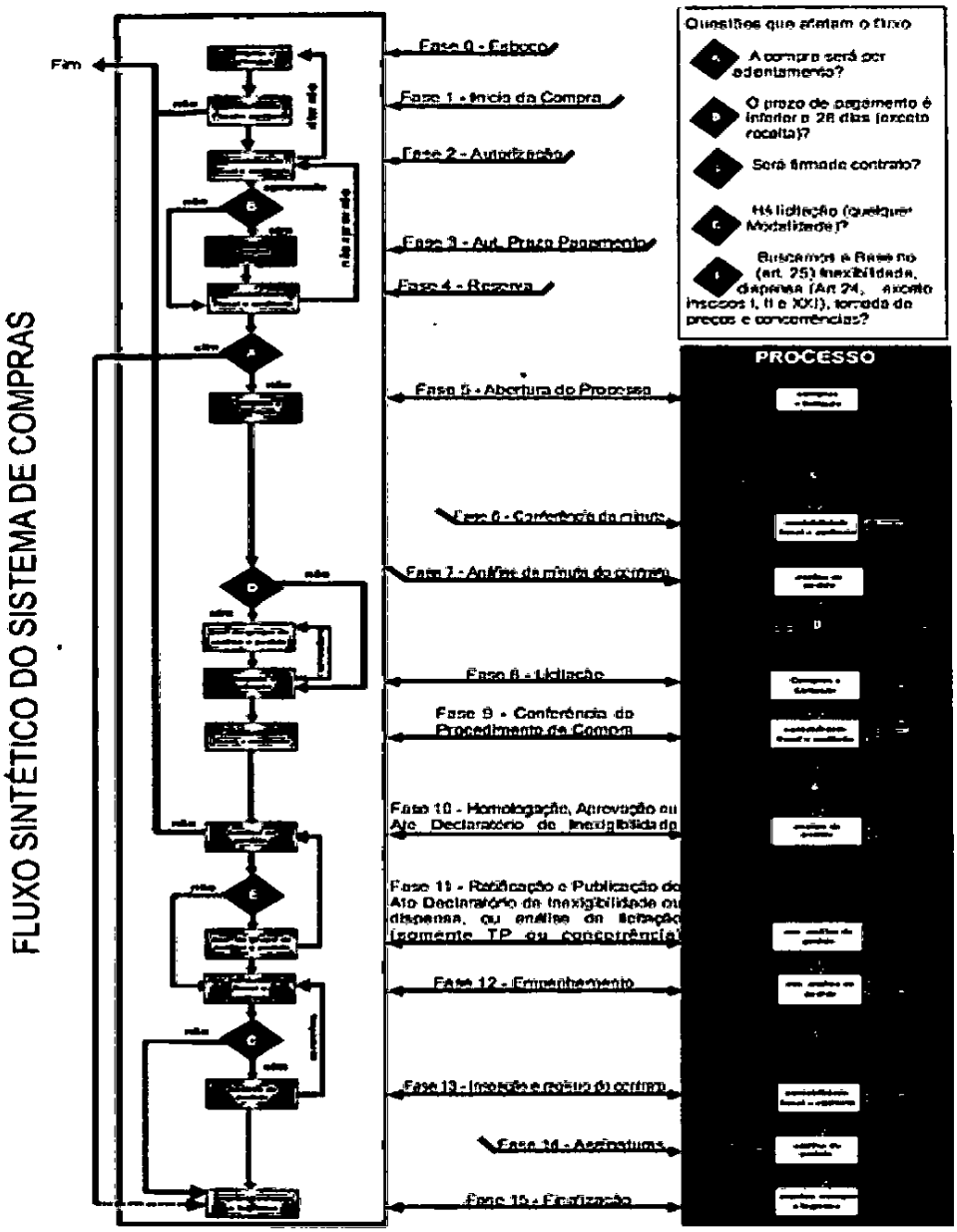
Um sistema de informação pode ser definido tecnicamente como um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam (ou recuperam), processam, armazenam e distribuem informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação e o controle de uma organização. O sistema de informações gerenciais é o conjunto de equipamento, procedimento e pessoal para criar um fluxo de informação útil das operações diárias, auxiliando o planejamento e controle global das atividades.

Nessa busca por melhoria no desempenho organizacional, uma das estratégias adotadas consiste em focar esforços na adoção de soluções que viabilizem a integração dos processos.

Os sistemas de informações oferecem suporte na rastreabilidade, controle de validade, relatórios gerenciais, proporcionando assim ferramentas para uma gestão de estoques eficaz.

5.4.6 DESCRIÇÃO DO MODELO DE COMPRAS.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4071



5.4.7 DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO DO MODELO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.

5.4.8 DESCRIÇÃO DO MODELO DE AVALIAÇÃO (ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO) A SER ADOTADO.

5.4.9 DESCRIÇÃO DO MODELO DE CUSTEIO E INVESTIMENTO A SER ADOTADO.

5.4.10 DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EVENTUALMENTE TERCEIRIZADOS.

OBS: TODOS OS ITENS LISTADOS ACIMA JÁ FORAM TOTALMENTE CONTEMPLADOS

5.4.11 SISTEMA DE INFORMAÇÃO/PRONTUÁRIO ELETRÔNICO PARA A MELHORIA DA QUALIDADE E RESOLUBILIDADE DO ATENDIMENTO

O sistema de prontuário eletrônico já é utilizado pelo INSTITUTO SOCIAL FIBRA em outros serviços. O sistema agrega as funcionalidades de característica administrativa, clínica e de gestão adequadas à operacionalidade do serviço.

O sistema a ser utilizado disponibilizará os procedimentos inerentes à gestão administrativa relacionada com o recenseamento de usuários, sua caracterização demográfica e relações.

Ao nível administrativo contempla também as funcionalidades adequadas ao planejamento de agendas por profissional, especialidade, ou recurso (ex.: sala, equipamento), e respectiva gestão de agendamentos. Incorpora as funcionalidades de característica clínico-administrativas adequadas aos fluxos de processos de gestão das listas de espera para consulta externa, internação, centro cirúrgico e hospital dia, visando a otimização da capacidade de resposta dos serviços das unidades de saúde.

De igual forma, também inclui as funcionalidades inerentes à gestão dos recursos em internação, centro cirúrgico e observação, serviços, enfermarias, quartos, leitos e respectiva alocação de recursos humanos e materiais, salas de cirurgia, equipamentos e cadeiras para tratamento.

O Prontuário Clínico Eletrônico inclui as vertentes de registro de informação relacionadas com a prestação de cuidados efetuados pelos profissionais de saúde (ex.: registro da consulta, registro de cirurgia, registro de valores de resultados de análises e exames, planejamento e registro de cuidados de enfermagem, prescrições), a consulta de informação clínica (ex.: diagnósticos, procedimentos, parâmetros biométricos, medicamentos e informações especificas), a geração de alertas para suporte à decisão clínica ou para apoio à gestão do risco clínico (ex.: protocolos, interações, e outros), ou a emissão de documentos (ex.: atestados, declarações, resumos de alta clínica para envio às entidades referenciadoras).

A metodologia de registro da informação respeita o processo de decisão clínica orientado por problemas e centrado no usuário, com tabelas de codificação normalizadas (ex.: CID, ICPC, ASA, TISS 28, Glasgow, TNM, Estadiamentos, CIPE, etc.), segundo as parametrizações definidas.

De forma complementar, o acesso à informação clínica é adequado por perfis de utilização, mediante parametrizações a efetuar de acordo com os grupos profissionais e lógica organizacional da instituição.

5.5. ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

5.5.1 POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Nesse item será dada ênfase à política de recursos humanos, abordando-se o recrutamento e seleção, administração de pessoal, administração de cargos e salários, administração de benefícios, treinamento e desenvolvimento, indicadores de absenteísmo e rotatividade da mão de obra.

RECUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAL

As atividades de recrutamento e seleção serão devidamente formalizadas. O processo seletivo será realizado através de seleção pública, especialmente elaborado para preenchimento de cada cargo na estrutura do hospital.

ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

No referente à área de administração de pessoal, serão realizadas avaliações sistemáticas do quadro de pessoal para identificar se os profissionais estão tecnicamente capacitados para a execução das tarefas a eles

relacionadas, de acordo com a legislação trabalhista vigente, as normas e as rotinas administrativas internas. A área também realizará a documentação e registro de empregados, folha de pagamento, relacionamento com a previdência social e regulamento interno de trabalho como faltas, licenças e sanções disciplinares. Um sistema de informação de gerenciamento de recursos humanos possibilitará o manuseio das informações gerenciais.

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4073
FOLHA

ADMINISTRAÇÃO DE CARGOS E SALÁRIOS

O Instituto Social Fibra realizará a descrição dos cargos com as especificações de cada um e a relação sistematizada das atividades devendo permitir a compreensão do que, do como e do por que é feita cada uma das tarefas. A especificação de cada cargo deverá contemplar as condições exigidas do ocupante com relação a escolaridade, experiência, iniciativa e habilidades, bem como a responsabilização do ocupante por erros, materiais, equipamentos, ferramentas, condições de trabalho e requisitos físicos.

A administração de salários estabelecerá estruturas de salários equitativas e justas na organização.

ADMINSTRAÇÃO DE BENEFÍCIOS

Os serviços e benefícios sociais deverão fornecer apoio e suplementação. Deverá promover a manutenção da força de trabalho dentro do nível satisfatório de moral e produtividade.

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

No que diz respeito ao treinamento e desenvolvimento de pessoal, o Instituto Social Fibra manterá um programa de capacitações/treinamento de âmbito geral, isto é, para todas as categorias existentes no quadro de pessoal. Especial atenção será dada às capacitações/treinamentos para a área de enfermagem considerando a gama de atribuições e atividades sob responsabilidade dessa equipe, determinante no processo de qualificação da atenção e humanização do atendimento.

A Comissão de Qualidade desenvolverá um programa de melhoria continua com cursos e treinamento em todos os níveis, inclusive o gerencial com assessoria externa.

A avaliação do desempenho será realizada trimestralmente, devendo-se estabelecer junto à SES-GO os mecanismos para gratificação pelo atingimento de metas, considerando os indicadores qualitativos e quantitativos.

INDICADORES RELATIVOS A RECURSOS HUMANOS

Serão monitorados dois indicadores relativos aos recursos humanos: o índice de absenteísmo e a rotatividade de mão de obra, sendo observado na literatura as taxas de 0,3% e 2,5%, respectivamente, como parâmetros aceitáveis. Taxas superiores são determinantes de ações de investimento em recursos humanos no sentido de reduzí-las.

Todos os fatores elencados refletem diretamente na produtividade e qualidade do serviço prestado, em razão de possibilitarem a colocação do profissional adequado a cada função, por meio do uso de mecanismos de motivação, além de maiores investimentos em treinamento e desenvolvimento de pessoal.

5.5.2 . PRAZOS PROPOSTOS PARA O PLENO FUNCIONAMENTO DE CADA SERVIÇO (CRONOGRAMA)

AÇÕES	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Reuniões com equipe SES e outros serviços do território/ início da *estruturação do apoio ao* TEIAS												
Processo seletivo e contratação de Recursos Humanos												
Implantação dos Fluxos internos												
Contratação SADT												
Impantação do Sistema de Informação / PE												
Inicio atividade de Educação Permanente												
Implantação das Comissões Internas do Hospital												
Contratação serviço Manutenção de equipamentos												
Contratação serviço Manutenção Predial												
Contratação serviço de Vigilância												
Contratação serviço de Lavanderia												
Contratação e implantação dos serviço de Nutrição e Dietética												
Implantação do PGRSS												
Implantação do Centro de Estudos												

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4074

5.5.3 RECURSOS HUMANOS ESTIMADOS

Categoria		Carga hor. Semanal	Nº /DIA /plantão	Total	Área de Trabalho	Salário Base
Assensorista plantonista diurno		P 12x36h	2	4	Administração- Zeladoria	618,00
Assistente Social diurno		D 40 h	1	3	SAU	3.000,00
Assistente Social diurno		P 12x60h	2	6	Urgência/Emergência	2.250,00
Assistente Social noturno		P 12x60h	2	6	Urgência/Emergência	2.250,00
Auxiliar Administrativo Plantonista diurno		P 12x36h	8	24	SAME	613,00
Auxiliar Administrativo plantonista diurno		P 12x36h	4	4	Urgência/Emergência	613,00
Auxiliar Administrativo Plantonista Noturno		P 12x36h	4	12	SAME	613,00
Auxiliar Administrativo plantonista noturno		P 12x36h	4	4	Urgência/Emergência	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	4	4	Administração- Almoxarifado- controle, estoque e distribuição	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	Administração- Biblioteca	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	Administração- Centro de Estudos	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	3	3	Administração Compras	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	4	4	Administração Comunicação e Protocolo	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	6	6	Administração- Direção e Gerência	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	5	5	Administração Faturamento	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	Administração- Patrimônio	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	Administração- RH administração e expediente	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	Administração- RH frequência- assentamento- cadastro	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	Administração- RH recrutamento e seleção	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	CCIH	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	CENTRO CIRURGICO	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	4	4	Internação	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	Serviço de Patrimônio	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	2	2	Urgência/Emergência	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI 1 10 L	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI 2 20 L	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI Cardiológica 10 L	613,00
Auxiliar Administrativo rotina		D 40 h	1	1	UTI Neurológica 20 L	613,00
Auxiliar de Limpeza P diurno		P 12x36h	33	66	Serviços	613,00
Auxiliar de Limpeza P noturno		P 12x36h	20	40	Serviços	613,00
Auxiliar de Serviços Gerais		D 40 h	2	2	Administração- Almoxarifado- controle, estoque e distribuição	613,00
Auxiliar de Serviços Gerais		D 40 h	1	1	Administração Comunicação e Protocolo	613,00
Auxiliar de Serviços Gerais		D 40 h	2	2	Administração- Patrimônio	613,00
Bibliotecário		D 40 h	1	1	Administração- Biblioteca Centro estudos	3.000,00
Coordenação de Gestão de Pessoas		D 40 h	1	1	Administração	3.000,00
Diretor Administrativo		D 40 h	1	1	Administração	10.000,00
Diretor Clínico		D 40 h	1	1	Administração	10.000,00
Diretor Geral		D 40 h	1	1	Administração	12.000,00
Diretor Técnico		D 40 h	1	1	Administração	10.000,00
Enfermeiro		D 40h	1	1	CCIH	3.000,00
Enfermeiro cCoordenador CME		D 40h	1	1	CME	3.000,00
Enfermeiro Coordenação equipe CC e RPA		D 40h	1	1	CENTRO CIRURGICO	3.000,00
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 1		D 40 h	1	1	UTI 1 10 L	3.000,00
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 1		D 40 h	1	1	UTI Cardiológica 10 L	3.000,00
Enfermeiro Coordenador Enfermagem UTI 2		D 40h	1	1	UTI 2 20 L	3.000,00
Enfermeiro CoordenadorEnfermagem UTI NEU		D 40h	1	1	UTI Neurológica 20 L	3.000,00
Enfermeiro Ed Continuada		D 40h	3	3	Educação Continuada	3.000,00
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L	2.250,00

Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	2	6	UTI 2 20 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista diurno		P 12x60h	2	6	UTI Neurológica 20 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	2	6	UTI 2 20 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L	2.250,00
Enfermeiro Intensivista plantonista noturno		P 12x60h	2	6	UTI Neurológica 20 L	2.250,00
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	2	6	CENTRO CIRURGICO	2.250,00
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	4	12	internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	2.250,00
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	1	3	Serviço de Anestesia RPA	2.250,00
Enfermeiro plantonista diurno		P 12x60h	3	21	Urgência/Emergência	2.250,00
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	1	3	CENTRO CIRURGICO	2.250,00
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	4	12	internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	2.250,00
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	1	3	Serviço de Anestesia RPA	2.250,00
Enfermeiro plantonista noturno		P 12x60h	3	9	Urgência/Emergência	2.250,00
Enfermeiro rotina		D 30h	4	4	Internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	2.250,00
Enfermeiro rotina		D 30h	2	2	Urgência/Emergência	2.250,00
Farmacêutico plantonista diurno		P 12x60h	4	12	Serviço de Farmácia	2.250,00
Farmacêutico plantonista noturno		P 12x60h	4	12	Serviço de Farmácia	2.250,00
Farmacêutico responsável técnico		D 40h	1	1	Serviço de Farmácia	3.000,00
Fisioterapeuta		D 30h	3	3	internação Serviço de Fisioterapia	2.250,00
Fisioterapeuta		P 12x60h	1	3	UTI Neurológica 20 L	2.250,00
Fisioterapeuta Chefe equipe Fisioterapia		D 30h	1	1	Internação Serviço de Fisioterapia	2.250,00
Fisioterapeuta diurno UTI 1		P 12x60h	1	3	UTI 1 10 L	2.250,00
Fisioterapeuta diurno UTI 1		P 12x60h	1	3	UTI Cardiológica 10 L	2.250,00
Fisioterapeuta diurno UTI 2		P 12x60h	1	3	UTI 2 20 L	2.250,00
Gerência de Ambulatório		D 40 h	1	1	Administração	3.500,00
Gerência de Apoio Logístico		D 40 h	1	1	Administração	3.500,00
Gerência de Apoio Técnico		D 40 h	1	1	Administração	3.500,00
Gerência de Enfermagem		D 40	1	1	Administração	3.500,00
Gerência Financeira e Orçamentária		D 40 h	1	1	Administração	3.500,00
M Cirurgião Bucomaxilofacial (40 cirurgias)		P 24h	2	14	Urgência/Emergência	2.400,00
Maqueiro Plantão diurno		P 12x36h	6	12		613,00
Maqueiro Plantão noturno		P 12x36h	6	12		613,00
Médico Cardiologista Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	2	14	UTI Cardiológica 10 L	4.500,00
Médico Anestesista		P 24h	1	7	Serviço de Anestesia RPA	4.500,00
Médico Anestesista sab e dom		P 24h	7	14	Serviço de Anestesia	4.500,00
Médico Anestesista seg-sexta diurno		P 12h	10	50	Serviço de Anestesia	2.250,00
Médico Anestesista seg-sexta noturno		P 12h	7	35	Serviço de Anestesia	2.250,00
Médico Cardiologista (8L)	Presencial	D 40h	1	1	internação CI Médica	7.500,00
Médico Cardiologista Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	1	1	UTI Cardiológica 10 L	7.500,00
Médico Cirurgião Plástico (1 cirurgia)	Presencial	D 20h	1	1	Internação	3.750,00
Médico Cirurgião Geral plantonista*	Presencial	P 24h	5	35	Urgência/Emergência	4.500,00
Médico Cirurgião Geral rotina (220 cirurgias)	Presencial	D 40 h	2	2	Internação Clínica Cirurgica	7.500,00
Médico Cirurgião Vascular (50 cirurgias)	Presencial	P 24h	1	7	Urgência/Ernergência	4.500,00
Médico Clínico plantonista*	Presencial	P 24h	4	28	Urgência/Emergência	4.500,00
Médico Clínico rotina (8 L)	Presencial	D 40h	1	1	internação CI Médica	7.500,00
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	2	14	UTI 1 10 L	4.500,00
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	4	28	UTI 2 20 L	4.500,00
Médico Especialista Intensivista plantonista	Presencial	P 24h	4	28	UTI Neurológica 20 L	4.500,00
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI 1	Presencial	D 40h	1	1	UTI 1 10 L	7.500,00
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI 1	Presencial	D 40h	1	1	UTI Cardiológica 10 L	7.500,00
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico	Presencial	D 40h	1	1	UTI 2 20 L	7.500,00

UTI 2						
Médico Especialista Intensivista Resp. Técnico UTI NEU	Presencial	D 40h	1	1	UTI Neurológica 20 L	7.500,00
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	1	1	UTI 1 10 L	7.500,00
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	3	3	UTI 2 20 L	7.500,00
Médico Especialista Intensivista rotina *função também do Resp. Técnico	Presencial	D 40h	3	3	UTI Neurológica 20 L	7.500,00
Médico Geriatra rotina (4L)	Presencial	D 20h	1	1	internação CI Médica	3.750,00
Médico Infectologista	Presencial	D 40h	1	1	CCIH	7.500,00
Médico Neuro Cirurgião plantonista* (50 cir)	Presencial	P 24h	2	14	Urgência/Emergência	4.500,00
Médico Neurologista rotina (6L)	Presencial	D 40h	1	1	internação CI Médica	7.500,00
Médico Drtopedista/Traumat. rotina (650 cir)	Presencial	D 40h	12	12	Internação TRAUMA 1	7.500,00
Médico Ortopedista/Traumat. plantonista *	Presencial	P 24h	6	42	Urgência/Emergência	4.500,00
Médico Drtopedista/Traumat. plantonista *	Presencial	P 24h	6	42	Urgência/Emergência	4.500,00
Médico Responsável SAME-Documentação Médica	Presencial	D 40h	1	1	SAME	7.500,00
Oficial de farmácia diurno		P 12x60h	7	21	Serviço de Farmácia	710,00
Oficial de farmácia noturno		P 12x60h	7	21	Serviço de Farmácia	710,00
Psicólogo		D 40 h	1	1	Administração- RH recrutamento e seleção	3.000,00
Psicólogo		D 40 h	1	1	serviço psicologia/ Urgência/Internação	3.000,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	20	60	CENTRO CIRURGICO	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	CME	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	CME	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	18	54	Internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	2	6	Serviço de Anestesia RPA	810,00
Téc Enfermagem Plantonista diurno		D 30h	4	4	Urgência/Emergência	810,00
Téc Enfermagem Plantonista diurno		P 12x60h	8	24	Urgência/Emergência	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	UTI 1 10 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	10	30	UTI 2 20 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	5	15	UTI Cardiológica 10 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista diurno		P 12x60h	10	30	UTI Neurológica 20 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	14	42	CENTRO CIRURGICO	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	18	54	Internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	2	6	Serviço de Anestesia RPA	810,00
Téc Enfermagem Plantonista noturno		P 12x60h	8	24	Urgência/Emergência	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	5	15	UTI 1 10 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	10	30	UTI 2 20 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	5	15	UTI Cardiológica 10 L	810,00
Téc Enfermagem plantonista noturno		P 12x60h	10	30	UTI Neurológica 20 L	810,00
Téc Enfermagem rotina		D 30h	8	8	Internação CI Méd/Cirurg/Trauma 1 e2	810,00
Telefonista		D 30 h	5	5	Administração Comunicação e Protocolo	613,00

SECRETARIA DA GERÊNCIA FLS 10

S.5.4 PLANILHA DE CUSTOS/DESPESAS MENSAIS

Receitas e Despesas Operacionais													
RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS-8	MÊS-9	MÊS-10	MÊS-11	MÊS-12	TOTAL
Repasse Contrato de Gestão/Convênio (Fixo + variável)	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	104.958.270,86
Repasse Programas Especiais/Eventuais													
Total (1)	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	104.958.270,86
SUS / Ambulatório		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (2)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Resultado de Aplicação Financeira		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Reembolso de Despesas		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Obtenção de Recursos Externos à SES		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Demais Receitas (Convênios)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Receitas Extras		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total (3)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total Geral das Receitas (1) + (2) + (3)	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	104.958.270,86
DESPESAS OPERACIONAIS	MÊS 1-	MÊS 2-	MÊS 3-	MÊS 4-	MÊS 5-	MÊS 6-	MÊS 7-	MÊS-8	MÊS-9	MÊS-10	MÊS-11	MÊS-12	TOTAL
1. Pessoal	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	5.246.422,57	62.957.070,86
1.1. Ordenados	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	2.981.507,80	35.778.093,60
1.2. Encargos Sociais	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	1.512.817,06	18.153.804,69
1.3. Provisões (13º+Férias)	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	693.498,71	8.321.984,57
1.4. Benefícios	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	58.599,00	703.188,00
1.5. Outras Formas de Contratação (Ex.RPA)		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2. Material/Medicamentos	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	822.000,00	9.864.000,00
2.1. Materiais Médico Hospitalar	467.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	462.000,00	5.544.000,00
2.2. Medicamentos	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	360.000,00	4.320.000,00
3. Materiais Diversos	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	726.000,00	8.712.000,00
3.1. Material de Higienização	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	62.000,00	744.000,00
3.2. Material/Gêneros Alimentícios	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	504.000,00
3.3. Material Expediente	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	216.000,00
3.4. Combustível	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	312.000,00
3.5. GLP	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	18.000,00	216.000,00
3.6. Material de Manutenção	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	110.000,00	1.320.000,00
3.7. Outras Despesas com Materiais Diversos	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	450.000,00	5.400.000,00
4. Seguros/Impostos/Taxas	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	27.000,00	324.000,00
4.1. Seguros (Imóvel e Automóvei)	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	132.000,00
4.2. Impostos/Taxas (Ex.: IOF, Taxas Bancárias, ARPE, etc.)	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	16.000,00	192.000,00
5. Gerais	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	900.000,00
5.1. Telefonia	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	264.000,00
5.2. Água	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	11.000,00	132.000,00
5.3. Energia Elétrica	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	504.000,00
6. Depreciação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7. Prestação de Serviços Terceiros	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	1.209.100,00	14.509.200,00
7.1. Assistenciais	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	5.016.000,00
7.1.1. Pessoa Jurídica	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	418.000,00	5.016.000,00
7.1.2. Pessoa Física													
7.1.3. Cooperativa													0,00
7.2 Administrativos	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	9.493.200,00
7.2.1 Pessoa Jurídica	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	791.100,00	9.493.200,00

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4078

7.2.1.1 PGRS- Recolhimento de resíduos	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	29.000,00	319.000,00
7.2.1.2 Nutrição/alimentação	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	262.500,00	2.887.500,00
7.2.1.3 Rouparia/lavanderia	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	96.000,00	1.056.000,00
7.2.1.4 Portaria e Vigilância	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	57.600,00	633.600,00
7.2.1.5 Gases Medicinais	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	36.000,00	396.000,00
7.2.1.6 Serviços de Informática	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00	220.000,00
7.2.1. 7 Serviço de Manutenção de equipamentos, mobiliário	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	341.000,00
7.2.1.8 Serviço de Manutenção predial	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	26.000,00	286.000,00
7.2.1.9 Contabilidade	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	22.000,00	242.000,00
7.2.1.10 Gestão Financeira	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	42.000,00	462.000,00
7.2.1.11 Jurídico	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	40.000,00	440.000,00
7.2.1.12 Treinamento/capacitação	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	31.000,00	341.000,00
7.2.1.13 Despesas Gerais Administrativas	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	132.000,00
7.2.1.14 Remoção/ Ambulâncias	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	74.000,00	814.000,00
7.2.1.15 Assessoria de Imprensa	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	132.000,00
7.2.2. Pessoa Física													
7.2.3. Cooperativa													
Total Geral das Despesas	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	8.105.522,57	97.266.270,86
Déficit/Superávit	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8. Investimentos	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	641.000,00	7.692.000,00
8.1. Equipamentos	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	160.000,00	1.920.000,00
8.2. Móveis e Utensílios	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	75.000,00	900.000,00
8.3. Obras e Construções	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	1.440.000,00
8.4. Veículos		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8.5 Sistema de Infomação	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	286.000,00	3.432.000,00
TOTAL	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	8.746.522,57	104.958.270,86

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4079
FUNC.

INSTITUTO SOCIAL
FIBRA

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº
4080
FUNC.

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2012

ANEXO I

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

GERÊNCIA DA SECRETARIA G
FLS Nº
4081
FUNC

Ministério da Saúde

Protocolos da Unidade de Emergência

Uma Experiência do
Hospital São Rafael – Monte Tabor
10ª Edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Editora MS
Brasília – DF
2002

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4082
RUBRICA

©1994. Hospital São Rafael – Monte Tabor.
Direitos cedidos ao Ministério da Saúde para a produção e distribuição da 10ª edição revista e reeditorada em 2002.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série A. Normas e Manuais Técnicos
Tiragem: 1.000 exemplares

Produção, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde
Gabinete do Secretário
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, sala 911
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tel.: (61) 315 2097
Fax: (61) 226 3674
Home page: http://www.saude.gov.br/sas

Coordenador: Ediriomar Peixoto Matos – Chefe do Serviço de Medicina de Emergência e da Cirurgia II do Hospital São Rafael; Professor Titular de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental II da Escola Bahiana de Medicina

Capa: João Mário Pereira d'Almeida Dias

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catalogação na fonte – Editora MS
Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Protocolos da unidade de emergência / Hospital São Rafael – Monte Tabor , Ministério da Saúde. – 10. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

204 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0572-3

1. Serviço Hospitalar de Emergência. 2. Primeiros Socorros. I. Brasil. Hospital São Rafael – Monte Tabor . II. Brasil. Ministério da Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WX 215

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Sumário

Apresentação 9
Politraumatizado I 11
Politraumatizado II 12
Escore de Trauma Adulto 13
Paciente Politraumatizado 13
Escore de Trauma Pediátrico 13
Escala de Coma de Glasgow 14
Politraumatismo 15
Conduta Imediata 15
Choque Persistente 16
Choque Hipovolêmico 17
Politraumatismo (Choque) 18
Estimativa de Perdas de Fluidos ou Sangue Baseada na Apresentação Inicial do Paciente Adulto 18
Paciente Politraumatizado 19
Resposta Sistêmica à Perda Sangüínea em Pacientes Pediátricos 19
Sinais Vitais Normais em Crianças 19
Choque 20
Choque Hipovolêmico 21
Reposição de Volume no Choque Hipovolêmico 21
Reposição de Volume no Paciente Cardiopata 21
Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) 22
Risco Relativo de Lesão Intracraniana – Grupo de Risco 23
Traumatismo Abdominal 24
Avaliação e Ressuscitação Inicial 24
Padronização da Classificação Neurológica da Lesão Medular 25
Escores de Trauma 27
Escore de Trauma Revisado 27
Escala Abreviada de Lesões 28
Acute Phisiology and Chronic Health Evolution (APACHE) 34
Análise de Hemogasometria – I 35
Análise de Hemogasometria – II 36
Análise de Hemogasometria – III 37
Profilaxia de Tromboembolismo Após-Trauma 38
Emergências Endócrinas 39
Insuficiência Supra-Renal Aguda (Crianças) 39
Emergências Endócrinas – I 40
Insuficiência Supra-Renal Aguda (Adultos) 40
Emergências Endócrinas – II 41
Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo) 41
Cetoacidose Diabética – I 42
Cetoacidose Diabética – II 43
Cetoacidose/Síndrome Hiperosmolar em Pacientes com IRC 44

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4083 FUNC.

GERÊNCIA DA SECRETARIA CENTRAL
FLS Nº 4084

Diabetes Descompensada em Crianças até 12 Anos 45
Aparelho Gastrointestinal 46
Dor Abdominal Aguda 46
Causas de Dor Abdominal Localizada 47
Rotinas de Exame na Dor Abdominal Localizada 48
Dor Pélvica Espontânea 49
Dor Abdominal no Paciente Neutropênico 50
Abdome Agudo na Criança 51
Exames a Serem Solicitados no Abdome Agudo na Criança 52
Enterocolite Neutrotropênica 53
Colangite 54
Pancreatite Aguda – I 55
Pancreatite Aguda – II 56
Icterícia 57
Diarréia Aguda – I 58
Diarréia Aguda – II 59
Ingestão de Corpo Estranho 61
Ingestão de Cáusticos 62
Ingestão de Moedas 64
Hemorragia Digestiva Alta 65
Hemorragia Digestiva Baixa 66
Hemorragia Digestiva Alta 67
Insuficiência Hepática 68
Aparelho Cardiovascular 69
Dor Torácica 69
Crise Hipertensiva 70
Emergências Hipertensivas 71
Edema Agudo de Pulmão 72
Estratégia Diagnóstica para a Suspeita de Embolia Pulmonar 74
Estratégia Terapêutica para a Embolia Pulmonar 75
Manejo da Trombocitopenia Introduzida por Heparina 76
Abordagem do TEP Maciço 77
Para Ajuste da Infusão de Heparina 77
Paciente com Dor Torácica Tipo Isquêmica 78
Diagnóstico e Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do ST 79
Recomendações da *American Heart Association* para Realização de Angioplastia Primária – 1999 80
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com ECG Normal ou Inespecífico 81
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com Infradesnível ST ou Inversão de T 82
Infarto Agudo do Miocárdio Considerações Essenciais 83
Infarto Ventricular Direito 83
Ocorrência de IAM em Pacientes com Outros Achados ao ECG 84
Tratamento do IAM 85

Marcadores Séricos no Infarto Agudo do Miocárdio 86
Classificação de Angina Instável 87
Classificação das Síndromes Anginosas 88
Insuficiência Cardíaca 89
Protocolo de Tratamento ICC 90
Choque Cardiogênico 91
Dissecção Aguda da Aorta 92
Anatomia Topográfica e Classificação da Dissecção Aguda da Aorta 93
Dissecção Aguda de Aorta 94
Arritmias Cardíacas 97
Estratégia Diagnóstica nas Taquiarritmias 98
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica das Taquiarritmias 102
Taquicardia 102
Bradicardia 104
Bradiarritmia 105
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica da Atividade Elétrica sem Pulso 106
Assistolia 107
Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso 108
Parada Cardiorrespiratória 109
Cardioversão Elétrica 110
Fibrilação Atrial Paroxística 111
Flutter Atrial Determinar Fatores Precipitantes 112
Fibrilação Atrial e Flutter Atrial: Considerações Essenciais 113
Sistema Nervoso Central 116
Doenças Cerebrovasculares na Emergência 116
Algoritmo do Atendimento ao Paciente com Doença Cerebrovascular Aguda 119
Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma 120
Algoritmo do Atendimento ao Paciente em Coma 122
Protocolo de Estado de Mal Epiléptico 123
Algoritmo do Tratamento do EME 124
Estado de Mal Epiléptico Refratário 125
Avaliação e Conduta em Casos de Suspeita de Infecção Intracraniana 126
Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaléia na Unidade de Emergência 128
Queixa de Cefaléia 129
Protocolo de Atendimento a Pacientes com Fraqueza Muscular Aguda na Emergência 130
Algoritmo do Atendimento na Fraqueza Muscular Aguda 131
Atendimento ao Paciente com Crise Epiléptica na Unidade de Emergência 132
Algoritmo do Atendimento de Crise Epiléptica na Unidade de Emergência 133
Protocolo do Atendimento de Emergência ao Paciente com Estado Confusional Agudo (E.C.A) 134
Algoritmo – Estado Confusional Agudo 135
Atendimento ao Paciente com História de Síncope na Unidade de Emergência 136
Algoritmo do Atendimento do Paciente com Síncope 137
Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica 138

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4086

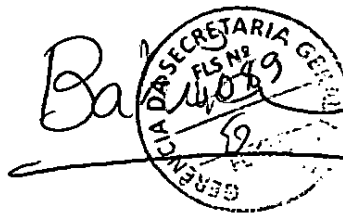
Protocolo de Morte Encefálica 139
Emergências Psiquiátricas 141
Avaliação do Paciente Violento 141
Tratamento de Abstinência Alcoólica 143
Avaliação do Paciente com Risco de Suicídio 144
Reação a Experiências Estressoras 145
Abordagem Psicológica do Paciente Terminal 146
Distúrbios Hidroeletrolíticos 147
Hiponatremia – I 147
Hiponatremia – II 148
Hipernatremia – I 149
Hipernatremia – II 150
Hipocalemia - I 151
Hipocalemia – II 152
Hipercalemia – I 153
Hipercalemia – II 154
Hipercalemia – III 155
Hipermagnesemia 156
Hipomagnesemia 157
Aparelho Respiratório 158
Pneumonias (PN) 158
Pneumonias – I 159
Pneumonias – II 160
Crise Asmática 161
Manejo da Crise Aguda no Pronto-Socorro em Adultos 161
Crise Aguda de Asma em Adultos/Manejo Hospitalar 162
Erros mais Comuns na Asma Aguda 163
Drogas e Doses Recomendadas no Adulto/Asma Aguda 163
Hematologia 164
Netropenia Febril – I 165
Netropenia Febril – II 166
Aparelho Urinário 167
Infecção Urinária 167
Insuficiência Renal Aguda 168
Urgências Vasculares 169
Traumas (Sinais) 169
Tromboembolismo Arterial 170
Tromboembolismo Arterial (Sinais e Sintomas) 171
Rotina de Atendimento a Paciente com Pé Diabético 172
Anginas 173
Corpo Estranho 175
Rolha Ceruminosa 175
Epistaxe 176
Labirintite Aguda 177
Otalgia 178
Sinusite 179

DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4087

Surdez Súbita 180
Trauma 181
Glaucoma Agudo 183
Sinais e Sintomas 183
Corpos Estranhos Conjuntivais e/ou Corneanos 184
Dor Pós-Operatória em Cirurgias Oftamológicas 185
Perda ou Diminuição Súbita de Visão sem Outros Sinais ou Sintomas Externos 185
Abrasões Corneanas 185
Conjutivite Aguda 186
Úlcera de Córnea 186
Hordéolo (Terçol) 187
Hemorragia Subconjuntival 187
Ceratoconjuntivite Pós-Radiação Ultravioleta 188
Celulite (Abcesso) Orbitária 188
Celulite Periorbitária 188
Protocolo de Atendimento Inicial ao Queimado 189
Afogamento 190
Rotina de Exames Pré-Operatórios na Emergência 191
Soluções para Infusão Contínua – HSR 192
Reposição Hídrica e Eletrolítica Basal 198
Índice por Assunto 199
Colaboradores 203

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº
4088

Apresentação



A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, o aumento dos casos de acidentes e da violência tem causado um forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade.

Na assistência, esse impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, internação em UTI e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de pacientes.

Na questão social, ele pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que, por causas naturais, o mesmo índice encontra-se em queda.

Ciente dos problemas existentes, o Ministério da Saúde já adotou diversas medidas, das quais podemos destacar aquelas reunidas no Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para o Atendimento em Urgências e Emergências.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, está plenamente engajado, em parceria com estados e municípios, na efetiva organização e estruturação dos Sistemas de Referência dessa área assistencial. Além de realizar investimentos relativos ao custeio e à adequação física em equipamentos dos serviços integrantes dessas redes, tem investido também na promoção e capacitação dos recursos humanos dos serviços.

Dessa forma, iniciativas como a do Hospital São Rafael, em Salvador, Bahia, que visam a aprimorar o atendimento de Urgência e Emergência por meio da melhor capacitação dos profissionais envolvidos nessa tarefa, são louváveis e merecem todo o nosso apoio.

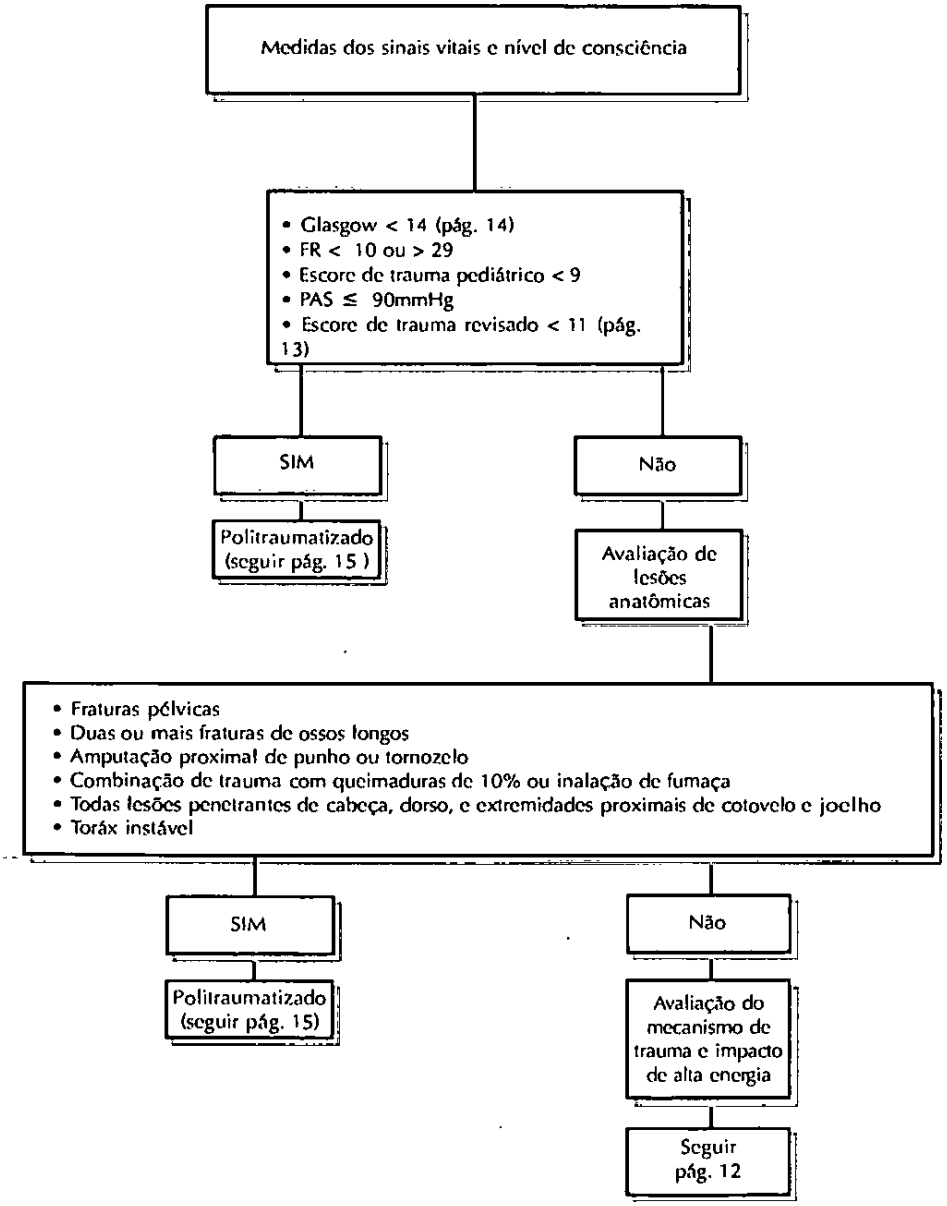
Com a publicação de mais uma edição dos Protocolos da Unidade de Emergência, queremos oferecer aos profissionais de saúde do Estado da Bahia um precioso instrumento de trabalho, cuja utilização resultará em uma melhor qualidade na assistência prestada à população.

Renilson Rehem de Souza

Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

Politraumatizado - I

(IDENTIFICAÇÃO)



São politraumatizados os pacientes com um ou mais traumas significativos de cabeça, tórax, abdome, trato urinário, pelve ou coluna e extremidades.

FR = Freqüência Respiratória
PAS = Pressão Sistólica

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4091

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4092
FUNEC

Politraumatizado - II

(IDENTIFICAÇÃO)

- Ejeção do automóvel
- Morte no mesmo compartimento do passageiro
- Atropelo
- Impacto de alta velocidade
  - Velocidade inicial > 64km/h
  - Mudança de velocidade > 32km/h
  - Maior deformidade > 50cm
  - Intrusão no compartimento do passageiro > 30cm
- Tempo de resgate > 20min
- Queda > 20 pés (± 6 metros)
- Capotagem
- Lesão do pedestre com impacto significante > 8km/h
- Impacto de motocicleta > 32km/h com separação da roda do guidom

SIM → Politraumatizado (seguir pág. 15)

Não → Avaliação dos Fatores de Risco

- Idade < 5 ou > 55 anos
- Presença de doença cardíaca, respiratória ou uso de medicações psiquiátricas
- Diabético em uso de insulina, cirrose, malignidade, obesidade ou coagulopatia

SIM → Politraumatizado (seguir pág. 15)

Não → Reavaliação com controle médico

QUANDO EM DÚVIDA, CONSIDERE TODO O ACIDENTADO UM POLITRAUMATIZADO

ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sangüíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- ßHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

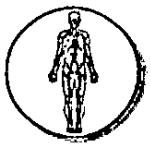
Escore de Trauma Adulto

VARIÁVEIS		ESCORE
Freqüência Respiratória	10 a 24	4
	25 a 35	3
	> 36	2
	1 a 9	1
	0	0
Pressão sistólica mm Hg	> 89	4
	70 a 89	3
	50 a 69	2
	1 a 49	1
	0	0
Escala de Coma Glasgow (vide escala pág. 14)	13 a 15	4
	09 a 12	3
	06 a 08	2
	04 a 05	1
	< 04	0

Paciente Politraumatizado

Escore de Trauma Pediátrico

AVALIAÇÃO	ESCORE		
	+2	+1	-1
PESO	>20kg	10 a 20kg	< 10kg
Vias aéreas	Normal	Via aérea nasal ou oral	Intubação ou Traqueostomia
Pressão arterial	> 90mmHg	50 a 90mmHg	< 50mmHg
Nível de consciência	Completamente desperto	Obnubilado ou qualquer perda da consciência	Comatoso
Lesões abertas	Nenhuma	Menor	Maior ou penetrante
Fraturas	Nenhuma	Menor	Múltiplas ou penetrantes



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4094

Escala de Coma de Glasgow

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea À voz À dor Nenhuma	4 3 2 1
Resposta verbal	Orientada Confusa Palavras inapropriadas Palavras incompreensivas Nenhuma	5 4 3 2 1
Resposta motora	Obedece comandos Localiza dor Movimento de retirada Flexão anormal Extensão anormal Nenhuma	6 5 4 3 2 1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

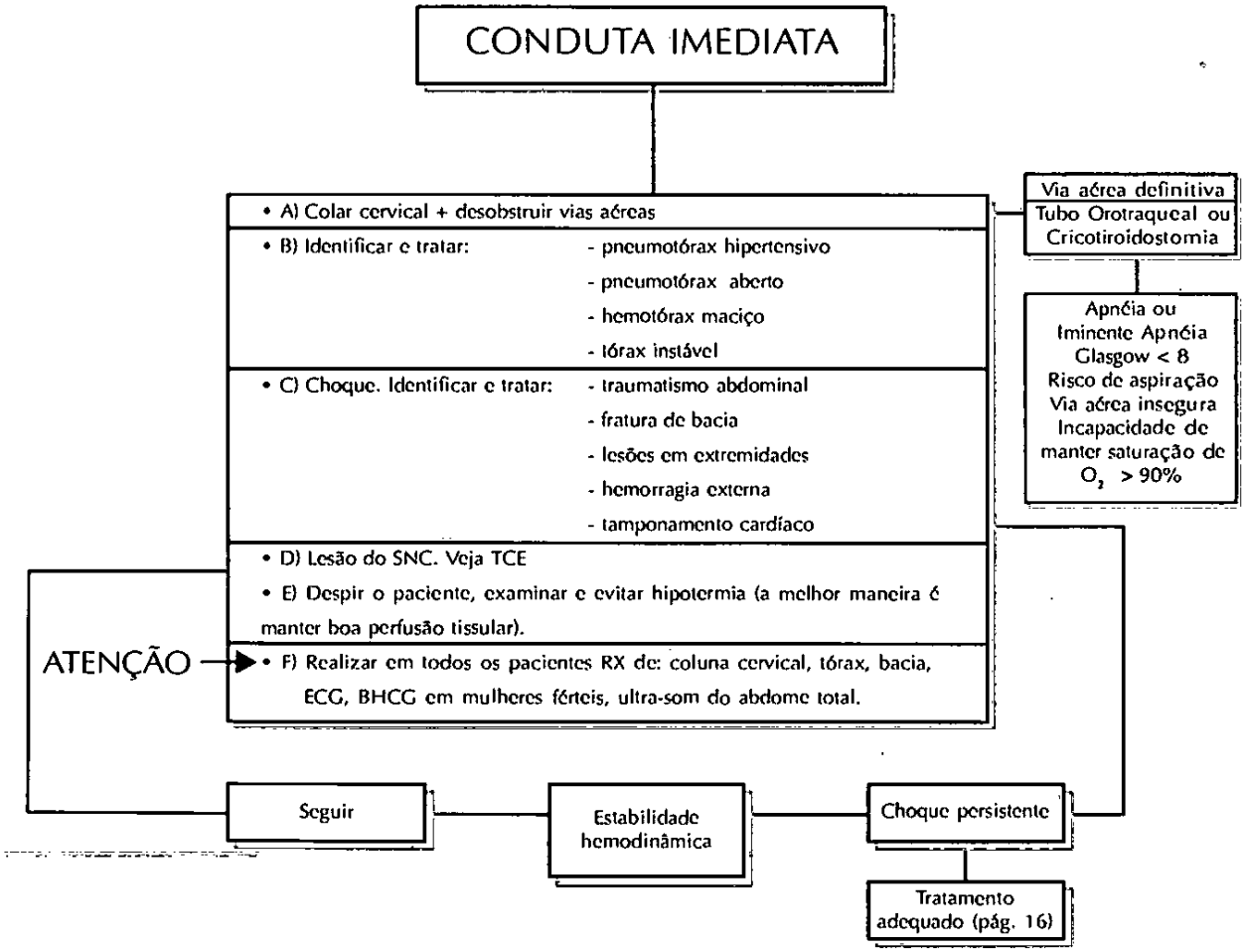
ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sangüíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- ßHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total

GERÊNCIA DA SECRETARIA SES
FLS Nº 4095

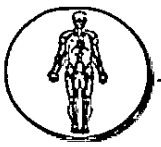
Politraumatismo



ATENÇÃO

Exames de rotina em todos os politraumatizados

- Ht, Hb
- Grupo sangüíneo e Fator Rh
- Amilase
- Radiografia de tórax AP
- Radiografia de bacia AP
- Radiografia de coluna cervical
- ECG
- ßHCG na mulher em idade fértil
- Ultra-som do abdome total



SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 40.96

CHOQUE PERSISTENTE

Reavaliar A e B do ABC do politrauma

- Hemotórax maciço
- Choque cardiogênico
- Choque hipovolêmico (pág. 17)

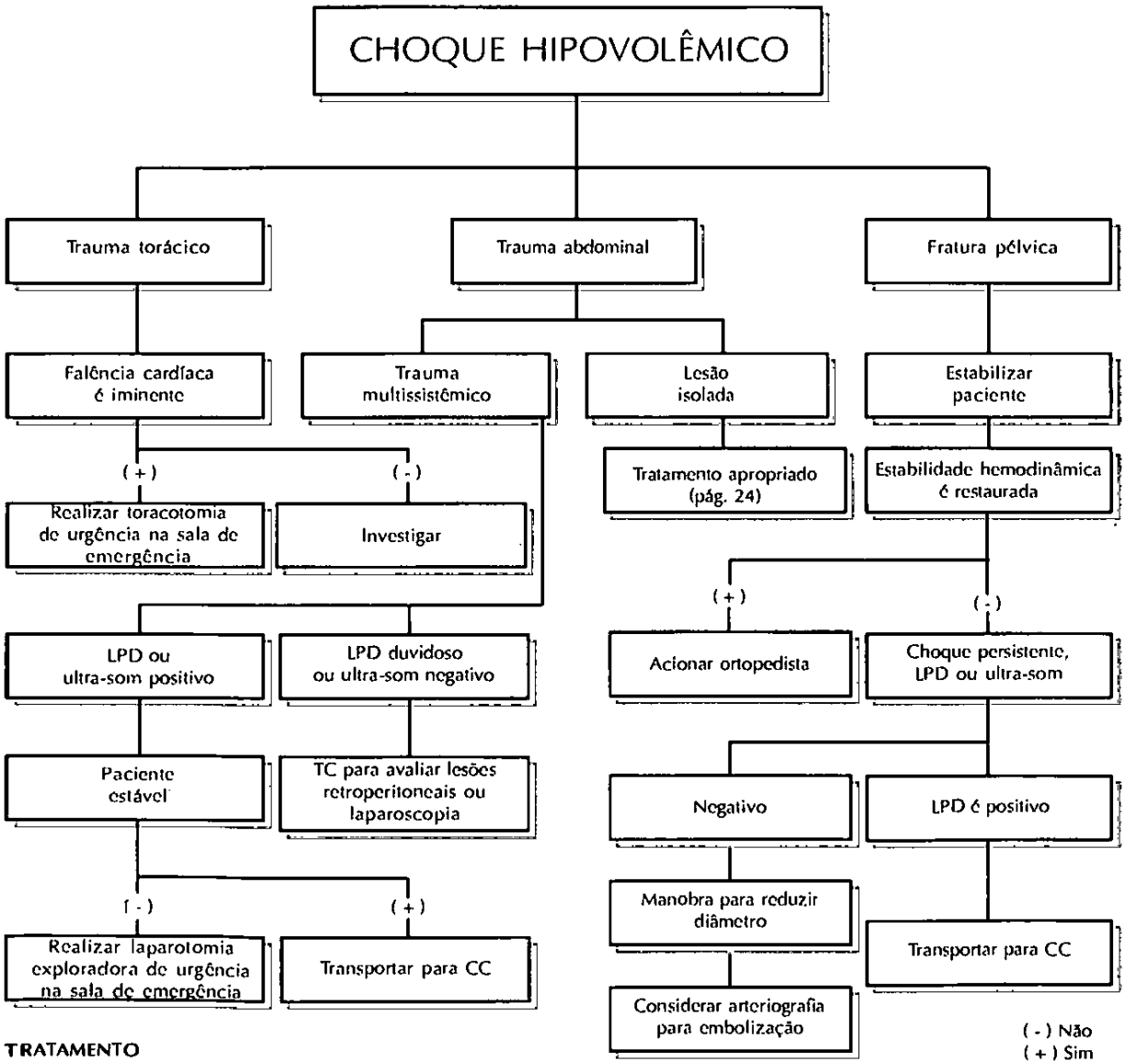
Choque cardiogênico:

- Pneumotórax hipertensivo
  - Agulha 2º EIC Linha médio-clavicular
  - Colocar tubo torácico
- Contusão miocárdica
  - Dosar CPK/CKMB
    Monitorizar ECG. Prevenir hipoxia
    Tratar arritmias
    Oferecer suporte cardíaco
    Observar e tratar arritmias (vide algoritmo específico)
- Tamponamento cardíaco
  - Pericardiocentese
    - Paciente estável
      - Transportar para o CC
    - Choque persistente
      - Realizar toracotomia de urgência no PAA
      - Tratar Lesões
- Embolia gasosa
  - Vent. mecânica O_2 100% Câmera Hiperbárica

Estabilidade hemodinâmica restaurada

Investigação secundária sistemática

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
FLS Nº 4097



TRATAMENTO

- Dois cateteres (jelco 14 ou 16) em veias periféricas calibrosas
- Cristalóides – Adulto – 3.000ml da solução cristalóide (correr aberto), se necessário infundir mais 3.000ml.
- Crianças – 20 a 40ml/kg da solução cristalóide
- Não melhorou, usar sangue

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
FLS Nº 4098

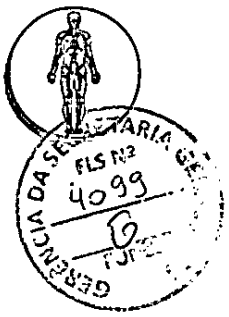
Politraumatismo (choque)

ESTIMATIVA DE PERDAS DE FLUIDOS OU SANGUE BASEADA NA APRESENTAÇÃO INICIAL DO PACIENTE ADULTO

	I	II	III	IV
Perda de sangue (ml)	< 750	750 a 1.500	1.500 a 2.000	> 2.000
Perda de sangue(%)	< 15%	15 a 30%	30 a 40%	> 40%
Freqüência de pulso	< 100	> 100	>120	>140
Pressão sangüínea	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Freqüência respiratória	14 a 20	20 a 30	30 a 40	> 35
Pressão de pulso	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Débito urinário (ml/h)	> 30	20 a 30	05 a 15	Nenhum
SNC	Ligeiramente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso e confuso	Confuso e letárgico
Reposição de fluidos (Regra 3:1)	Cristalóide	Cristalóide	Cristalóide e sangue	Cristalóide e sangue

• Regra 3:1 — reposição de 300ml de solução eletrolítica para cada 100ml de perda sangüínea.

Paciente Politraumatizado



Resposta sistêmica à perda sangüínea em pacientes pediátricos

	PERDA DE VOLUME SANGÜÍNEO		
	< 25%	25 a 45%	> 45%
Cardíaco	Pulso fraco, aumento da FC	Aumento da FC	Hipotensão taquicardia para bradicardia
SNC	Letárgico, irritável, confuso	Mudança de nível de consciência, resposta à dor	Comatoso
Pele	Fria, pegajosa	Cianótica, enchimento capilar diminuido, extremidades frias	Pálida e fria
Rins	Débito urinário diminuido, aumento de densidade	Débito urinário mínimo	Sem débito urinário

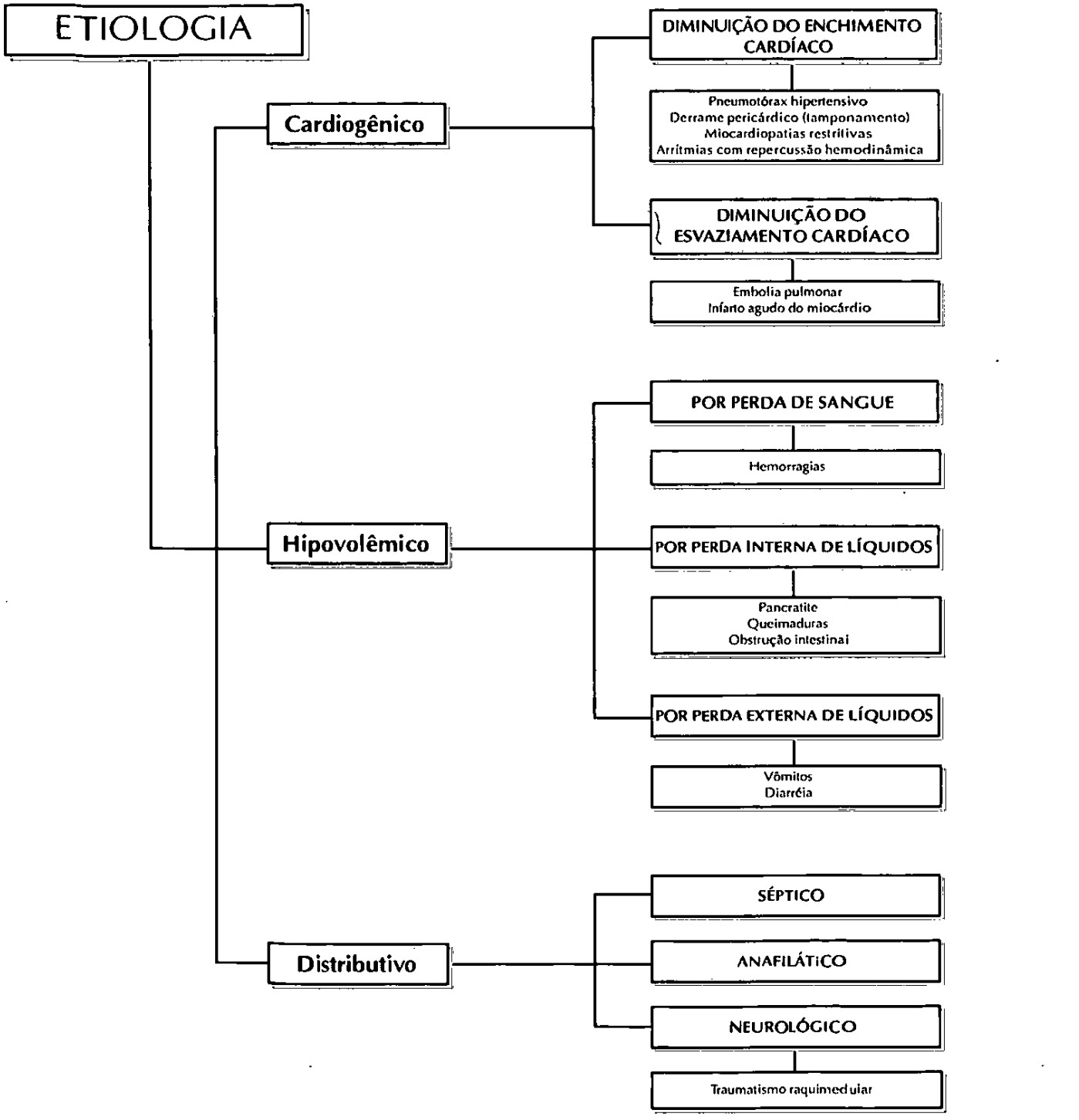
Sinais Vitais Normais em Crianças

	Freqüência máxima de pulso (bat/min)	Limite inferior da PA sistólica (mmhg)	Freqüência máxima respiratória (inc./min).
Infantes	160	80	40
Pré-escolares	120	90	30
Adolescentes	100	100	20

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4100
FUNC.

Choque

Desequilíbrio entre oferta e consumo de oxigênio em decorrência de má perfusão periférica



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4101
GERÊNCIA DA

Choque Hipovolêmico

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO CHOQUE HIPOVOLÊMICO

ADULTO:
1- Ringer Lactato 3.000ml endovenoso em 5 a 10min.
2- Repetir se o paciente não melhorar (até 2x).
3- Iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a segunda infusão (somente no caso de hemorragia).

CRIANÇA:
1- 20ml/Kg (peso). Inicial.
2- Repetir item 1 (até 2x).
3- Transfusão 10ml/kg (peso) (somente no caso de hemorragia).

Continuar a expansão rápida de líquidos com cristalóide e/ou colóides até atingir os índices abaixo.

Paciente estabilizado deve ter os seguintes parâmetros:

Pulso radial	menor que 100 batimentos por minuto
Pressão Arterial	Normal
Débito urinário	maior que 50ml por hora
Oximetria	Saturação de O_2 maior que 95%

REPOSIÇÃO DE VOLUME NO PACIENTE CARDIOPATA

Pressão coloidomóstica deve estar normal

Instalar e medir PVC

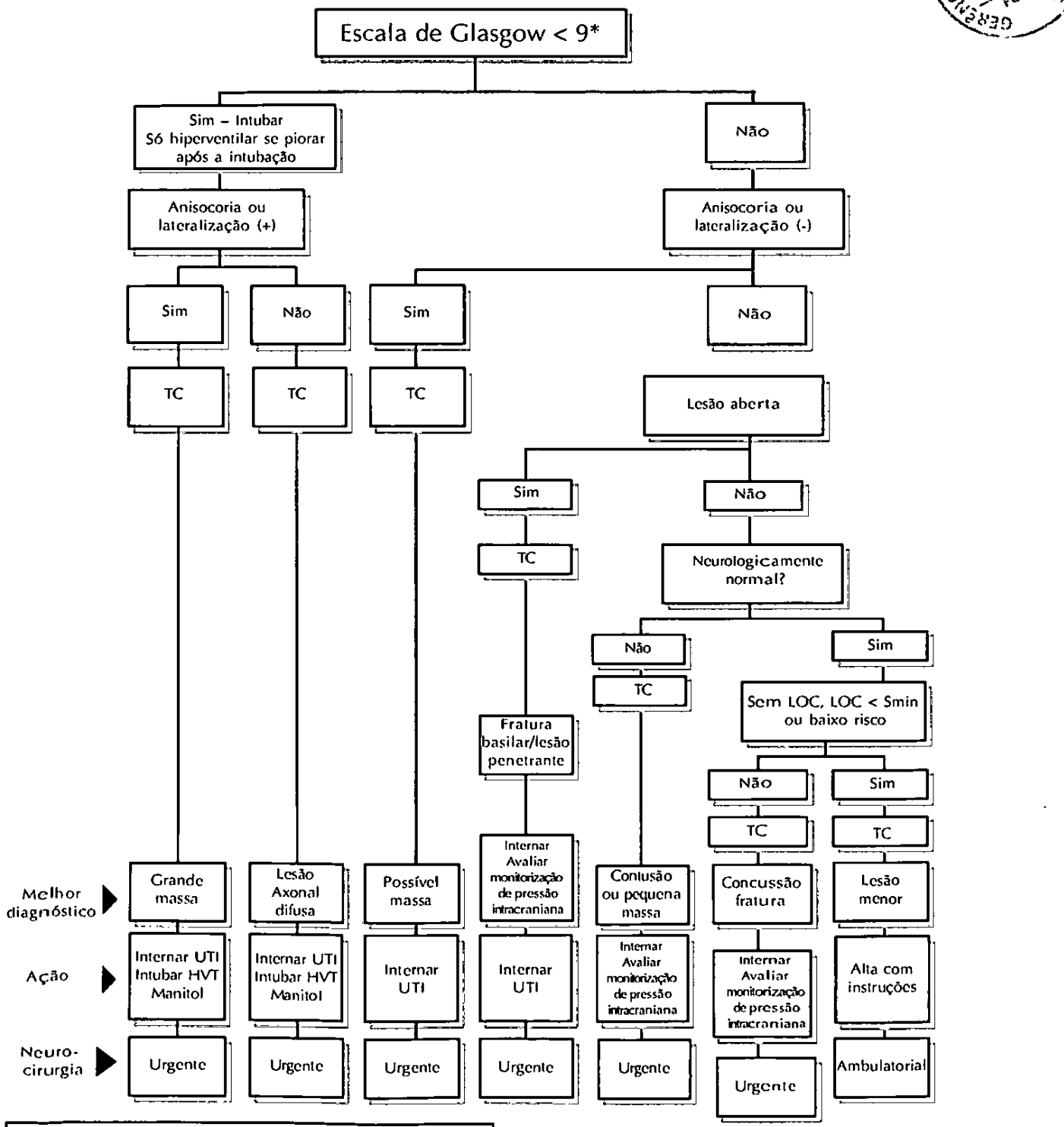
< 8 cm de H_2O	> 8 < 14cm H_2O	≥14cm H_2O
200ml em 10min	100ml em 10min	80ml em 10min
Aumento da PVC < 3cm de H_2O	Aumento da PVC de 3 a 5cm H_2O	Aumento da PVC > 5cm de H_2O
	Esperar 10 minutos	Melhora → Parar; Hipotenso → Inotrópicos

ATENÇÃO:

OBSERVAR:

1- Dois (2) acessos venosos periféricos com jelco 14.
2- Pacientes com hipoalbuminemia necessitam albumina humana associada ao cristalóide, desde o início.
3- Pacientes cardiopatas podem necessitar de cardiotônicos.
4- Monitorização da PVC: queimados, sépticos, neurológicos, cardiopatas.
5- Pacientes diabéticos ou com insuficiencia hepática não devem fazer uso de Ringer Lactato.

Traumatismo Crânioencefálico (TCE)



* Intubar, hiperventilar se Glasgow cair após intubação mantendo $PaCO_2$ entre 25 e 35.

- **LOC** – Perda de consciência
- **HVT** – Hiperventilação

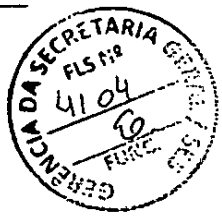
SECRETARIA GERAL / FUNC. FLS Nº 4102

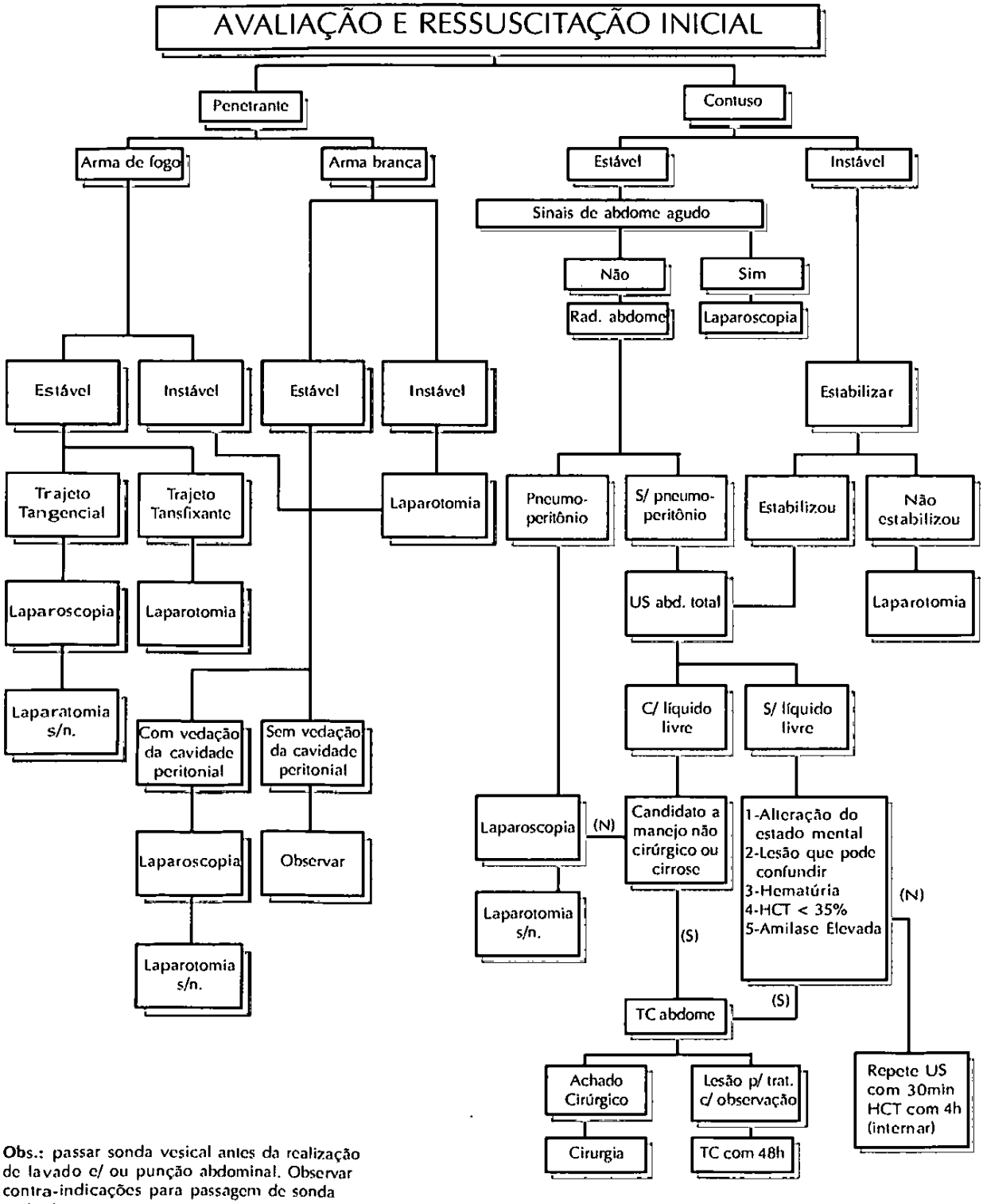
Risco Relativo de Lesão Intracraniana

Grupo de Risco

BAIXO	MODERADO	ALTO
Assintomático	Mudança de consciência	Consciência deprimida
Cefaléia	Cefaléia progressiva	Sinal focal
Tontura	Intoxicação por álcool ou outras drogas	Fratura com afundamento
Consciência deprimida	Idade < 2 anos	
Laceração de couro cabeludo	Convulsão	
Contusão de couro cabeludo	Vômito	
Ausência de critério moderado a alto	Amnésia	
risco	Trauma múltiplo	
	Lesão facial séria	
	Sinais de fratura basilar	
	Possível penetração cerebral	
	Possível fratura com afundamento	
	Suspeita de agressão infantil	

Traumatismo Abdominal





Obs.: passar sonda vesical antes da realização de lavado c/ ou punção abdominal. Observar contra-indicações para passagem de sonda vesical.

SECRETARIA GERENCIA
FLS Nº 4105
FUNC.

Padronização da Classificação Neurológica da Lesão Medular

	MOTOR MÚSCULO-CHAVE		SENSITIVO TOQUE LEVE		SENSITIVO AGULHA		EXAME
	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	DIREITA	ESQUERDA	
C2							Protuberância Occipital
C3							Fossa Supraclavicular
C4							Borda Superior Acromioclavicular
C5							Flexores do Cotovelo
C6							Extensores do Punho
C7							Flexor Profundo 3ª Qd
C8							Dedo mínimo
T1							Borda Medial Fossa Antecubital
T2							Ápice da Axila
T3							Terceiro Espaço Intercostal
T4							Quarto Espaço Intercostal
T5							Quinto Espaço Intercostal
T6							Sexto Espaço Intercostal
T7							Sétimo Espaço Intercostal
T8							Oitavo Espaço Intercostal
T9							Nono Espaço Intercostal
T10							Décimo Espaço Intercostal
T11							Décimo Primeiro Espaço Intercostal
T12							Ponto Médio Ligamento Inguinal
L1							½ distância entre T12 e L2
L2							Terço Médio Anterior da Coxa
L3							Côndilo Femoral Medial
L4							Maléolo Medial
L5							Dorso do pé – 3ª art. Metatarsofalangeana
S1							Bordo Externo do Calcâneo
S2							Linha Média da Fossa Poplítea
S3							Tuberosidade Isquiática
S45							Área Perianal
TOTAL							

(Máximo)	(50)	(50)	(56)	(56)	(56)	(56)
Índice Motor		Índice Sensitivo com Agulha		Índice Sensitivo com Toque		

(Máximo) (100) Contração voluntária anal (sim/não) ☐

(112) (112) Qualquer sensibilidade anal (sim/não) ☐

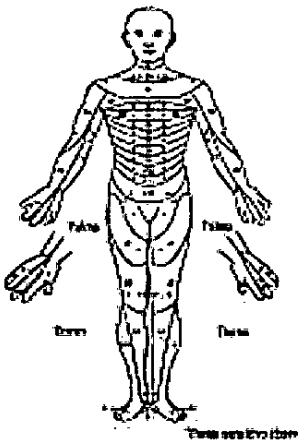
MOTOR

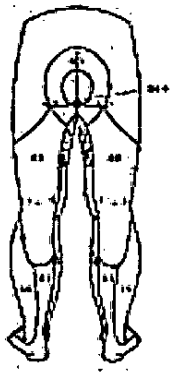
0 – Paralisia total
1 – Contração visível ou palpável
2 – Movimento ativo sem oposição da força da gravidade
3 – Movimento ativo contra a força da gravidade
4 – Movimento ativo contra alguma resistência
5 – Movimento ativo contra grande resistência
NT – Não testável

SENSIBILIDADE

0 – Ausente
1 – Comprometido
2 – Normal
NT – Não testável

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4106





Índices Sensitivos e Motores Níveis

ESCALA DE DEFICIÊNCIA AIS
NÍVEL: _____

A – Completa
Não há função motora ou sensitiva preservada nos segmentos sacros S4-S5

B – Incompleta
Há função sensitiva porém não motora preservada abaixo do nível neurológico estendendo-se até os segmentos sacros S4-S5

C – Incompleta
Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos chave abaixo do nível neurológico tem um grau muscular inferior a 3

D – Incompleta
Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos a metade dos músculos chaves abaixo do nível neurológico tem um grau muscular maior ou igual a 3

E – Normal
As funções sensitivas e motoras são normais

MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Níveis:
7 – Independência Total
6 – Independência Total Aparelhada
5 – Supervisão
4 – Assist. Mínima (Capacidade: 75% ou +)
3 – Assist. Moderada (Capacidade: 50% ou +)
2 – Assist. Máxima (Capacidade: 25% ou +)

Cuidados Pessoais	Admissão	Alta
Alimentação		
Cuidados com aparência		
Banhos		
Vestir parte superior do corpo		
Vestir parte inferior do corpo		
Asseio		

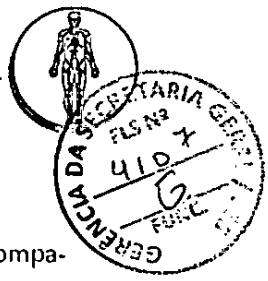
Controle dos Esfíncteres	Admissão	Alta
Controle vesical		
Controle esfíncter anal		

Mobilidade	Admissão	Alta
Transferência:		
Cama,Cadeira de rodas		
Banheiro		
Banheira,Chuveiro		

Locomoção	Admissão	Alta
Caminhar,		
Cadeira de rodas		
Escada		

Comunicação	Admissão	Alta
Compreensão		
Expressão		
Cognição social		
Interação social		
Solução problemas		
Memória		

MIF TOTAL: _____



Escores de Trauma

Obs.: servem para triagem pré-hospitalar, comunicação inter-hospitalar e na comparação de resultados de protocolos e atendimentos

Escore de Trauma Revisado

GCS*	BPM*	FR*	Valor*
13-15	>89	10-29	04
09-12	76-89	>29	03
06-08	50-75	06-09	02
04-05	01-49	01-05	01
03	00	00	00

O valor final é obtido pela fórmula:

*ETR = 0,9368 x GCS + 0,7359 x BPM + 0,2908 x FR

Para um valor total máximo de 7,84

*GCS = Glasgow
*BPM = Batimentos por minuto
*FR = Freqüência Respiratória
*ETR = Escore de Trauma Revisado

Importância:

Criados para fins de triagem na cena do acidente, comparação de resultados entre instituições e dentro das mesmas ao longo do tempo (controle de qualidade) e para avaliar probabilidade de sobrevida.

Escala abreviada de lesões (*AIS – Abreviate Injury Scale*)

- Pontua lesões em diversos segmentos corpóreos de acordo com a gravidade (de 1 a 6).
- Crânio/pescoço, face, tórax, abdome/pelve, extremidades/pelve óssea e geral externa, pela AIS, são elevados ao quadrado e somados.

Índice de gravidade da lesão (*ISS – Injury Severity Score*)

- Índice derivado da escala abreviada de lesões (*AIS – Abreviate Injury Scale*).
- Três valores mais altos em segmentos corpóreos diferentes.
- Os valores variam de 3 a 75.
- Se o AIS for igual a 6 em qualquer segmento o ISS é 75 automaticamente.

Cálculo do ISS:

Paciente com lesões nas seguintes regiões:

REGIÃO	AIS DA LESÃO	AIS DA LESÃO
Crânio e pescoço	2	3
Face	[4]	-
Tórax	1	[4]
Abdome/pelve	2	3
Esquelética	3	[4]
Geral	1	-

Cálculo do ISS = 4 + 4 + 4 → ISS = 16 + 16 + 16 = 48 → ISS=48

Limitações:

Não considera a presença de múltiplas lesões em determinado segmento como determinantes de maior gravidade ao aproveitar apenas a lesão mais grave. (Exemplo: Mortalidade p/ ISS = 16 é de 14,3% (4,0,0) e p/ ISS = 19 é de 6,8% (3,3,1)

Taxas de mortalidade variam muito, comparando-se valores de AIS semelhantes em diferentes segmentos corpóreos. Idade e doenças associadas são desconsideradas e têm importância prognóstica quando do trauma.

Atenção: não pode ser utilizada como índice de trauma isoladamente!

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4108

Escala Abreviada de Lesões
(OIS – ORGAN INJURY SCALE)

PONTUA LESÕES EM DIVERSOS SEGMENTOS CORPÓREOS DE ACORDO COM A GRAVIDADE:

- 1 = menor
- 2 = moderado
- 3 = sério
- 4 = severo (ameaça a vida)
- 5 = crítico (sobrevida incerta)
- 6 = não sobrevivente

URETRA			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Contusão	Sangue no meato uretral uretrografia normal	2
2	Lesão maior	Tração da uretra sem extravasamento na uretrografia	2
3	Laceração parcial	Extravasamento de contraste no local da lesão com visualização do contraste na bexiga	2
4	Laceração completa	Extravasamento do contraste no local da lesão sem visualização da bexiga. Separação da uretra menor que 2cm	3
5	Laceração completa	Transecção com separação dos segmentos maior que 2cm ou extensão para prostata ou vagina	4

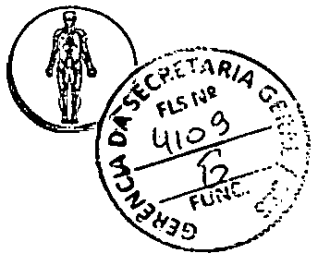
Obs.: em situação de lesões múltlipas considere um grau acima.

BEXIGA			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Hematoma Laceração	Contusão, hematoma intramural, thickness parcial	2
2	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal menos de 2cm	3
3	Laceração	Laceração da parede extraperitoneal mais de 2cm ou intraperitoneal menos de 2cm	4
4	Laceração	Laceração da parede intraperitoneal mais de 2cm	4
5	Laceração	Laceração que se estende até o colo vesical ou trígono	4

Obs.: em situação de lesões múltlipas considere um grau acima.

URETER			
GRAU	**DESCRIÇÃO DA LESÃO**		**AIS - 90**
1	Hematoma	Contusão ou hematoma sem desvascularização	2
2	Laceração	Transecção menor que 50%	2
3	Laceração	Transecção maior que 50%	3
4	Laceração	Transecção completa com desvascularização de 2cm	3
5	Laceração	Transecção completa com desvascularização maior que 2cm	3

Obs.: em situação de lesões múltlipas considere um grau acima.



PAREDE TORÁCICA			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Qualquer localização	1
	Laceração	Pele e subcutâneo	1
	Fratura	Menos de 3 costelas, fechada	1-2
		Clavícula alinhada e fechada	2
2	Laceração	Pele, subcutâneo e músculo	1
	Fratura	3 ou mais costelas, fechada	2-3
		Clavícula aberta ou desalinhada	2
		Esterno alinhada, fechada	2
		Corpo da escápula	2
3	Laceração	Total ,incluindo pleura	2
	Fratura	Esterno, aberta, desalinhada ou instável	2
		Menos de 3 costelas com segmento instável	3-4
4	Laceração	Avulsão dos tecidos da parede com fratura exposta de costelas	4
		3 ou mais costelas com tórax instável unilateral	
	Fratura		3-4
5	Fratura	Tórax instável bilateral	5

Obs.: Em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.

PULMÃO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Contusão	Unilateral, menos que in lobo	3
2	Contusão	Unilateral, in lobo	3
	Laceração	Pneumotórax simples	3
3	Contusão	Unilateral, mais que in lobo	3
	Laceração	Escape persistente de via aérea distal mais de 72 horas	3-4
		Intraparenquimatoso sem expansão	
	Hematoma		3-4
4	Laceração	Escape de via aérea maior (segmentar ou lobar)	4-5
	Hematoma	Intraparenquimatoso em expansão	4-5
	Vascular	Rutura de vaso intrapulmonar ramo primário	3-5
5	Vascular	Rutura de vaso hilar	4
6	Vascular	Transecção total do hilo pulmonar sem contenção	4

Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima.
Hemotórax está na tabela de lesões de vasos intratorácicos

SECRETARIA GERÊNCIA DA FLS Nº 4110 FUNC.

DIAFRAGMA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão	2
2	Laceração de 2cm ou menos	3
3	Laceração de 2 a 10cm	3
4	Laceração maior que 10cm com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3
5	Laceração com perda de tecido maior que 25cm quadrados	3

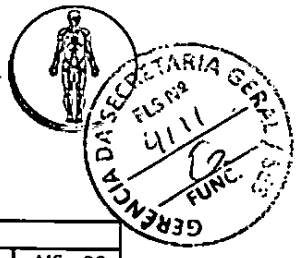
Obs.: em situação de lesões bilaterais considere um grau acima

FÍGADO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50% da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 10cm de diâmetro	2
	Laceração	1 a 3cm de profundidade com até 10cm de comprimento	2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 10cm ou em expansão	3
	Laceração	Maior que 3cm de profundidade	3
4	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo 25 a 75% de lobo hepático ou 1 a 3 segmentos de Coinaud em um lobo	4
5	Laceração	Rutura de parênquima hepático envolvendo mais de 75% de lobo hepático ou mais de 3 segmentos de Coinaud em um lobo	5
	Vascular	Lesões justahepáticas, i.é,, veia cava retrohepática e veias centrais maiores	5
6	Vascular	Avulsão hepática	6

Obs.: em situação de lesões múltlipas considere um grau acima, acima do grau 3.

BAÇO			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	Hematoma	Subcapsular, menos que 10% da área de superfície	2
	Laceração	Fissura capsular com menos de 1cm de profundidade	2
2	Hematoma	Subcapsular, 10 a 50°5 da área de superfície	2
		Intraparenquimatoso com menos de 5cm de diâmetro	2
		1 a 3cm de profundidade sem envolver veia do parênquima	
	Laceração		2
3	Hematoma	Subcapsular, maior que 50% de área de superfície ou em expansão.	3
		Hematoma subcapsular ou parenquimatoso roto	3
		Hematoma intraparenquimatoso maior que 5cm ou em expansão	
	Laceração	Maior que 3cm de profundidade ou envolvendo veias trabeculares	3
4	Laceração	Laceração de veias do hilo ou veias segmentares produzindo maior desvascularização (> 25% do baço)	4
5	Laceração	Destruição total do baço	5
	Vascular	Lesão do hilo vascular com desvascularização do baço	5

Obs.: em situação de lesões múltlipas considere um grau acima, acima do grau 3.



RIM			
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO		AIS - 90
1	contusão	hematúria macro ou microscópica com avaliação urológica normal	2
	hematoma	subcapsular, sem expansão e sem laceração do parênquima	2
2	hematoma	hematoma perirenal sem expansão confinado ao retroperitôneo renal	2
	laceração	profundidade no parênquima renal menor que 1cm sem extravasamento de urina	2
3	laceração	profundidade no parênquima maior que 1cm, sem rutura do sistema coletor ou extravasamento de urina	3
4	laceração	laceração que se estende através da córtex renal, medular e sistema coletor	4
	vascular	lesão da artéria ou veia principais com hemorragia contida	5
5	laceração	destruição renal total	5
	vascular	avulsão do hilo renal com desvascularização renal	5

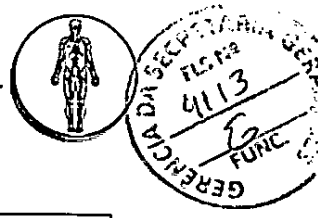
Obs.: em situação de lesões múltiplas considere um grau acima.

VASCULATURA INTRA-ABDOMINAL		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica superior	0
	Ramos inominados das artéria e veia mesentérica inferior	
	Artéria e veia frênicas	
	Artéria e veis lombar	
	Artéria e veia gonadal	
	Artéria e veia ovariana	
	Outras atérias e veias inominadas que requeiram ligadura	
2	Artéria hepática comum, direita ou esquerda	3
	Artéria e veia esplênicas	3
	Artéria gástrica esquerda ou direita	3
	Artéria gastroduodenal	3
	Artéria e veia mesentérica inferior	3
	Ramos primários da artéria e veia mesentérica	3
	Outro vaso abdominal nominado que necessite de ligadura	3
		3
3	Artéria mesentérica superior	3
	Artéria e veias renais	3
	Artéria e veias ilíacas	3
	Artéria e veia hipogástricas	3
	Veia cava infra-renal	3
		3
4	Artéria mesentérica superior	3
	Eixo celíaco	3
	Veia cava supra-renal, infra-hepática	3
	Aorta infra-renal	3
		3
5	Veia porta	3
	Veia hepática extraparenquimal	3-5
	Veia cava retro ou supra-hepática	5
	Aorta supra-renal subdiafragmática	5
		5

SECRETARIA GERAL
GERÊNCIA DA
FLS Nº 4112
FUNC

VASCULATURA INTRATORÁCICA		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Artéria e veia intercostal	2-3
	Artéria e veia mamária interna	2-3
	Artéria e veia bronquica	2-3
	Artéria e veia esofágica	2-3
	Artéria e veia hemiázigos	2-3
	Artéria e veia inominada	2-3
2	Veia ázigos	2-3
	Veia jugular interna	2-3
	Veia subclávia	3-4
	Veia inominada	3-4
3	Artéria carótida	3-5
	Artéria inominada	3-4
	Artéria subclávia	3-4
4	Aorta torácica descendente	4-5
	Veia cava inferior intratorácica	3-4
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da artéria pulmonar	3
	Primeiro ramo intraparenquimatoso da veia pulmonar	3
5	Aorta torácica ascendente e arco	5
	Veia cava superior	3-4
	Artéria pulmonar, tronco principal	4
	Veia pulmonar, tronco principal	4
6	Transseção total incontida da aorta torácica	5
	Transseção total incontida do hilo pulmonar	4

Obs.: avance um grau quando houver múltiplas lesões do grau III ou IV se a lesão for maior que 50% da circunferência. Recue um grau nas lesões dos graus IV e V se a lesão for menor que 25% da circunferência.



CORAÇÃO		
GRAU	DESCRIÇÃO DA LESÃO	AIS - 90
1	Contusão cardíaca com pequena anormalidade ao ECG (alteração inespecífica de st ou onda t, sístoles atriais ou ventriculares prematuras ou taquicardia sinusal persistente) Contusão cardíaca ou lesão penetrante do pericárdio sem ferimento cardíaco, tamponamento ou herniação	3 3
2	Contusão cardíaca com bloqueio ou alterações isquêmicas sem insuficiência cardíaca Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, sem tamponamento	3 3-4
3	Contusão cardíaca com extra-sístoles sustentadas ou multifocais Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com rutura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana sem insuficiência cardíaca Laceração cardíca por contusão com herniação Contusão cardíaca com insuficiência Ferimento cardíaco penetrante tangencial que não se estende ao endocárdio, com tamponamento	3-4 3-4 3-4 3-4 3
4	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com rutura de septo, insuficiência das válvulas tricúspide ou pulmonar, dos músculos papilares ou oclusão distal de artéria coronariana com insuficiência cardíaca Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com Insuficiência de válvulas tricúspide e aórtica Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante do ventrículo direito ou átrio, direito ou esquerdo.	3 3 5
5	Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com oclusão proximal de artéria cooronariana Lesão cardíaca por contusão ou ferimento penetrante com perfuração de ventrículo esquerdo Lesões estrelares com perda de tecido do ventrículo direito, atrios direito ou esquerdo menores que 50%	5 5 5
6	Avulsão do coração por trauma contuso Ferimento penetrante que produz perda maior que 50% de uma camara cardíaca	6 6

Obs.: avance um grau quando houver lesões penetrantes múltliplas a uma ou mais câmaras cardíaca

ACUTE PHISIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION

(APACHE)

a. Variáveis Fisiológicas

Variáveis Fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura (retal °C)	≥ 41	39-40,9		38,5-38,4	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤ 29,9
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤ 49
Freqüência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤ 39
Freqüência respiratória (rpm)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤ 5
Oxigenação									
a) FiO_2> 0,5 P(A-a)O_2	≥ 500	350-499	200-349		< 200				
b) FiO_2> 0,5 PaO_2					> 70	61-70		55-60	
pH arterial	≥ 7,7	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/L)	≥ 180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110
Potássio sérico (mEq/L)	≥ 7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina (mg%) (pontos x2 se IRA)	≥ 3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito (%)	≥ 60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		< 20
Glóbulos brancos (/mm^3)	≥ 40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala Glasgow	15-(valor observado GCS)								

b. Pontuação para idade

Idade (anos)	Pontos
≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

C. Pontuação para doença crônica

Se o paciente possui história de insuficiência orgânica severa ou é imunocomprometido, atribuir os seguintes pontos:

a. para não-cirúrgico ou para pós-operatório de cirurgia de urgência – 5 pontos

b. para pós-operatório de cirurgia eletiva – 2 pontos

Definições:

A insuficiência orgânica ou o estado de imunocomprometimento deve estar evidente anteriormente a esta internação hospitalar e seguir os seguintes critérios:

a. ***Hepática:*** cirrose comprovada por biópsia e hipertensão portal documentada, episódios pregressos de sangramento gastrointestinal alto devido a hipertensão portal ou episódios pregressos de insuficiência hepática/encefalopatia/coma

b. ***Cardiovascular*** : Grupo IV da classificação da *New York Heart Association*

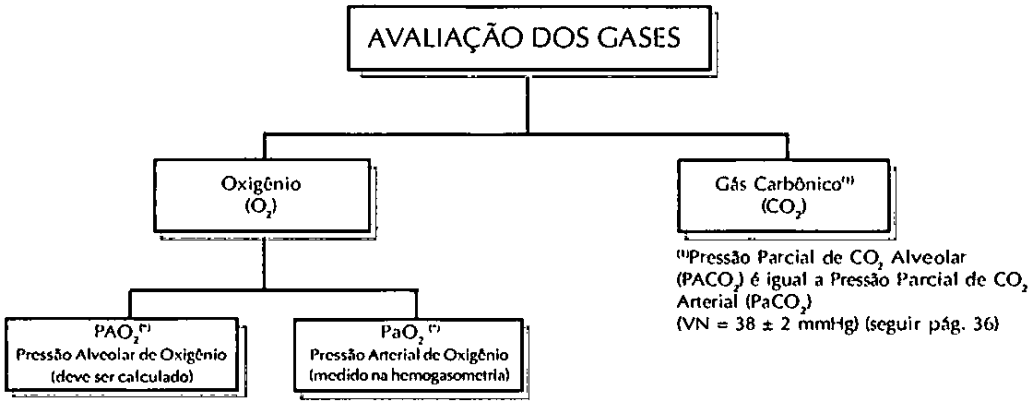
c. ***Respiratória:*** doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em restrição severa ao exercício (ex.: impossibilidade de subir escadas ou realizar atividades domésticas) ou hipóxia crônica, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar severa (>40mmHg) ou dependência respiratória

d. ***Renal:*** paciente em programa de diálise crônica

e. ***Imunocomprometimento:*** paciente recebeu terapêutica que suprime resistência às infecções, por exemplo, imunossupressão, quimioterapia, radiação, uso a longo prazo ou em altas doses de esteróides ou paciente tem uma doença suficientemente avançada que suprime resistência à infecção (ex.: leucemia, linfoma, AIDS).

Apache = soma de a+b+c

Análise de Hemogasometria – I



Fórmulas:

1) PAO_2 Prevista = (760-47) x FiO_2[**] - 1,25. $PACO_2$[***]

2) PaO_2 Prevista = PAO_2 - 15

PAO_2 - PaO_2 = Diferença Alvéolo Arterial de Oxigênio (valor normal é < 15)

Hipoxemia: Quando a PaO_2 obtida na hemogasometria é menor que a obtida pela fórmula $\frac{100 - \text{idade}}{3}$

Distúrbio da oxigenação (é diferente de hipoxemia):

I) Quando a PaO_2 medida na Hemogasometria for menor que a calculada pela fórmula 2

Se PAO_2 - PaO_2 > 15 – Distúrbio da ventilação/perfusão

Se PAO_2 - PaO_2 ≤ 15 – Não há distúrbio da ventilação/perfusão (hipoventilação)

(*) Apesar de calculado/medido podem ser previstos os valores a partir das fórmulas descritas.
(**) FiO_2 = Fração de Oxigênio Inalada (ar ambiente = 20%).
(***) Valor obtido na hemogasometria do paciente porque $PACO_2$ é igual a $PaCO_2$

Análise de Hemogasometria – II

pH Normal = 7,40 ± 0,2

Se < 7,38 = Acidemia

Se > 7,42 = Alcalemia

$PaCO_2$
> 40 – Acidose respiratória
< 36 – Alcalose respiratória (*)

HCO_3 – (Bicarbonato)
Normal = 22 a 26
< 22 – Acidose metabólica
> 26 – Alcalose metabólica

Acidose respiratória

Aguda

Para cada aumento de 10 na $PaCO_2$ o pH cai 0,08

Crônica

Para cada aumento de 10 na $PaCO_2$ o pH cai 0,03

Cálculo da $PaCO_2$ Prevista quando há acidose metabólica

$PaCO_2$ (esperada) = 1,5 x HCO_3^- (medido) + (6 ou 8 ou 10)

Interpretação:
Se $PaCO_2$ prevista = falha de compensação (probl. resp.) se $PaCO_2$ prevista for menor já exista hiperventilação.

Cálculo Comparativo(**)

(**) Compare o pH medido com o pH obtido pelas fórmulas:

Se pH medido for igual à fórmula com 0,08 – acidose aguda

$$pH\ (fórmula) = 7,40 - \frac{(PaCO_2\ medido - 40)}{10} \times 0,08$$ ou

HCO_3- esperado na acidose respiratória aguda é 2mEq acima do normal.

Se pH medido for igual à fórmula com 0,03 – acidose crônica

$$pH\ (fórmula) = 7,40 - \frac{(PaCO_2\ medido - 40)}{10} \times 0,03$$

HCO_3- esperado na acidose respiratória crônica é 5mEq acima do normal

Se pH diferente de ambas – acidose crônica agudizada

(*) Exceto na grávida no último trimestre (pois a $PaCO_2$ normal é igual a 36).

Análise de Hemogasometria – III

Cálculo do Ânion GAP

$$Na^{+} \text{ sérico} - (HCO_3 \text{ - sérico} + CL \text{ - sérico}) \; VN^{(*)} = 12$$

(*) Na+ = Sódio sérico em mEq/l

HCO_3- = Bicarbonato sérico em mEq/l

Cl- = Cloro sérico em mEq

Quando GAP maior que 12 – acidose metabólica devido a circulação de ácidos (uremia, cetoacidose, intox. exógena, salicilato, metanol, etilenoglicol, ac. lática).

Para cada 1mEq de acúmulo no ânion GAP o HCO_3- diminuiu de 1mEq.
Compare o HCO_3- medido com o HCO_3- previsto pela fórmula (somente quando o paciente tem ânion GAP >12):

$$\mathbf{HCO_3}\text{- (previsto)} = \mathbf{HCO_3}\text{- (medido na hemogasometria)} + \mathbf{(GAP - 12)}$$

Se HCO_3- previsto for maior que o normal significa que o paciente estava em alcalose metabólica quando começou a ter alteração do ânion GAP causada por outras doenças.

Se HCO_3- previsto for menor que o normal significa que o paciente estava em acidose metabólica causada por doença diferente da que causou a alteração do ânion GAP.

(*) VN = Valor Normal

Profilaxia de Tromboembolismo Após-Trauma

Critérios de Inclusão com Pontuação

• Obesidade	2 PONTOS
• Doença neoplásica	2 PONTOS
• Alterações da coagulação	2 PONTOS
• Passado de tromboembolismo	3 PONTOS
• Acesso femural central por mais de 24 horas	2 PONTOS
• Mais que 4 unidades transfundidas nas primeiras 24 horas	2 PONTOS
• Cirurgias com mais de 2 horas de duração	2 PONTOS
• Reparo ou ligadura de grande lesão vascular	3 PONTOS
• AIS > 2 para o tórax	2 PONTOS
• AIS > 2 para o abdome	2 PONTOS
• Fratura de coluna	2 PONTOS
• AIS > 2 para o segmento cefálico	3 PONTOS
• Coma (Glasgow < 8 por mais de 4 horas)	3 PONTOS
• Fratura complexa de membro inferior	4 PONTOS
• Fratura pélvica	4 PONTOS
• Lesão medular com para ou tetraplegia	4 PONTOS
• Idade ≥ 40 e ≤ 60	2 PONTOS
• Idade ≥ 60 e ≤ 75	3 PONTOS
• Idade ≥ 75	4 PONTOS

Os pacientes que apresentarem a soma de critérios atingindo valor acima de 5 (cinco) são candidatos à profilaxia farmacológica, observando-se os seguintes critérios de exclusão:

- Hemorragia intracraniana à TAC de crânio
- Lesão de medula espinhal com déficit neurológico progressivo ou incompleto
- Lesões intra-oculares com risco de hifema
- Fraturas de bacia que necessitem de transfusão
- Manejo não operatório de lesões hepáticas e esplênicas
- Condições que requeiram terapêutica anticoagulante
- Antecedente de deficiência de antitrombina III
- Drenagem de tórax produtiva
- Gestantes evoluindo com choque
- Hemofílicos

Obs.: estes passam a ser candidatos à profilaxia mecânica (por compressão pneumática).

Dose recomendada para profilaxia: enoxaparina sódica
20mg SC de 12/12 horas

Emergências Endócrinas

Insuficiencia Supra-Renal Aguda (Crianças)

CONCEITO:

- Emergência metabólica caracterizada por uma produção deficiente de corticoesteróides em resposta ao estresse.

ETIOLOGIA:

- Hiperplasia supra-renal congênita (Deficiência de 21 OH – forma mais comum), hemorragia de supra-renais, doença auto-imune, adrenoleucodistrofia, pan-hipopituitarismo, supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (suspensão abrupta de corticoesteróides em corticoterapia prolongada).

QUADRO CLÍNICO:

- Anorexia, vômitos, apatia, hipotermia, hipotensão, sinais de choque, perda ponderal. Os portadores de hiperplasia supra-renal congênita – Def. de 21OH – apresentam-se com genitália ambígua no caso do sexo feminino e macrogenitossomia do sexo masculino, porém, a genitália normal não afasta esta patologia. Os pacientes com insuficiência supra-renal crônica podem apresentar hiperpigmentação de pele e mucosas.

DIAGNÓSTICO:

- Solicitar 17 OH progesterona, Na e K, glicemia capilar e plasmática, uréia, creatinina, gasometria, hemograma (eosinofilia), cortisol sérico, aldosterona sérica e renina plasmática. É sempre necessário o rastreamento de infecção como fator desencadeante do quadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Excesso de diuréticos, nefropatias perdedoras de sal, acidose tubular renal, fase poliúrica de necrose tubular renal, diurese pós-obstrutiva.

TRATAMENTO:

- Hidratação – choque: 20 ml/kg – SF a 0,9%
- Manutenção: dobre as necessidades basais hídricas e reponha com solução contendo glicose a 5% e soro fisiológico a 0,9% em partes iguais.
- Corticoterapia – hidrocortisona – 10mg/kg, seguido da manutenção de 5mg/kg a cada 4-6 horas por 48 horas. Os pacientes com a forma perdedora de sal necessitam da reposição de mineralocorticóide – flúorhidrocortisona (Florinef) na dose de 0,1 mg/dia-VO.
- As doses do glicocorticóide são reduzidas 1/3 a cada dia por 2 dias até chegar na manutenção diária: hidrocortisona: 15 a 20mg/m²/dia (2/3 pela manhã e 1/3 à noite) -> ou Prednisona (5mg/m²/dia).
- Os pacientes com sépsis ou trauma deverão receber doses de corticóides 6 vezes maior.

Emergências Endócrinas – I

Insuficiência Supra-Renal Aguda

(Adultos)

Independentemente de sua etiologia, a insuficiência supra-renal é uma situação clínica potencialmente letal, que precisa de um alto grau de suspeição para o diagnóstico. Devemos destacar a insuficiência supra-renal primária crônica agudizada (paciente sem diagnóstico em situação de estresse ou diagnosticado, mas mal orientado quanto à sua conduta nessas circunstâncias) e a hemorragia supra-renal bilateral volumosa (complicação de várias enfermidades críticas). Destaque igualmente importante deve ser dado à insuficiência supra-renal secundária, devido ao uso crônico de corticosteróides, cada dia mais freqüente.

A necessidade de tratar agressivamente o paciente, assim que se suspeita pela primeira vez do diagnóstico, torna importante integrar os procedimentos terapêuticos e diagnósticos com um objetivo duplo. Em primeiro lugar, a vida do paciente não deve correr riscos enquanto se aguardam resultados de testes de confirmação. O tratamento também não deve interferir na confirmação hormonal do diagnóstico.

Etapas básicas para o manejo da insuficiência supra-renal aguda na emergência:

1. Identificar pacientes de risco potencial para a complicação:
   - pacientes já em uso de doses de reposição ou em terapia prolongada com corticosteróides (mesmo já suspensas a até um ano antes do intercurso atual) em estresse;
   - doença tromboembólica em anticoagulação, pós-operatório com coagulopatia espontânea ou iatrogênica (cirurgia do coração aberto, substituição de articulação por prótese ou cirurgia vascular), infecções graves, gestantes em estresse ou toxemia, grandes queimados.

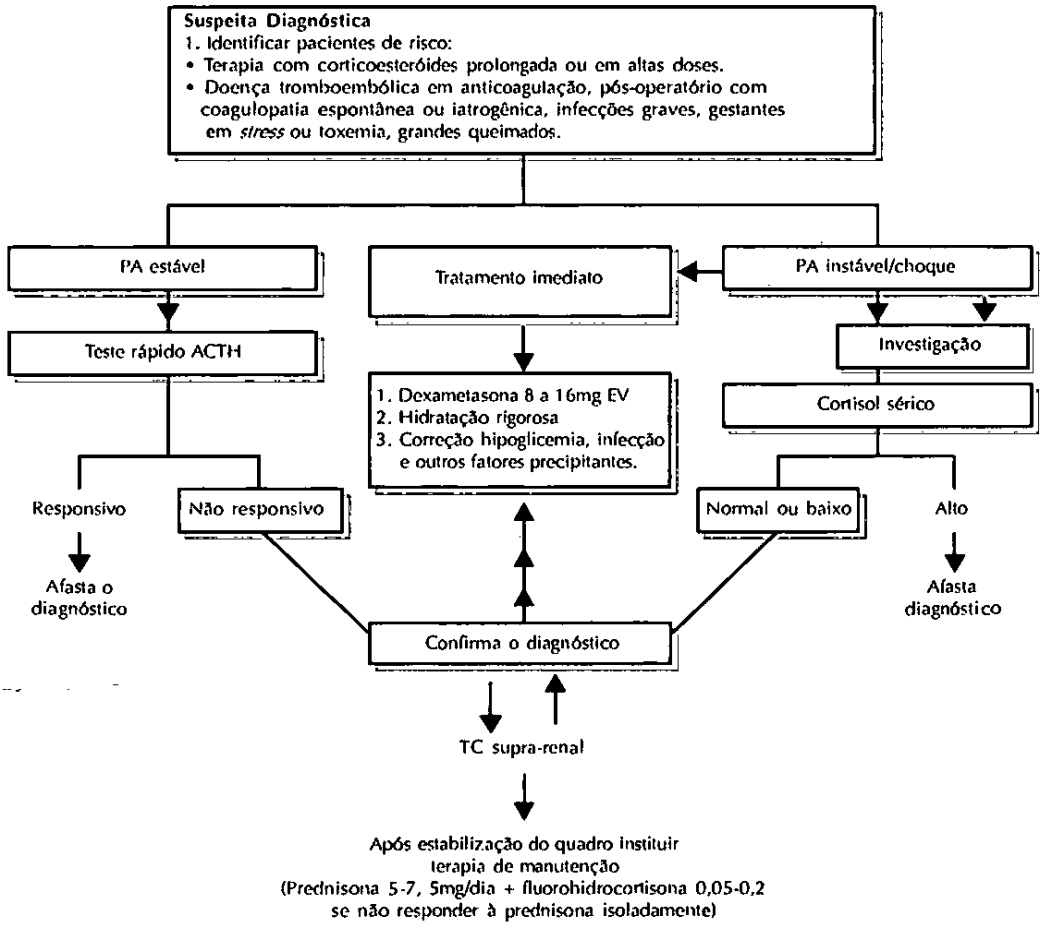
2. Identificar sinais e sintomas de comprometimento supra-renal agudo (muitas vezes similares aos das doenças críticas de base):
   - dor torácica ou abdominal, febre, hipotensão, fraqueza progressiva, náuseas, vômitos, letargia, confusão, torpor, aumento progressivo da uréia e K, queda na Hb/Ht, Na e HCO_3-;
   - hipotensão catastrófica;
   - ausência de resposta da PA à reanimação convencional.

3. Confirmação diagnóstica:
   - dosar a cortisolemia e nível de sódio (uma única dosagem de cortisolemia é um ótimo discriminante entre insuficiência supra-renal e outras causas de choque);
   - teste de estimulação rápida com ACTH (quando a PA estiver estável): administra-se 250 microgramas (25UI) de cortrosyn EV, com amostras de cortisol com 0 e 30 minutos. Sendo considerada resposta normal uma elevação de 7 microgramas/dl e um pico de pelo menos 20 microgramas/dl;
   - confirmação com TC supra-renal (particularmente na hemorragia supra-renal bilateral, com atenção especial para não perder o diagnóstico por cortes amplamente espaçados).

4. Terapia imediata:
   - administrar urgentemente esteróides (inicialmente preferir dexametasona 8-16 mg EV, por não interferir nos ensaios laboratoriais para o diagnóstico e, após serem colhidos, realizar o teste de estímulo rápido com ACTH; substituí-la por hidrocortisona 100mg EV de 6/6 h, de acordo com a evolução do paciente);
   - hidratação intravenosa vigorosa, com correção de depleção de volume e possível hipoglicemia;
   - avaliação e correção de infecções intercorrentes ou outros fatores precipitantes.

Emergências Endócrinas – II

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo)



Cetoacidose Diabética - I

(SE APRESENTAR INSUFICIÊNCIA RENAL, SEGUIR PÁG. 44)

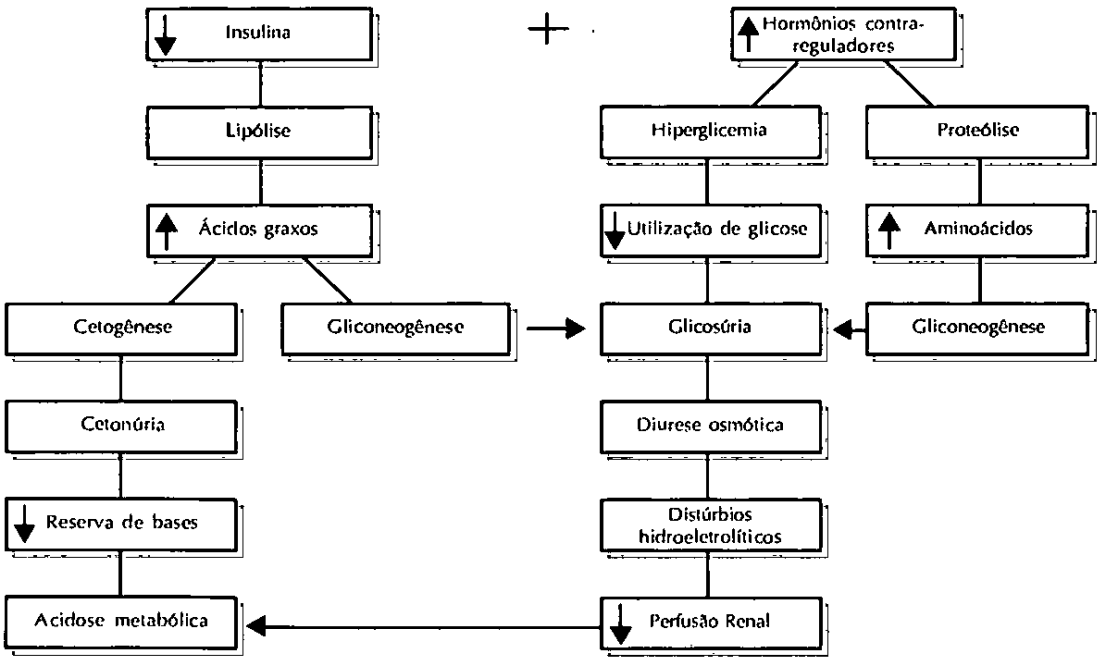
CONCEITO:

Distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia (glicemia acima de 250mg/dl), cetose (corpos cetônicos positivos em diluição 1:2) e acidose metabólica (pH abaixo de 7,3 e ou bicarbonato sérico menor que 15mEq/1).

FATORES DESENCADEANTES:

Stress, infecções, cirurgias, drogas, gestação, subinsulinização, diabetes recém-diagnosticado.

PATOGENIA:



DIAGNÓSTICO:

Clínico: história de poliúria, perda ponderal, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarréia.
Avaliar permeabilidade de vias aéreas, nível de consciência, dados vitais, grau de desidratação, ritmo cardíaco, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, perfusão periférica, sinais de infecção (exame de genitália e região anal).

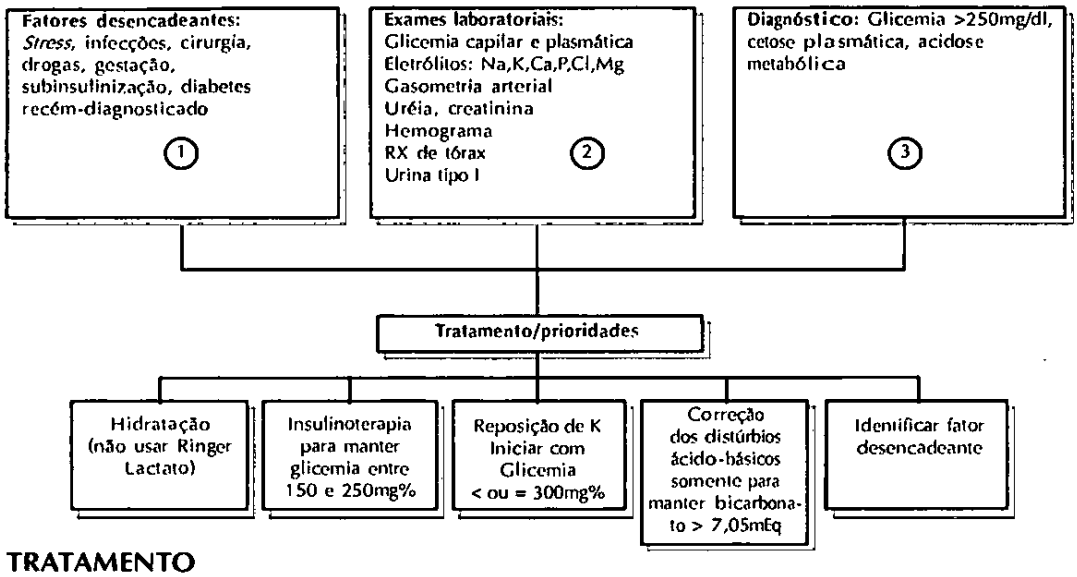
Laboratorial: solicitar glicemia capilar e plasmática, eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fosfatos, cloretos, magnésio sérico), gasometria arterial, uréia, creatinina, rastreamento de infecção (hemograma, culturas e RX de tórax), sumário de urina.

Obs.: o sódio sérico deverá ser corrigido acrescentando-se 1,6mEq para cada 100mg de glicemia acima de 100mg/dl.
A creatinina sérica sofre interferência dos ceto-ácidos e a sua elevação pode não corresponder fidedignamente à função renal do paciente.
Os sinais de desidratação costumam ser minimizados em virtude de tratar-se de desidratação hipertônica,mas a mesma é grave na grande maioria dos casos.
A amilase sérica poderá estar elevada sem que haja envolvimento pancreático.

TRATAMENTO:

1. Identificar fator desencadeante
2. Hidratação
3. Insulinoterapia
4. Reposição eletrolítica
5. Correção dos distúrbios ácido-básicos

Cetoacidose Diabética - II



TRATAMENTO

HIDRATAÇÃO:

1. **Fase de Reparação:** com choque: ver algoritmo de choque
   sem choque: 20ml/kg SF 0,9% em 2 horas

Crianças:

2. **Fase de Reposição:** 100ml/kg SF 0,9%(caso glicemia > 250mg/dl) em 6-8h
   solução 1:1(caso glicemia < 250mg/dl)
   solução 0,45%(caso sódio sérico > 140mEq/l)
3. **Fase de Manutenção:** até 10kg 100ml/kg – solução 1:4 em 24 horas
   10 – 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
   Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20
   Obs.: não ultrapassar o volume de 4l/m²/dia
   Adicionar glicose à solução quando a glicemia <250mg/dl.

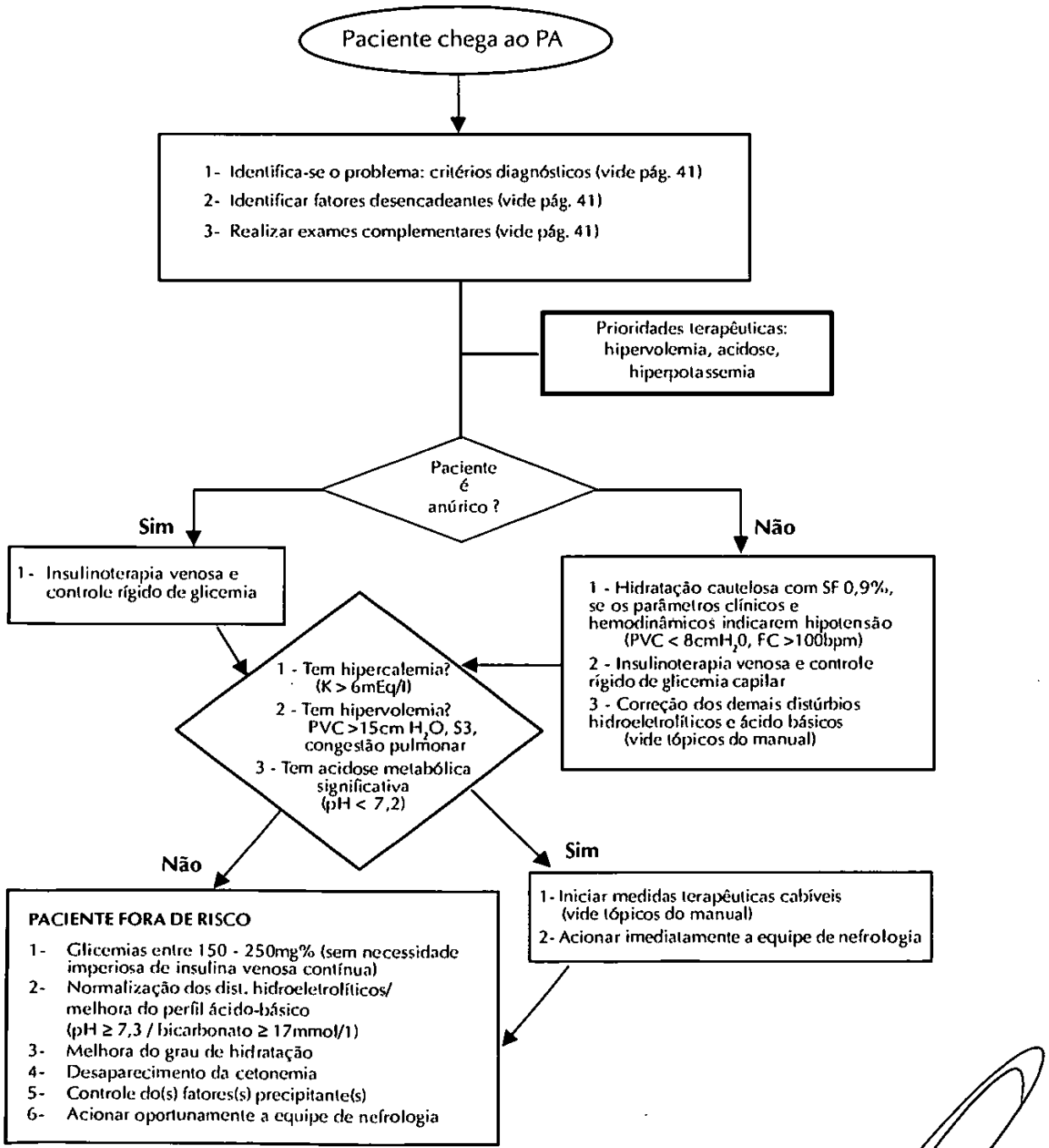
INSULINOTERAPIA:

Insulina regular
Via de administração:
Crianças:
- **Intravenosa contínua:** 0,1U/kg/h
- **Subcutânea:** 0,1-0,2U/kg de 1 em 1 hora até glicemia < 300mg/dl. Só iniciar administração após 2 horas de hidratação

Obs.: quando modificação de via EV para SC deve-se administrar uma dose de insulina SC e aguardar 30min para suspender administração EV.
Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico a insulina é modificada para 4/4horas SC na dose 0.250.4U/kg/dose. Insulina de ação intermediária só após resolução CAD e aceitação de dieta oral. Dose: 0,5U/kg/dia.

Insulina regular
Adultos:
- Só iniciar após ressuscitação
- 10 UI de insulina regular EV
- Repetir a glicemia com uma hora
- Se glicemia > 400 mg%, fazer 10 UI de insulina regular EV e aguardar novamente uma hora
- Repetir glicemia > 400 mg% mais 10 UI de insulina regular EV e assim sucessivamente.
- Em qualquer uma das dosagens, se a glicemia estiver entre 300 e 400mg%, fazer 8 UI subcutânea.
- Quando a glicemia < 250 mg%, iniciar solução polarizante.

Cetoacitose/Síndrome Hiperosmolar em Pacientes com IRC



FLS Nº 425

Diabetes Descompensada em Crianças até 12 Anos

HIDRATAÇÃO:

Etapa 1 – Fase de Reparação: com choque – 30 a 50ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
sem choque – 20ml/kg – SF a 0,9% – correr em 2 horas
Etapa 2 – Fase de Reposição: 100ml/kg – SF a 0,9% (caso glicemia > 250mg/dl) – correr em 6 a 8 horas
solução 1:1 (caso glicemia < 250 mg/dl)
Etapa 3 – Fase de Manutenção: até 10kg – 100ml/kg – Solução 1:4 – correr em 24 horas
10 a 20kg – 1.000ml + 50ml/kg acima de 10
Acima de 20kg – 1.500ml + 20ml/kg acima de 20

Obs.: não deve ser ultrapassado o volume de 4 l/m²/dia
Lembrar de adicionar glicose à solução sempre que a glicemia cair para menos de 250mg/dl.

Isulinoterapia: Insulina regular
Vias de administração – Intravenosa contínua – 0,1 U/kg/hora (preparar uma solução na proporção de 100ml de SF a 0,9% para 10 U de insulina regular – infundir 1ml/kg/h).
Subcutânea: 0,1 a 0,2 U/kg de 1 em 1 hora até que a glicemia caia para menos de 300mg/dl.

A escolha da via de administração depende das condições estruturais do Serviço e da gravidade do quadro, ficando indicada a via intravenosa para os pacientes encaminhados à UTI. Não há diferenças entre a via subcutânea e a muscular.
No caso da opção ser a via subcutânea, deve-se aguardar a 2ª hora de hidratação para iniciar a insulino-terapia.
Quando o paciente está fazendo uso da via venosa e esta vai ser modificada para via SC, deve-se administrar uma dose de insulina por esta via e aguardar cerca de 30' para suspender a infusão.
Após o paciente encontrar-se mais hidratado e menos acidótico, a insulinoterapia é modificada para de 4 em 4 horas, via SC, na dose de 0,25 a 0,4 U/kg/dose. A insulina de ação intermediária só é introduzida após resolução da CAD e a aceitação de dieta por parte do paciente, na dose de 0,5 U/kg/dia.

REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA: Lembrar que o Na sérico deve ser corrigido a cada 100mg/dl de glicose acima do normal, acrescentamos 1,6mEq de Na. Ex.: glicemia = 400mg/dl → Na = 136 Na real = 140,8 (correção)

O potássio deve ser administrado de rotina em quantidades que variam de acordo com os níveis séricos de K na admissão:

K sérico na admissão		
< 3,5mEq/l	3,5-5,5mEq/l	> 5,5mEq/l
40mEq/l	20 a 30mEq/l	Monitorizar de 2 em 2 horas e só administrar
Etapa 1	Etapa 2	K quando este cair

A velocidade de infusão de potássio não deve ultrapassar 0,5mEq/kg/hora e a solução não deve conter mais do que 60mEq/l.
A reposição de fosfatos não é obrigatória, mas está indicada quando há hipoxemia e/ou nível sérico de fosfato < 1ng/ml e deve obedecer à proporção de 1/3 de potássio sob a forma de fosfato e 2/3 de cloreto.

CORREÇÃO DOS DISTÚRBIOS ÁCIDO-BÁSICOS:

O uso do bicarbonato está indicado quando o pH é menor ou igual a 7 e não deve ser infundido em *bolus*.

pH < 6,9	pH 6,9 - 7,0
80mEq/m²	40mEq/m²

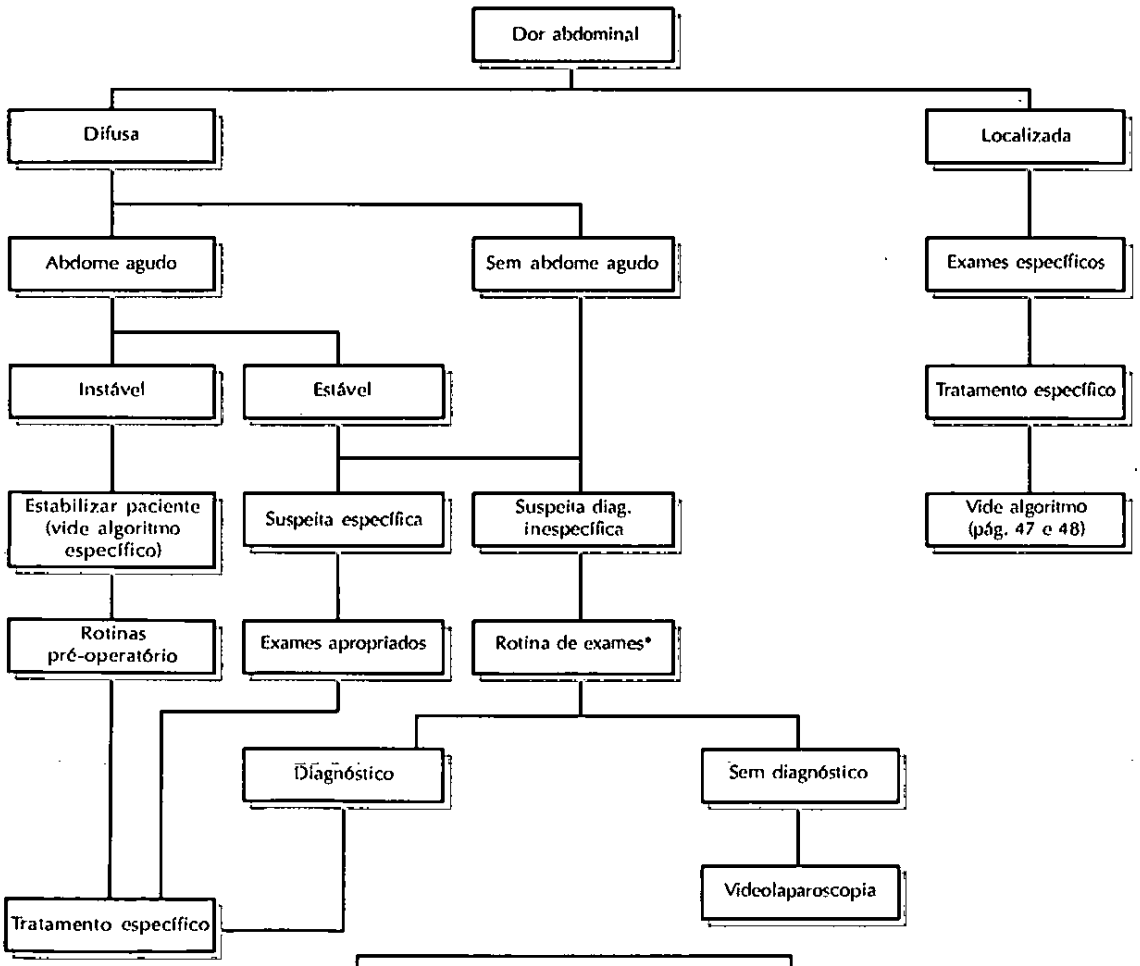
MONITORIZAÇÃO:

Clínica – sinais de desidratação, débito urinário, nível de consciência, dados vitais e perfusão periférica de 1 em 1 hora inicialmente e depois de 2 em 2 horas, espaçando a observação a partir de então para de 4 em 4 horas.
Laboratorial – glicemia capilar de 1/1 hora até que a mesma esteja abaixo de 300mg/dl, a partir daí a glicemia deve ser realizada de 4/4 horas, eletrólitos e gasometria venosa de 4/4 horas inicialmente e depois a cada 6 horas.
Obs.: o pH venoso é < 0,03 do que o arterial.
O hemograma inicial pode revelar leucocitose mas deve a contagem dos leucócitos baixar à medida que a CAD se resolve. A presença de leucocitose acima de 25.000 e desvio para a esquerda deve alertar para a possibilidade de infecção.
Indicações para Internação em UTI – crianças < 3 anos, distúrbios hidroeletrolíticos graves, alteração significativa do nível de consciência, instabilidade cardiovascular ou respiratória, osmolaridade sérica > 340mOsm, CAD não responsiva à terapêutica inicial.
Os demais casos poderão ser tratados em unidades intermediárias desde que exista monitorização médica e de enfermagem.
Complicações – hipoglicemia, hipocalcemia, hipocalemia, acidose hiperclorêmica, edema cerebral e arritmias.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4126
FUNC.

Aparelho Gastrointestinal

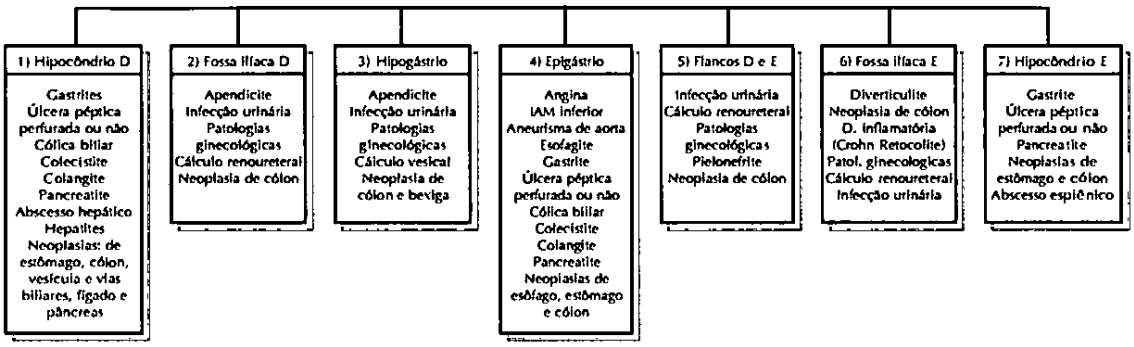
Dor Abdominal Aguda



Dor abdominal
1- Deite o paciente
2- Acalme
3- Anamnese e exame físico simultâneos
4- Sedação de dor: se dor forte ou assim desejar o paciente

* Rotina de exames
Homem:
Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).
Mulher em idade fértil:**
Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCGE se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.
Mulher fora da idade fértil:
Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.
** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tubária.

Causas da Dor Abdominal Localizada



A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

Objetivos:
Afastar abdome agudo cirúrgico
Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo
Afastar doenças clínicas que matam

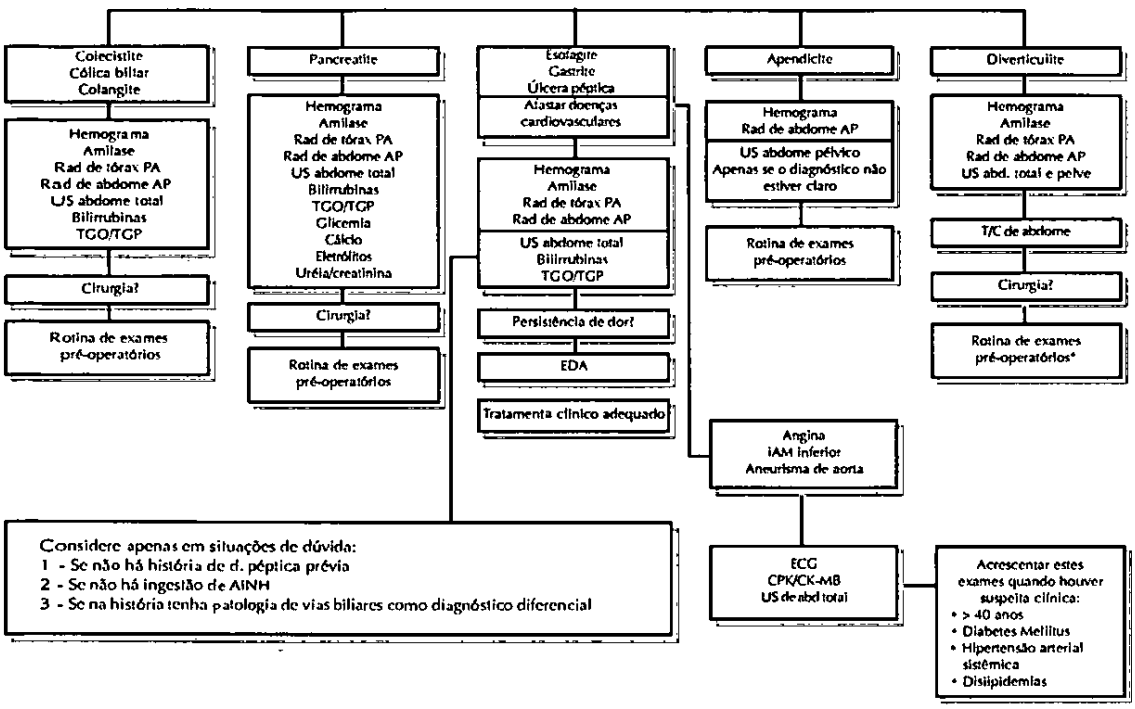
* São diag. de exclusão na emergência:
Neoplasias
Abscesso hepático
Abscesso esplêniico
D. inflamatória de cólon

Para as SD consulte algoritmos específicos:
1- ITU
2- Cálculo renoureteral
3- Patologias ginecológicas.

* Rotina de exames
Homem:
Hemograma; sumário de urina; amilase; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de Abdome AP de pé e deitado; US de abdome total (após ver rad.).
Mulher em idade fértil:**
Hemograma; amilase; sumário de urina; US de abdome total e pelve (antes ou depois da radiografia a depender do quadro clínico); beta HCGE se beta HCG neg.; Rad. de tórax PA de pé; Rad. de abdome AP de pé.
Mulher fora da idade fértil:
Rotina de exames p/ homem c/ US total e pelve.
** - até 45 anos ou com ciclos presentes mesmo c/ laqueadura tuhária.

SECRETARIA GERAL DA GERÊNCIA FLS Nº 4128

Rotinas de Exame na Dor Abdominal Localizada



Paciente com dor abdominal que fez uso de analgésico deverá ser mantido na unidade até passar o efeito do mesmo.

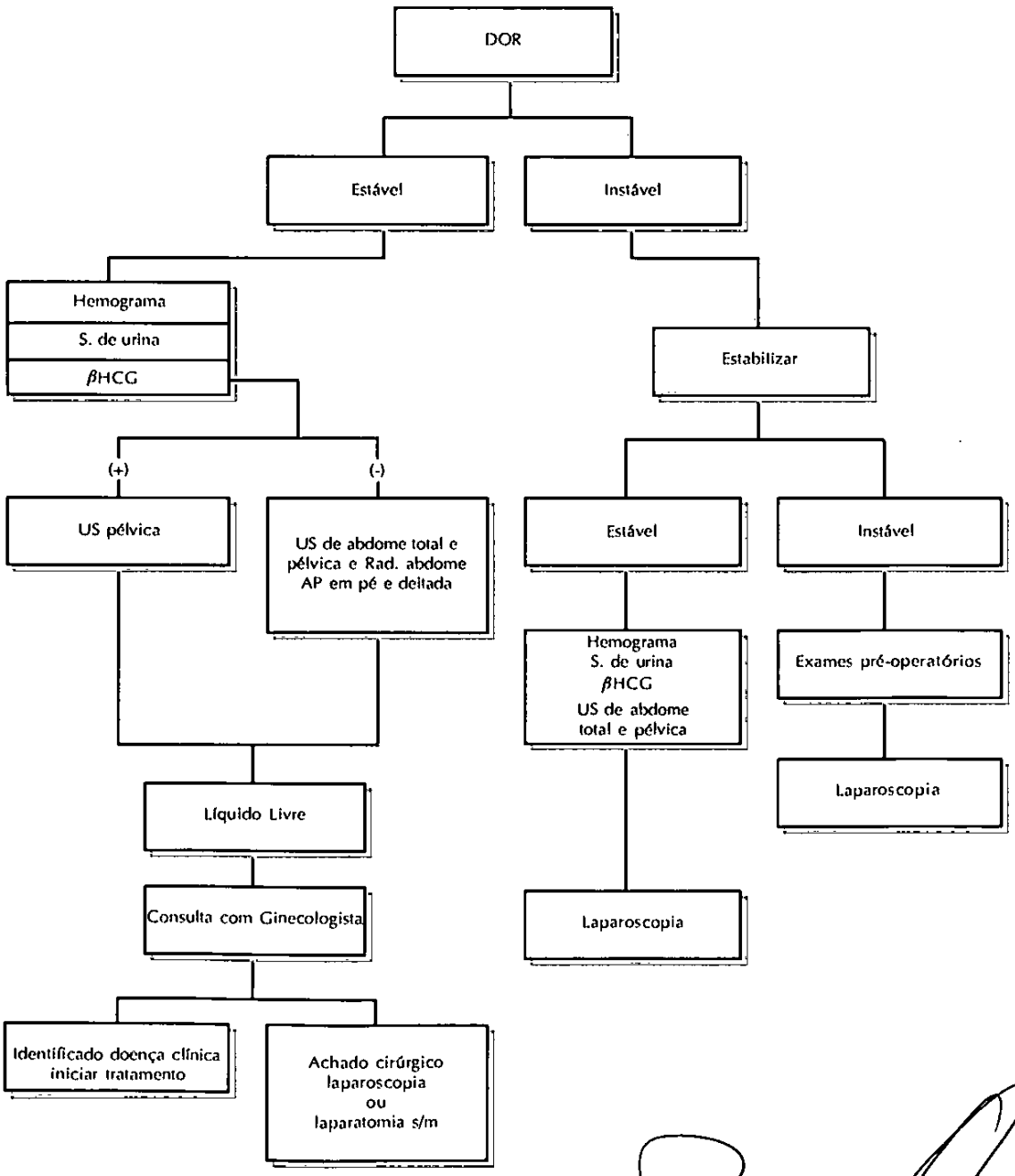
A rotina de exames visa a não deixar a descoberto doenças graves protelando assim seu diagnóstico e tratamento. Dor abdominal de início recente pode ser referida e migrar. A víscera acometida pode estar localizada em região topográfica abdominal diferente daquela localização da parede abdominal em que a dor se iniciou. A víscera acometida geralmente está na localização correspondente em que a dor passou a se localizar após a migração.

Dor Abdominal

Objetivos:
Afastar abdome agudo cirúrgico.
Afastar doenças clínicas que complicam com abdome agudo.
Afastar doenças clínicas que matam.

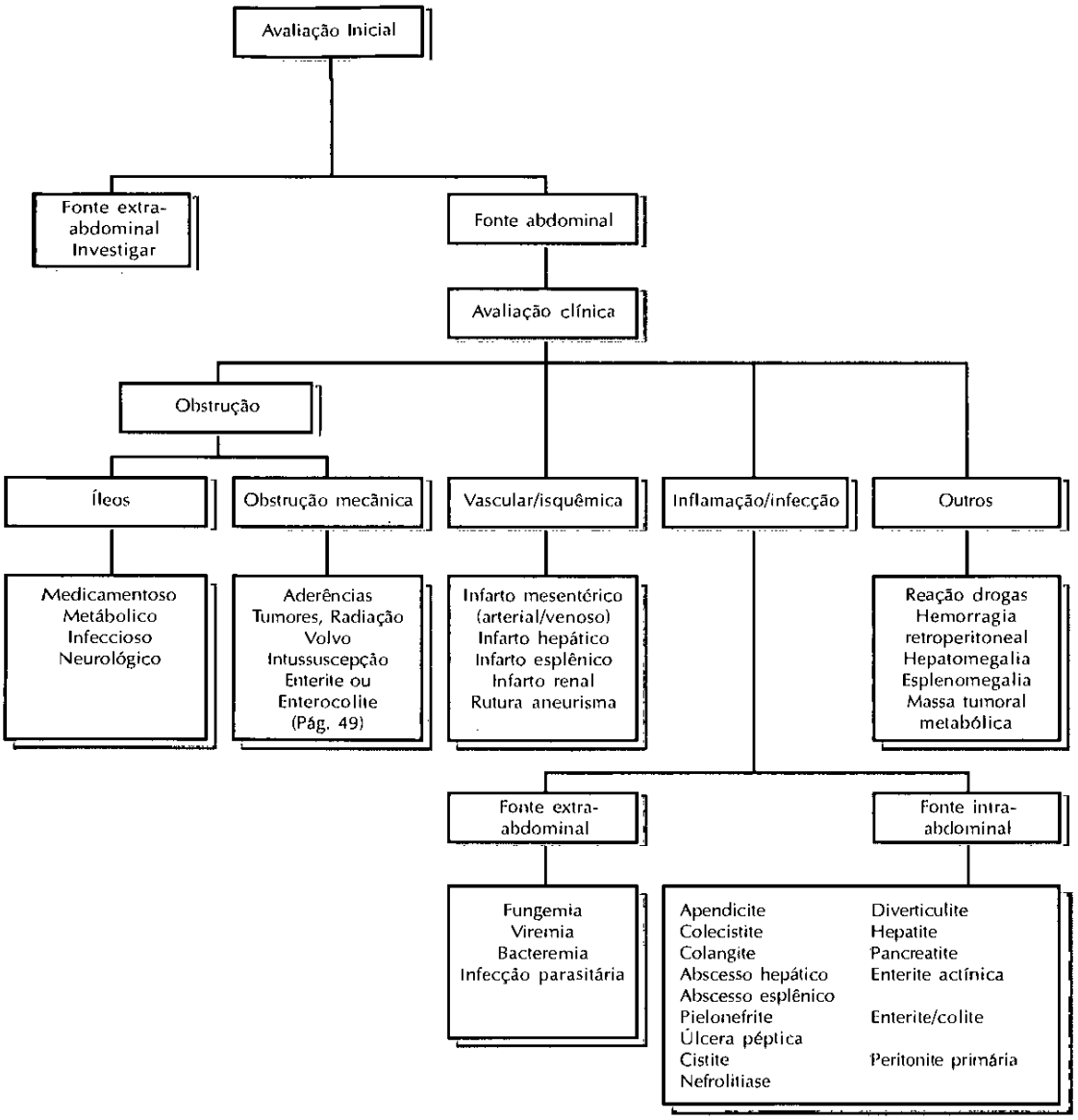
* Veja página 191

Dor Pélvica Espontânea



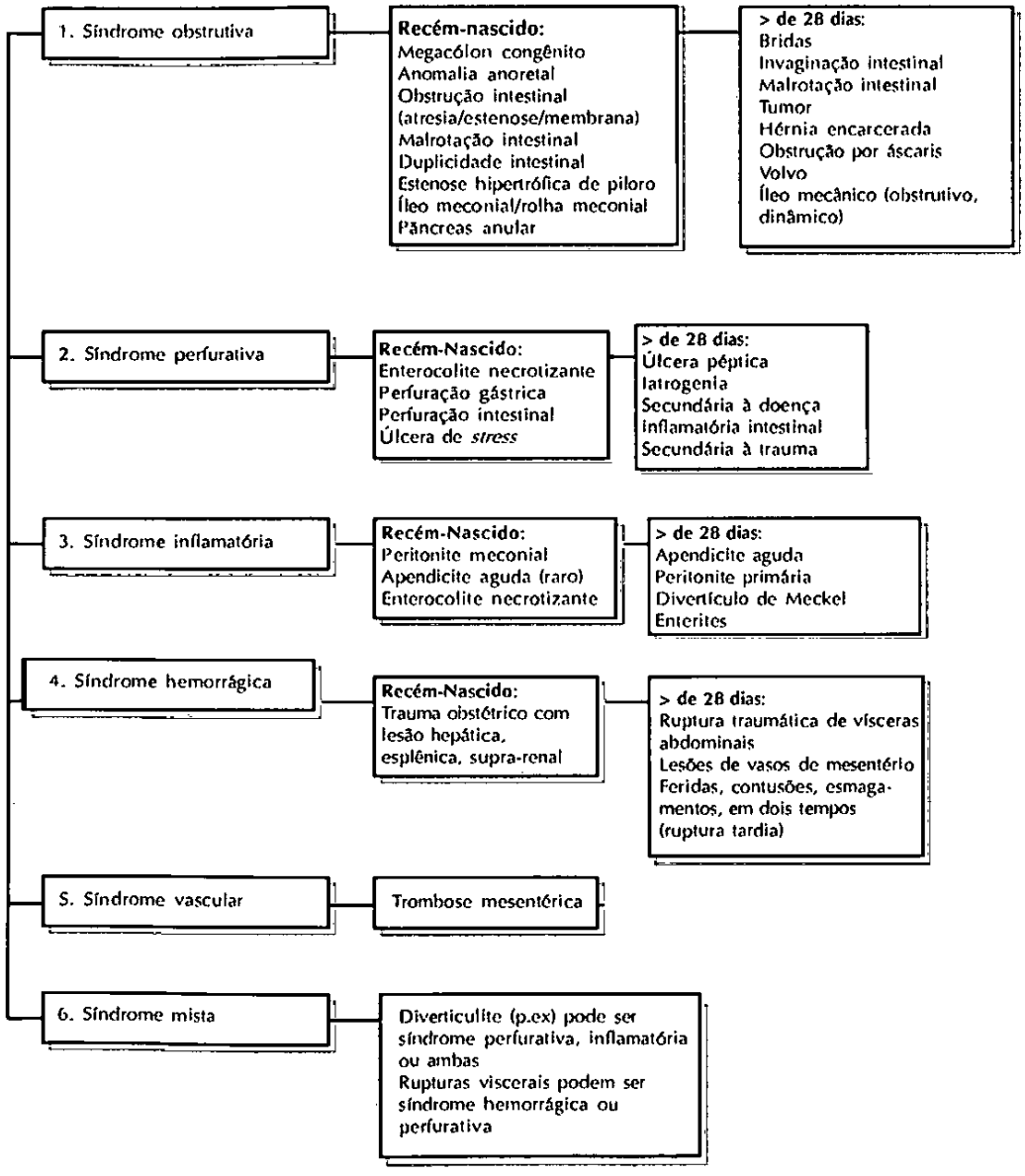
GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4130

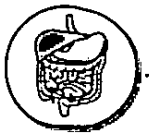
Dor Abdominal no Paciente Neutropênico



SECRETARIA GERAL
GERÊNCIA
FLS Nº 4131
FUNC.

Abdome Agudo na Criança





GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4132
FUNC.

Exames a Serem Solicitados no Abdome Agudo na Criança

1. Laboratoriais

- Hemograma
- GS e Fator Rh
- TP
- Tempo de Tromboplastina Parcial

Obs.: a depender da história clínica ou do exame físico que sugira alteração específica pedir exames mais específicos como: TGO/TGP, Ionograma, Teste de Falcemia, Urina tipo I, etc.).

2. Bioimagem

- Rx tórax PA e Perfil (se suspeita de patologias do trato respiratório ao exame físico)
- Rx de abdome deitado e em ortostase (ou decúbito ventral com raios horizontais): antes do US e/ou outro exame mais específico como US ou TC
- US de abdome (após estudos radiológicos inconclusivos ou que indiquem patologia detectável pelo US como estenose hipertrófica de piloro, invaginação intestinal, apendicite aguda, por exemplo)
- TC de abdome: casos específicos
- RM: casos específicos

Conduta imediata (após **anamnese e exame físico** durante a admissão na emergência):

DIETA ZERO (anotar horário da última refeição: horário, volume e tipo)

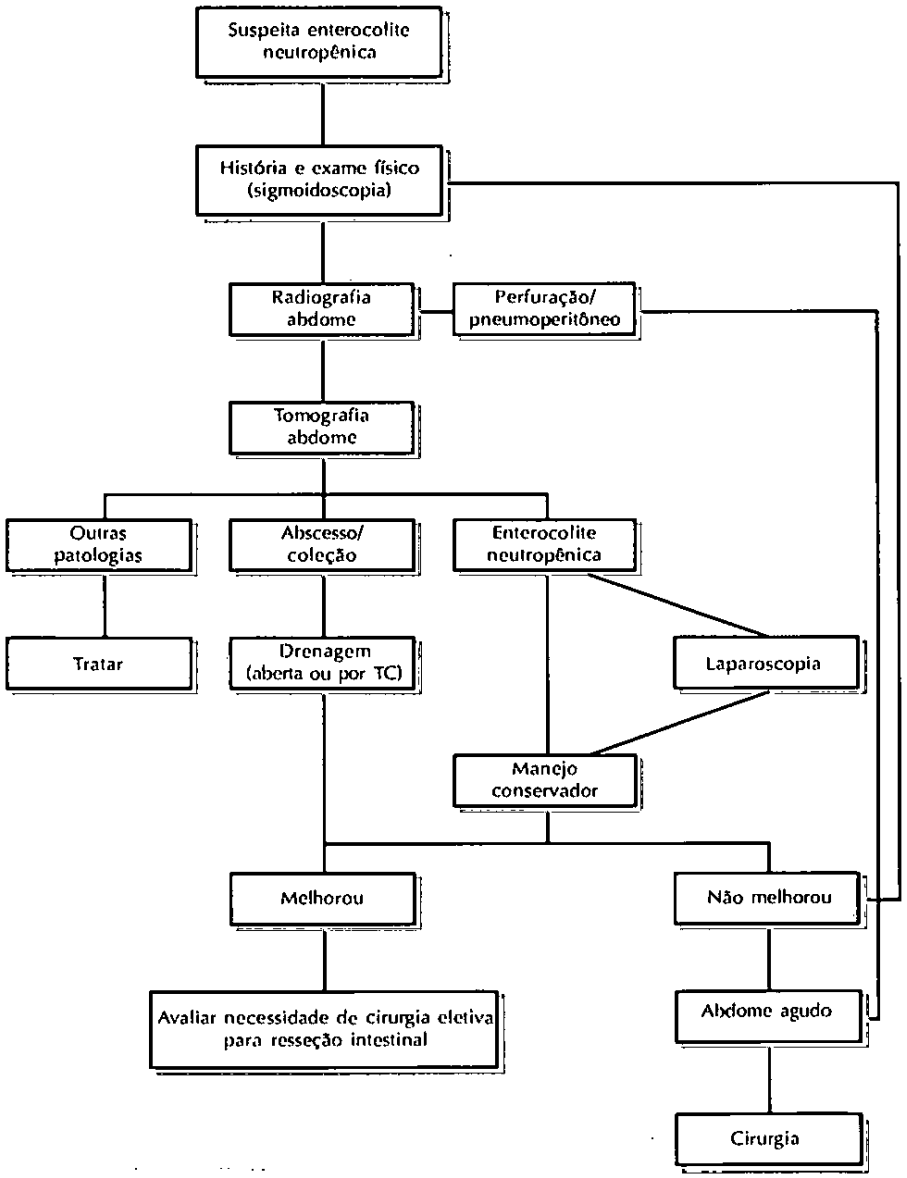
1. PESO (se possível, altura)
2. Acesso venoso (a depender da avaliação clínica)
3. Reposição de sangue e fluidos (se necessário)
4. Cuidados diferenciados para cada caso (passagem de sonda naso ou orogástrica, cateterismo vesical, etc.)
5. Observação e avaliação clínica repetida; sedação da dor após avalização cirúrgica (a depender de cada caso)
6. Consulta com o cirurgião pediátrico (obs.: não é necessário fechar o diagnóstico para chamar o cirurgião pediátrico e sim quando houver a suspeita de patologia cirúrgica)

ATENÇÃO!

Todo RN que:

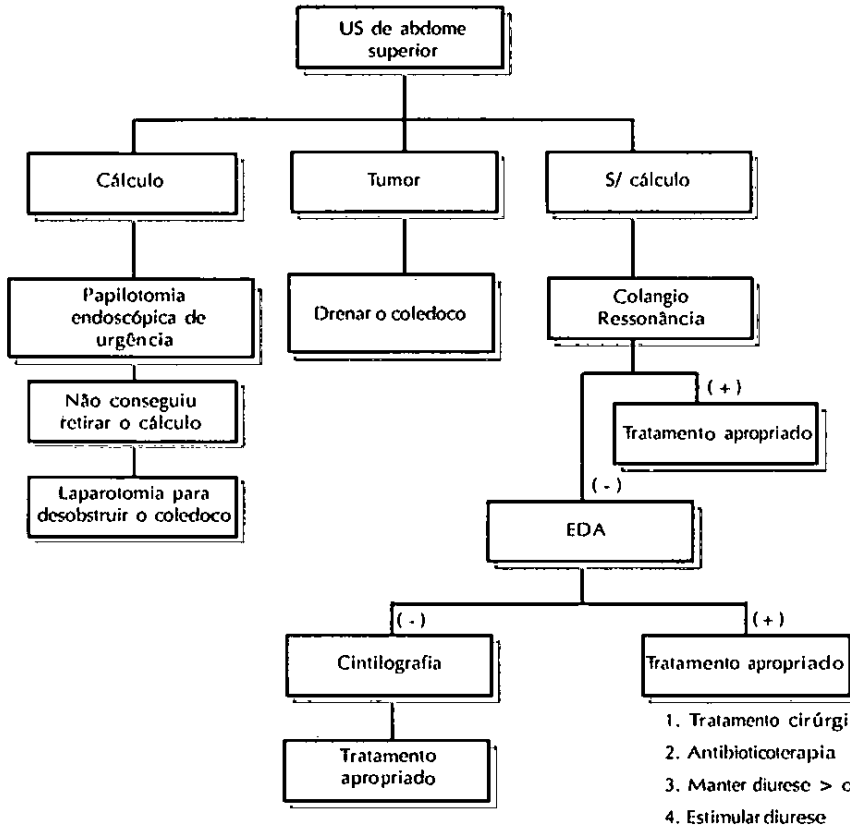
- Vomita tem obstrução até prova em contrário;
- Não elimina mecônio nas primeiras 24 horas deve ser mantido sob investigação (eliminar mecônio nas primeiras 24 horas não afasta obstrução, no entanto);
- Quanto mais alta a obstrução, mais precoce será o vômito; quanto mais baixa for a obstrução, maior será a distensão;
- A configuração do abdome distendido sugere a altura da obstrução;
- Consultar o cirurgião pediátrico quando:
  - Dor aguda tipo cólica que aumenta com movimento;
  - Abdome distendido, RHA ausentes, tumoração abdominal palpável, contratura reflexa da parede abdominal;
  - Toque retal: ausência de fezes, evacuação sanguinolenta, fundo de saco de Douglas abaulado;
  - RX: ar livre na cavidade abdominal, ausência de sombra renal ou de psoas, cálculos, fecalito, níveis hidroaéreos, dilatação intestinal;
  - Vômitos biliosos persistentes associados a dor abdominal.

Enterocolite Neutropênica



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4134
12
FUNC.
SES

Colangite



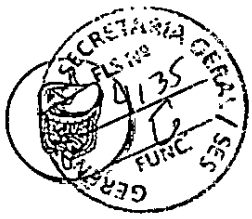
1. Tratamento cirúrgico
2. Antibioticoterapia
3. Manter diurese > ou = 70ml/hora
4. Estimular diurese
5. Proteção mucosa gástrica
6. Tratar alterações hemodinâmicas

Colangite tóxica desobstruir (*)

01. Após estabilização 12 a 24h:
- cálculo e/ou áscaris -------- papilotomia
- tumores e/ou estenoses ------- descompressão transparietal ------- Tratamento apropriado

02. Amicacina + Metronidazol + (Ciprofloxacina ou Ampicilina Subactan)
03. Reposição hídrica isosmolar + Dopamina Dopa + Diurético (Pam > 80)
05. Bloqueador H2
06. Intra-Cath – hidratação
07. SNG se indicado (distensão abdominal/vômitos)
08. Sonda vesical
09. Débito urinário > 70ml/h
10. Ht > 30 Hb > 10 Alb > 3.5
11. $Pa0_2$ > 70
12. Exames: Hemograma, Plaquetas, TP, Na, K, TGO, TGP, Gama GT, FA, Bilirrubinas, SU, Ur, Cr, Amilase, PT e frações.
13. Tratamento apropriado, drenagem

(*) Desobstrução – CPRE – Derivação Cirúrgica – Punção



Pancreatite Aguda - I

EXAMES	TRATAMENTO
Hemograma	Repouso absoluto
Uréia/Creatinina	Dieta zero
Sódio/Potássio	Sonda nasogástrica em caso de distensão abdominal ou vômitos
Glicemia	Sedar a dor
Transaminases	Tratamento de alterações hidroeletrolíticas
Fosfatase alcalina	Inibidores da bomba de prótons
Cálcio	Tratamento do choque ou hipovolemia com cristaloides
	Observar débito urinário e PVC
Proteínas totais e frações	Identificar e tratar a hipovolemia
LDH	Identificar e tratar a oligúria
Amilase	Antibióticos*
Gasometrial arterial	

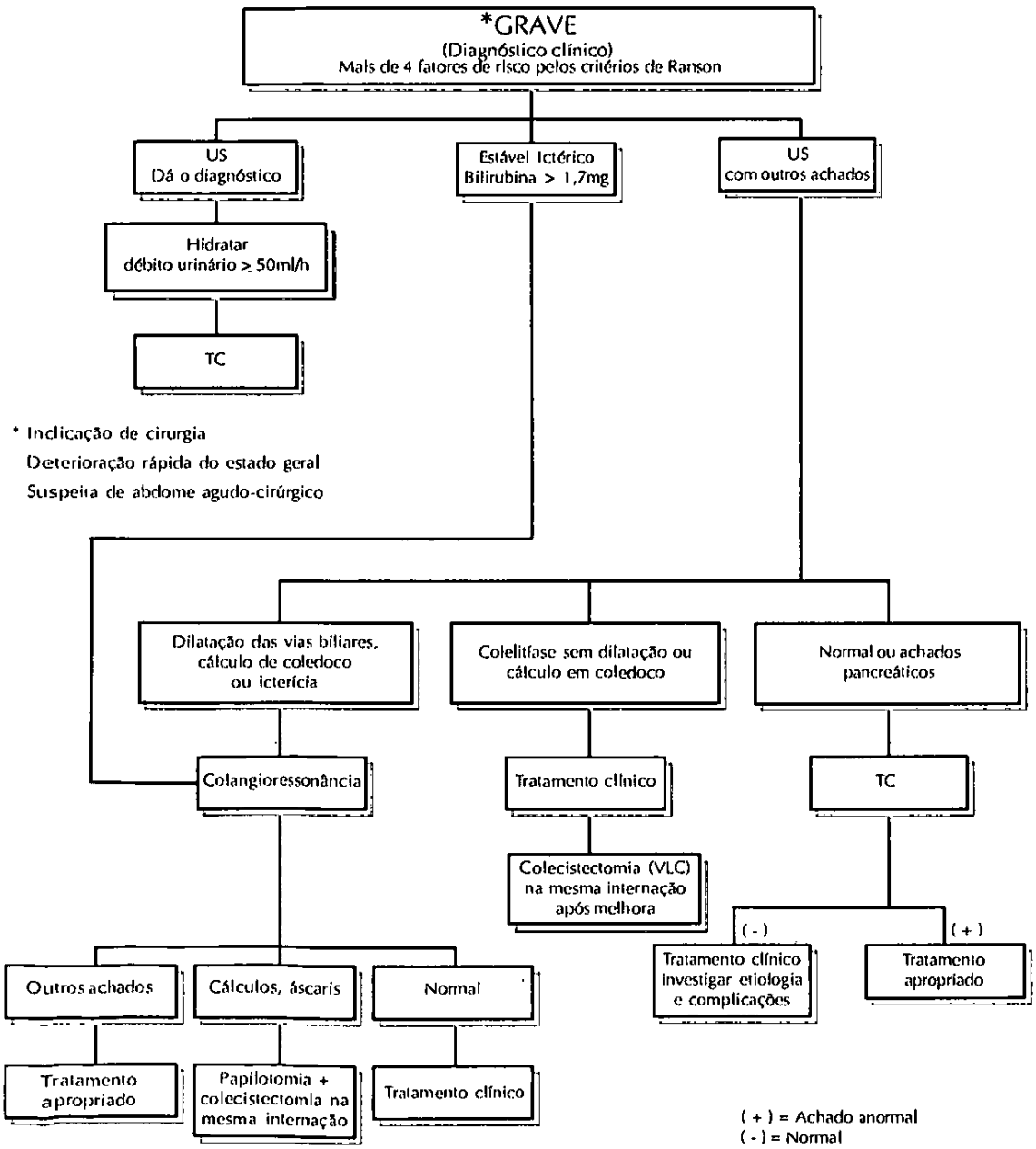
CRITÉRIOS DE RANSON E COLS (1974,1981)	
PANCREATITE NÃO-BILIAR	PANCREATITE BILIAR
À admissão	À admissão
1. Idade > 55 anos	1. Idade > 70 anos
2. Número de leucócitos > 16.000mm³	2. Número de leucócitos > 18.000mm³
3. Glicose > 200mg/dl	3. Glicose > 220mg/dl
4. TGO > 250UI/L	4. TGO > 250UI/L
5. LDH > 350UI/L	5. LDH > 250UI/L
Durante as 48 horas iniciais	Durante as 48 horas iniciais
6. Queda maior que 10% no hematócrito	6. Queda maior que 10% no hematócrito
7. Aumento no BUN > 5mg/dl	7. Aumento do BUN > 2mg/dl
8. Cálcio sérico < 8mg/dl	8. Cálcio sérico < 8mg/dl
9. PaO_2 < 60mmHg	9. Déficit de base > 5mEq/L
10. Déficit de base > 4mEq/L	10. Sequestração hídrica > 4 litros
11. Sequestração hídrica > 6 litros	

Letalidade – < 3 sinais – 0,9%; 3-4 sinais – 16%; 5-6 sinais – 40%; > 6 sinais – 100%.

PANCREATITE AGUDA GRAVE (Insuficiência de Órgãos e Sistemas)	
ÓRGÃOS/SISTEMAS	DADOS QUE CARACTERIZAM A INSUFICIÊNCIA
Cardiovascular	PAM ≤ 50mmHg ou PAM > 100mmHg com hidratação IV e droga vasoativa. FC ≤ 50bpm. Taquicardia ventricular/ fibrilação. PCR. IAM.
Pulmonar	Ventilação mecânica > 3 dias com FIO_2 > 40% e/ou PEEP > 5cm H_2O.
Renal	Creatinina > 3,5mg/dl. Diálise/Ultrafiltração.
Neurológico	Glasgow ≤ 6 (sem sedação).
Hematológico	Hematócrito ≤ 20%. Leucócitos ≤ 3.000. Plaquetas ≤ 50.000. CIVD.
Hepático	BT > 3,0mg/dl, na ausência de hemólise. TGP > 100UL.
Gastrointestinal	LAMG com necessidade de transfusão de mais que duas unidades por 24 horas. Colecistite alitiásica. Enterocolite necrotizante. Perfurações intestinais.

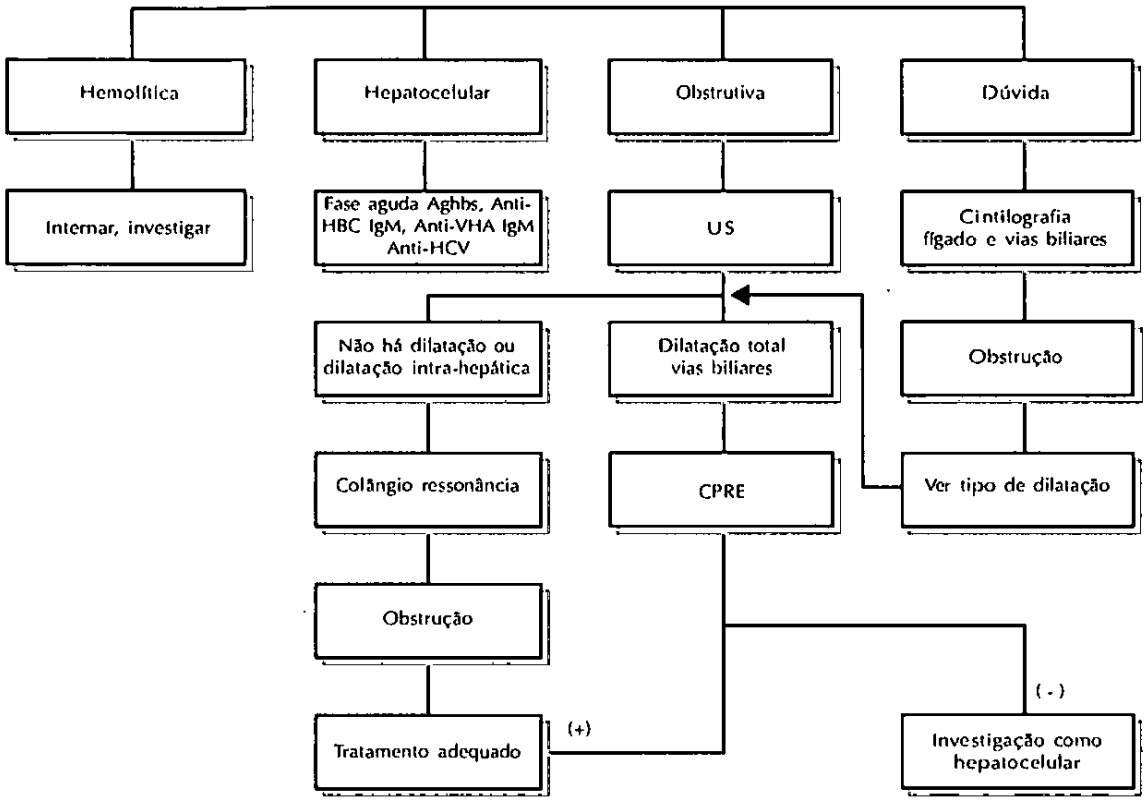
ANTIBIÓTICOS:
*Casos muito graves.
*Suspeita de infecções.
*Colangite ou colecistite.
*Pancreatite de etiologia biliar.

Pancreatite Aguda - II



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4137
FUNC.

Icterícia



(+) = Achado anormal
(-) = Normal

EXAMES

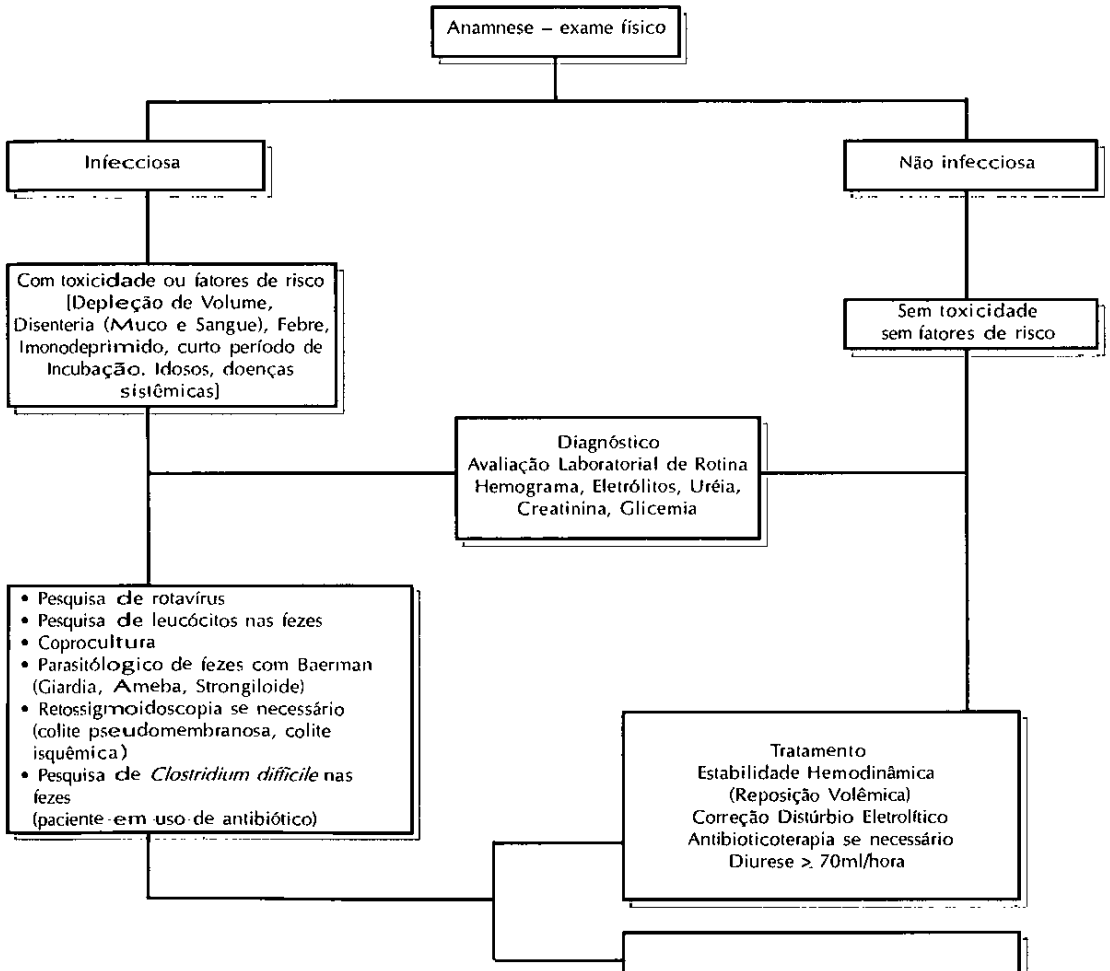
- RX de tórax
- RX de abdome, deitado e em pé
- Sumário de urina
- Amilase
- Tempo de protrombina
- Transaminases, Gama GT
- Proteínas totais e frações

MEDIDAS GERAIS

- Venóclise
- Sintomáticos
- Vitamina K 10mg/dia

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4138
FUNC.

Diarréia Aguda - I

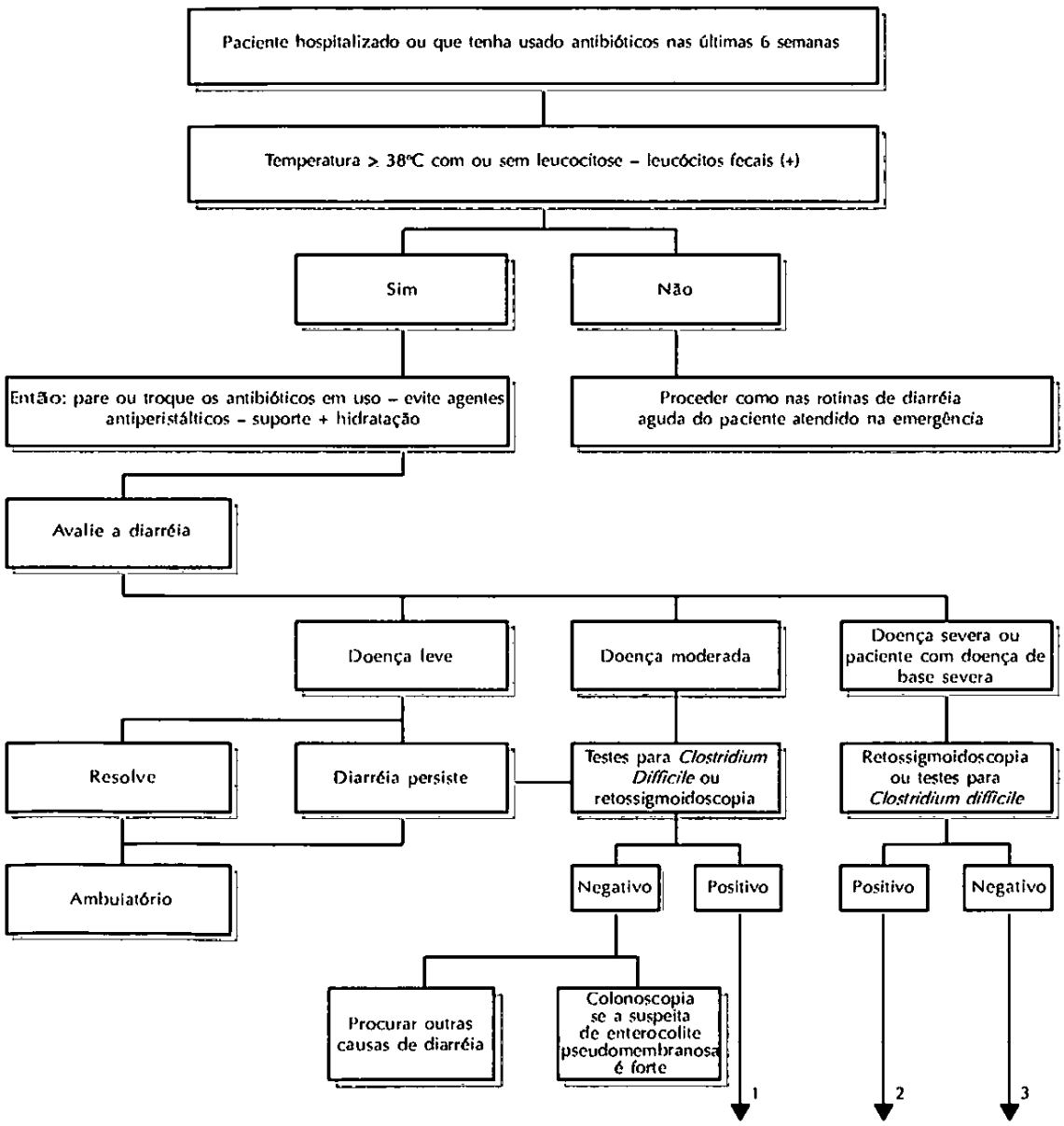


OBSERVAÇÕES:

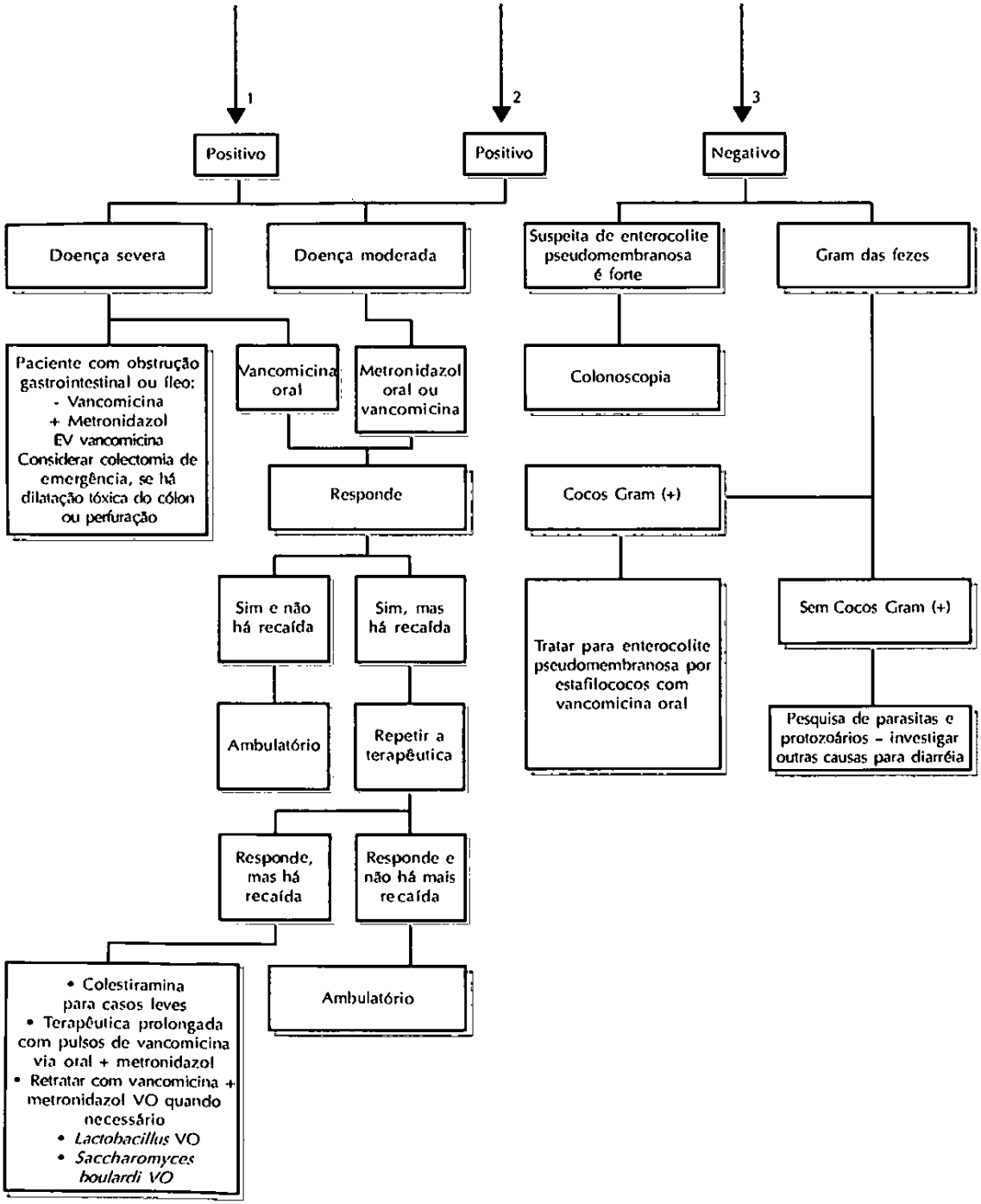
- A maioria dos casos de diarréia aguda é autolimitada. Nos casos de toxicidade, indica-se o uso das sulfas ou quinolonas.
- Tendo dúvida na introdução do antibiótico, o leucograma poderá ser repetido, após 12 a 24 horas do primeiro.
- A Vancomicina nos casos de colite Pseudomembranosa – (vide algoritmo específico) deverá ser usada por via oral (125mg de 6 em 6 horas).
- Poderão ser usados antiespasmódicos e antieméticos.
- Paciente com toxicidade deverá ser internado por um período mínimo de 48 a 72 horas em Unidade Intermediária.
- Deverão ser internados na UTI os casos de Septicemia que necessitem de monitorização hemodinâmica invasiva e/ou ventilação mecânica.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4139
FUNC

Diarréia Aguda - II

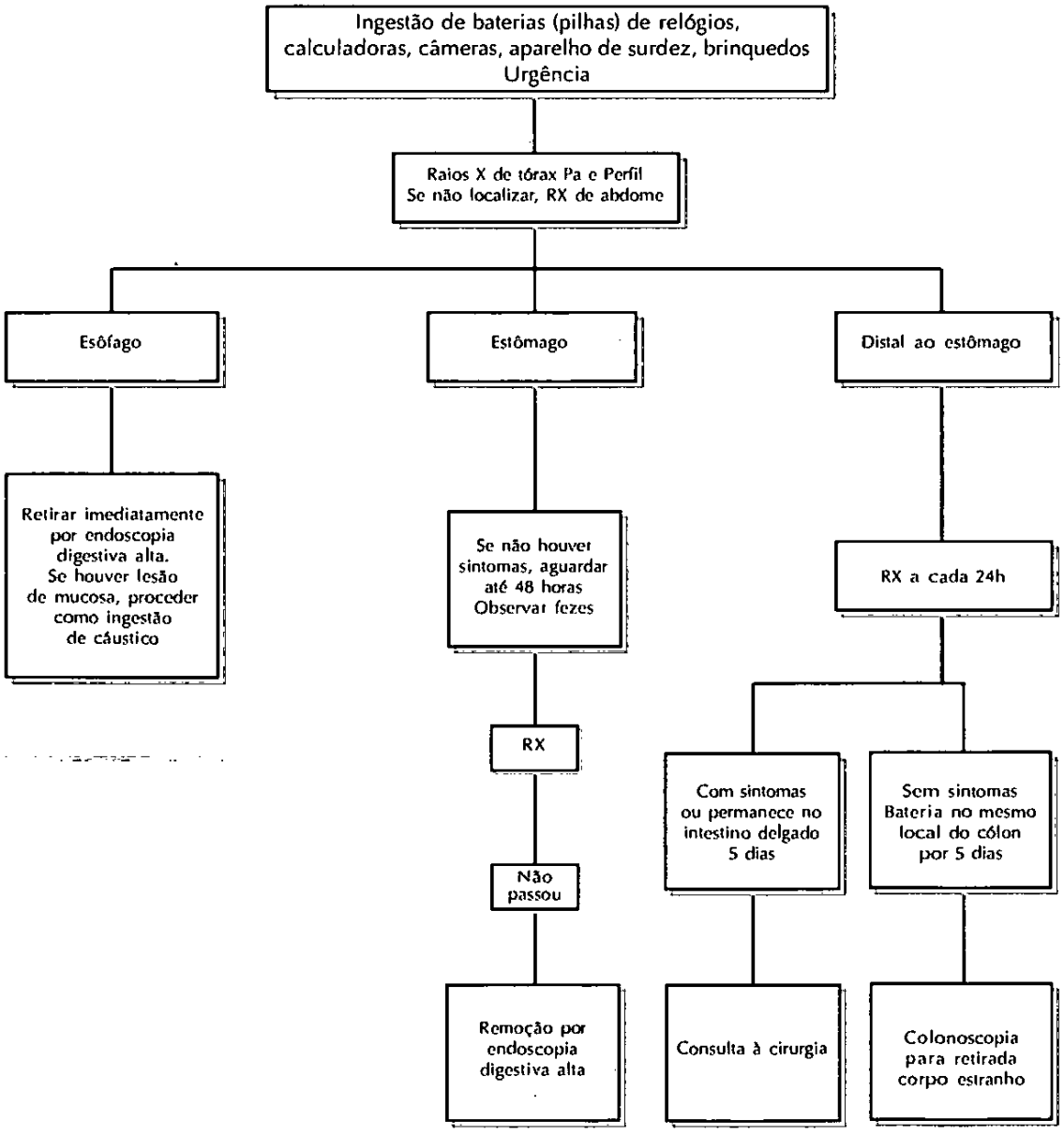


Seguir página 60



SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4140
FUNE

Ingestão de Corpo Estranho



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4142
FUNC.

Ingestão de Cáusticos

Obter dados:
- Concentração do agente
- pH do agente
- Quantidade ingerida
- Presença de sintomas
- Apresentação do agente: (em grânulos é mais grave)
- Ausência de lesões orais não exclui dano mucoso

Hidróxido de sódio,
Fosfato de sódio,
Carbonato de sódio,
Ácido sulfúrico,
Hipoclorito de sódio,
Ácido clorídrico,
Componentes habituais de detergentes,
Produtos de limpeza,
Sabão líquido (máquina de lavar),
Clinitest.

Não fazer lavagem, indução de vômito, uso de carvão ativado

Não dar álcalis ou ácidos para "neutralizar" cáustico (lesão exotérmica da mucosa)

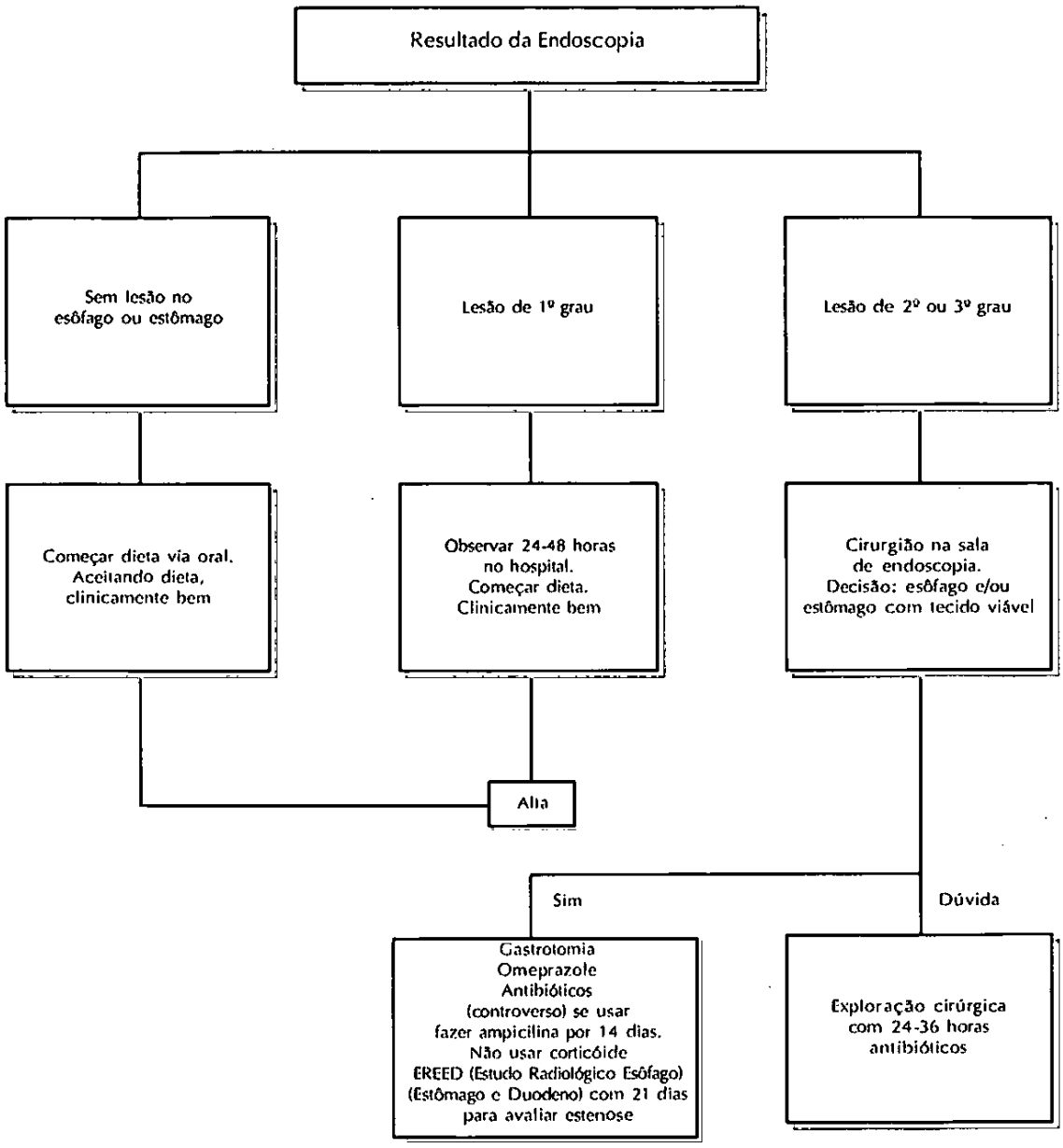
Dieta zero e hospitalização

Fazer endoscopia digestiva alta entre 12 e 24 horas. Nova endoscopia considerada apenas após 3 semanas.

▼
Continua na página 63

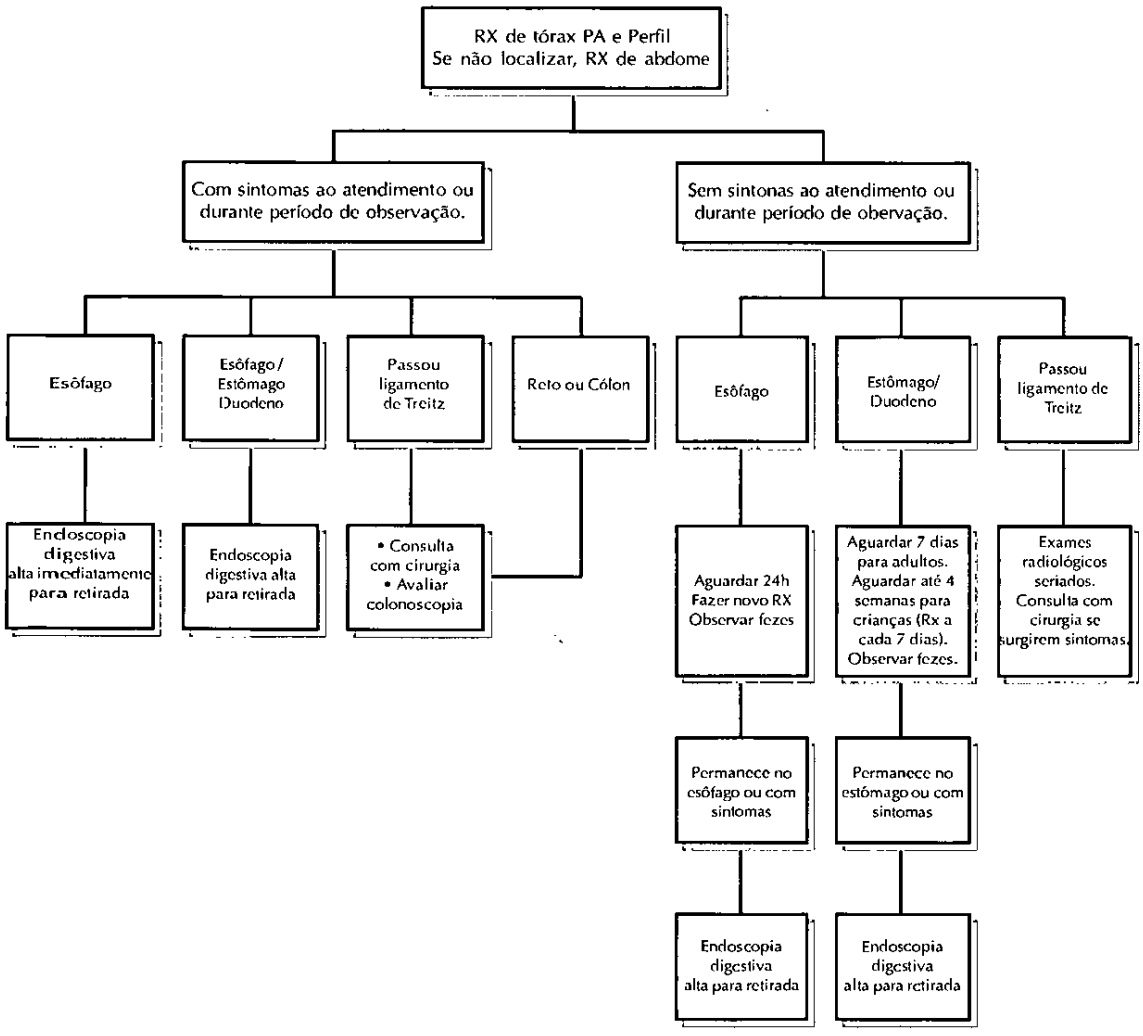
SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4143
GERÊNCIA
FUNC.

Continuação



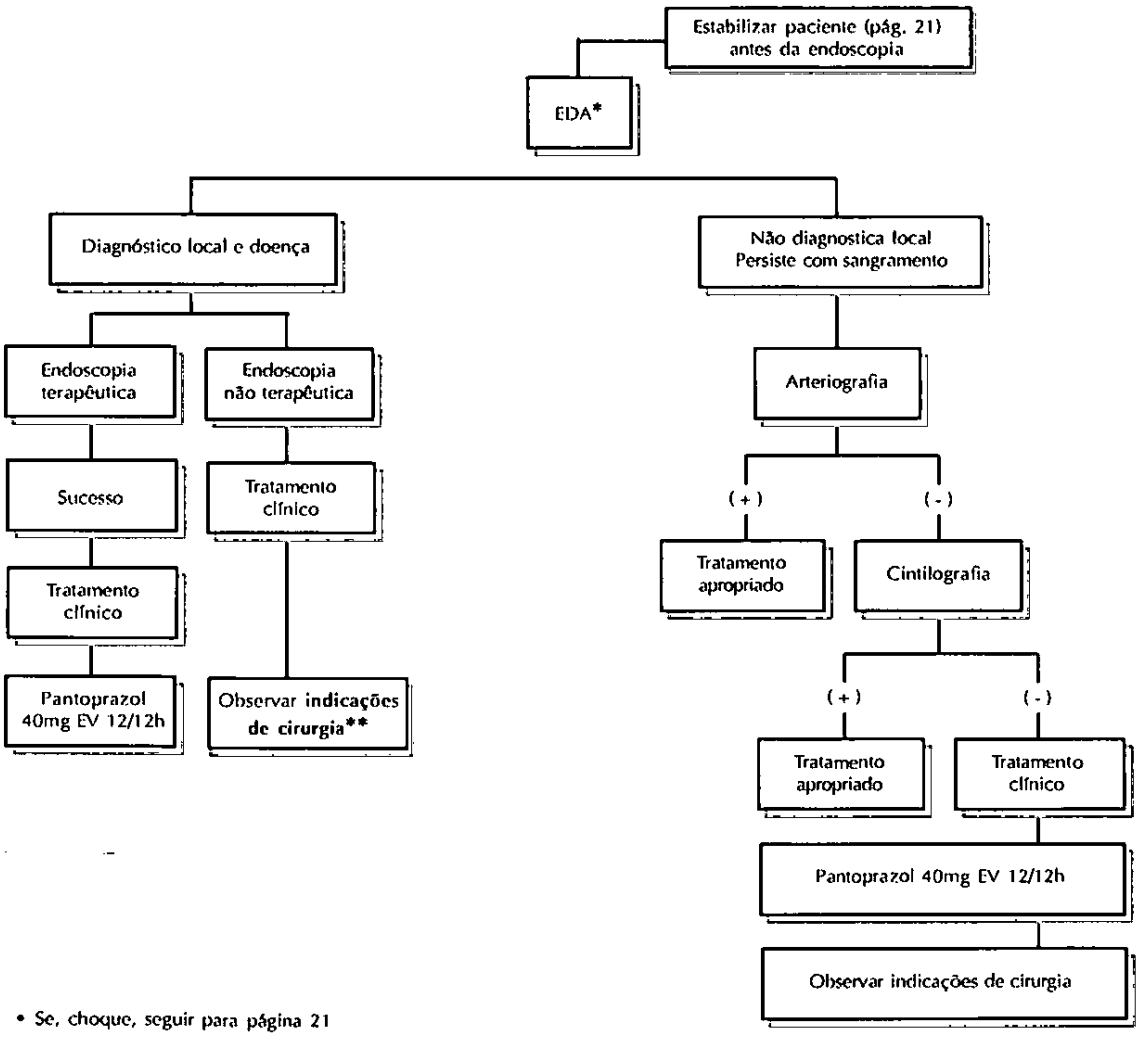
GERÊNCIA DA SECRETARIA GE
FLS Nº 4144
FUNC.

Ingestão de Moedas *



TGI = Trato Gastrointestinal
* (Habitualmente passam pelo TGI se < 20mm. Moeda de 25 centavos = 23mm.)

Hemorragia Digestiva Alta



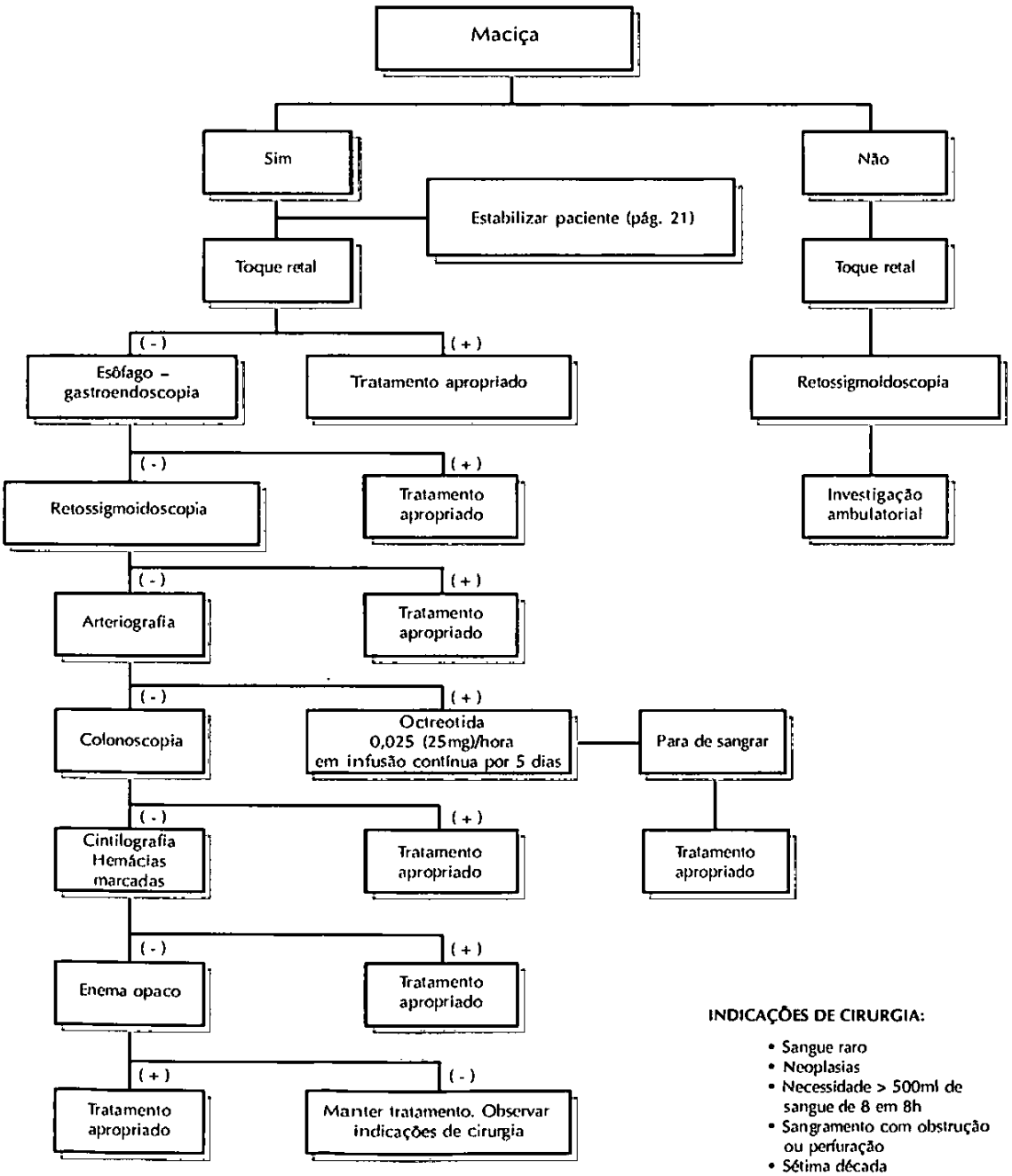
• Se, choque, seguir para página 21

**Indicações de cirurgia:
- pac. portador de Ca com hemorragia
- pac. com hemorragias e obstrução ou perfuração
- pac. que sangra, pára e retorna a sangrar (exclui os que podem ser resolvidos endoscopicamente)
- pac. portador de sangue raro
- pac. que necessita de mais 500ml cáda 8 horas, para manter Ht > 30 e Hb > 10
- pac. que sangrou durante tratamento clínico

• Caso sangramento persista em varizes de esôfago após esclerose, usar somatostina (STYLAMIN)
- dose inicial de 250 mcgEV seguida de manutanção - de 3mg em 250ml de soro fisiológico cada 12 horas.

(+) encontrou sangramento local
(-) não encontrou

Hemorragia Digestiva Baixa

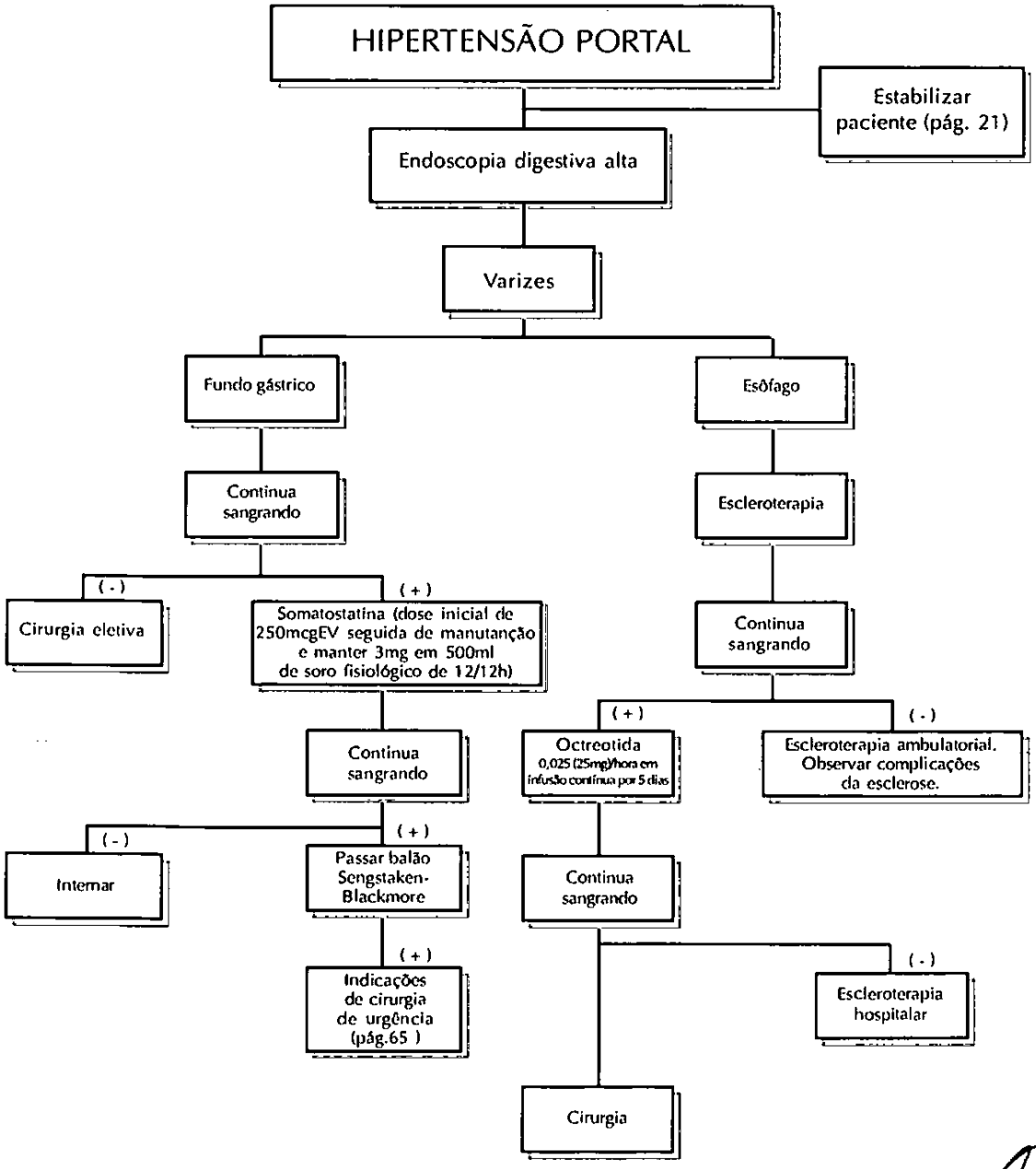


INDICAÇÕES DE CIRURGIA:

- Sangue raro
- Neoplasias
- Necessidade > 500ml de sangue de 8 em 8h
- Sangramento com obstrução ou perfuração
- Sétima década
- Sangra, pára, sangra

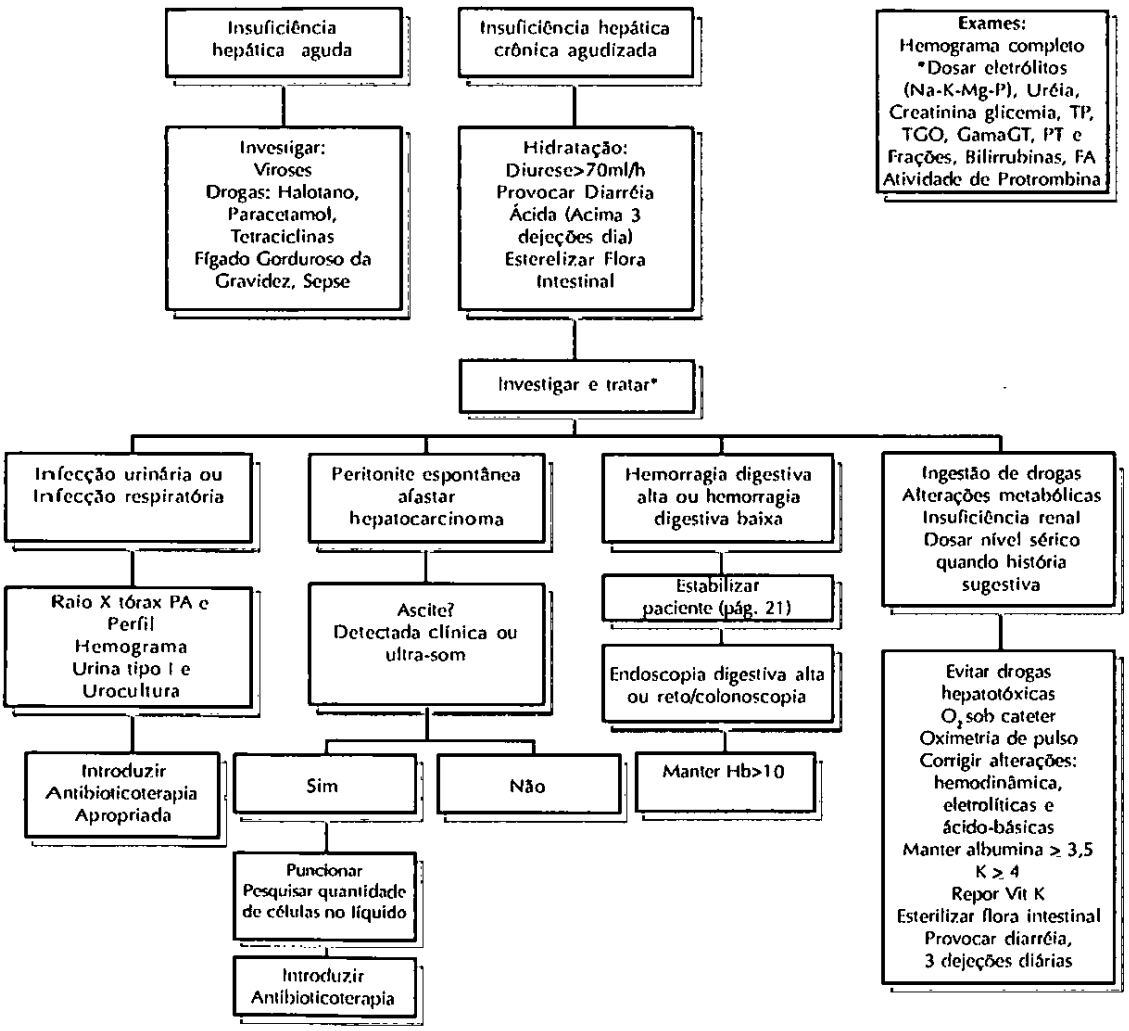
(+) Encontrou o local do sangramento
(-) Não encontrou

Hemorragia Digestiva Alta



(+) persiste
(-) parou de sangrar

Insuficiência Hepática

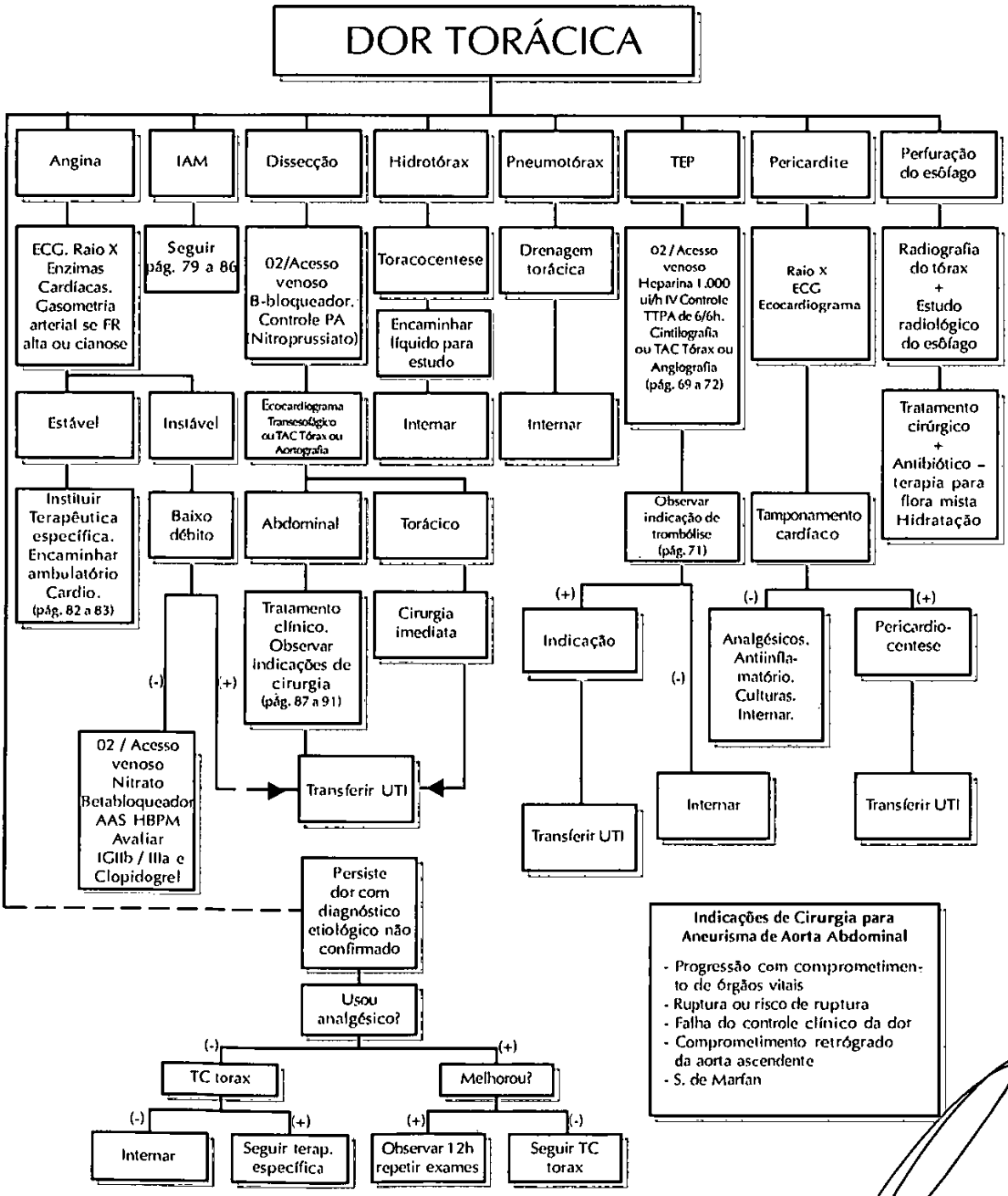


CLASSIFICAÇÃO DE *CHILD TURCOTTE*			
Grupos:	A	B	C
- Bilirrubinas (mg/dl)	< 2.0	2.0 - 3.0	> 3.0
- Albumina (g/dl)	> 3.5	3.0 - 3.5	< 3.0
- Ascite	Não	Facilmente controlável	De difícil controle
- Alterações neurológicas	Não	Leves	Acentuadas
- Estado nutricional	Bom	Regular	Mau

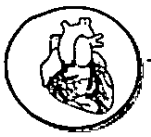
*Paciente com hipoalbuminemia necessita utilizar colóides + cristalóides para estabilização hemodinâmica por sangramento.

SECRETARIA GERENCIA DA
FLS Nº
4149
FUNC

Aparelho Cardiovascular



SECRETARIA GERENCIA DA FLS Nº 4150 FUNC



CRISE HIPERTENSIVA

PAS > 180 e/ou PAD > 110

Urgência

Sem evidência de lesão vascular aguda
Reduzir os níveis pressóricos em 24 a 48 horas

Fundo de olho

Papiledema

(-)

Assintomático

Medicar para casa

Sintomático

Capoten 25mg SL /
Clonidina SL/Ansiolítico

(-)

Repetir com 20 minutos

(-)

Furosemida após 30 minutos

(-)

Nipride** 0,25 a 10 ug/kg/min EV

Internar

Emergência

Evidência de lesão vascular aguda de órgão alvo*
Reduzir os níveis pressóricos até 2 horas não mais que 25%
Manter em torno de 160/100 no período de 2 a 6 horas

(+)

* Encefalopatia hipertensiva
Hemorragia subaracnóidea
Hipertensão maligna sintomática
Hemorragia intraparenquimatosa cerebral
Dissecção de aorta
Insuficiência coronariana (ICO)
Pós-revascularização do miocárdio
Crise feocromocitoma
Epistaxis severa
Eclampsia

** Em ICO utilizar nitroglicerina

(+) Sim (-) Não

GERÊNCIA DA SECRETARIA GE
FLS Nº
415
FGHC

Emergências Hipertensivas

- **Emergência Hipertensiva**

É definida como situação na qual ocorre elevação importante da PAS, associada ou não a lesão de órgão alvo irreversível.

- **Urgência Hipertensiva**

São situações em que a PAS está elevada, com PAD >120mmHg, porém são mínimas ou mesmo não se observam lesão de órgão alvo.

Abdelwahab -1995

Emergências Hipertensivas

- Encefalopatia hipertensiva
- Dissecção de aorta
- Edema agudo de pulmão
- Infarto agudo do miocardio
- Hipertensão intracraniana
- Eclampsia
- Feocromocitoma

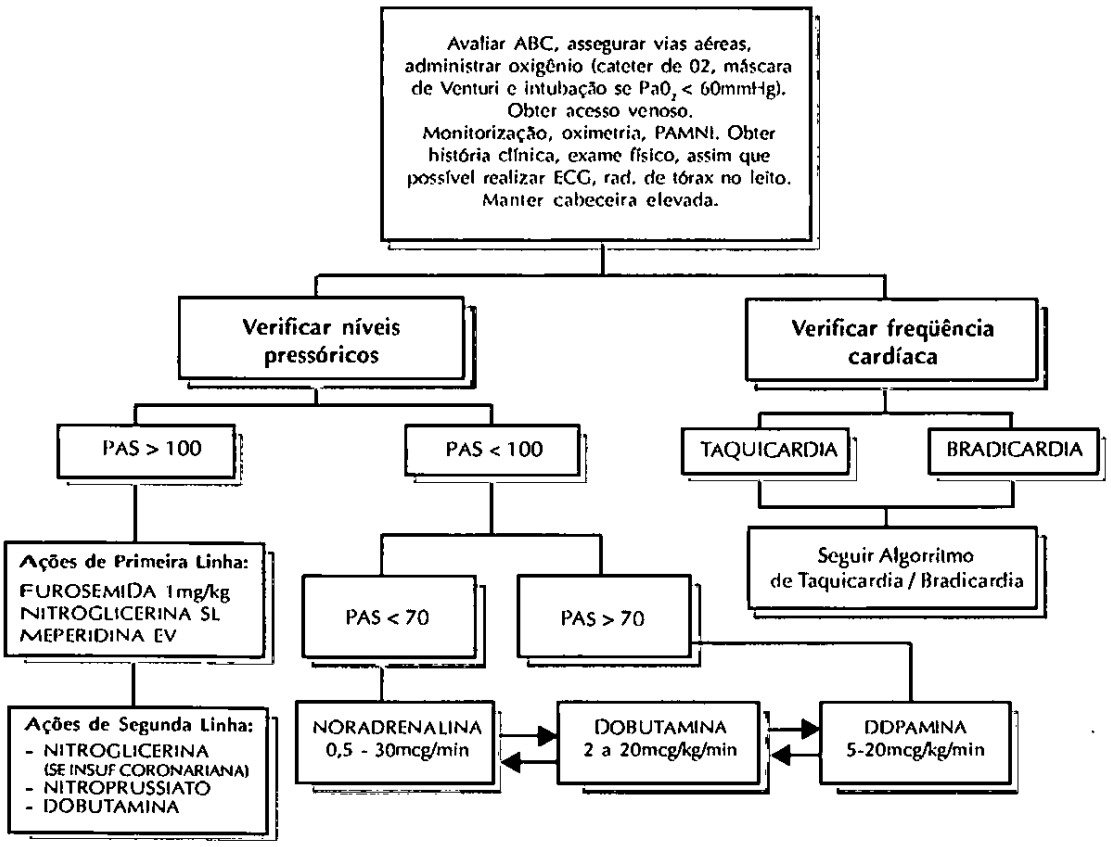
Conduta Inicial nos Pacientes com Emergências Hipertensivas

- Monitorização cardíaca, PAMI ou PAMNI e oximetria
- Acesso venoso
- Iniciar o tratamento farmacológico
- Tomografia computadorizada de crânio S/N
- Ecocardiograma transesofágico e US de abdome S/N
- Internamento em UTI

Conduta Inicial nos Pacientes

- Objetivo - **rápida e gradual redução da PAS. Nas emergências hipertensivas esta redução deverá ser obtida imediatamente, no máximo com 1 hora da chegada ao hospital.**
- Redução de 25% da PAM
- Redução da PAD para 100 a 110mmHg nas 2 a 6 horas inicias do tratamento, até níveis de PAS normais em alguns dias
- Redução imediata em 15 a 20min da admissão na dissecção de aorta e/ou EAP
- Alcançar e manter a PAS 180X100mmHg em 6 a 12 horas da admissão no AVCI ou H

Edema Agudo de Pulmão



Obs.:
- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20mcg/kg/min adicionar NORADRENALINA.
- Investigar causa de EAP para tratamento adequado como angioplastia no caso de IAM, heparinização se causa for TEP. Tratar taquiarritmias seguindo algorritmo adequado. Se taquicardia – cardioversão elétrica ou química. (Exceto taquicardia sinusal). Se Bradicardia – avaliar uso de marcapasso provisório.

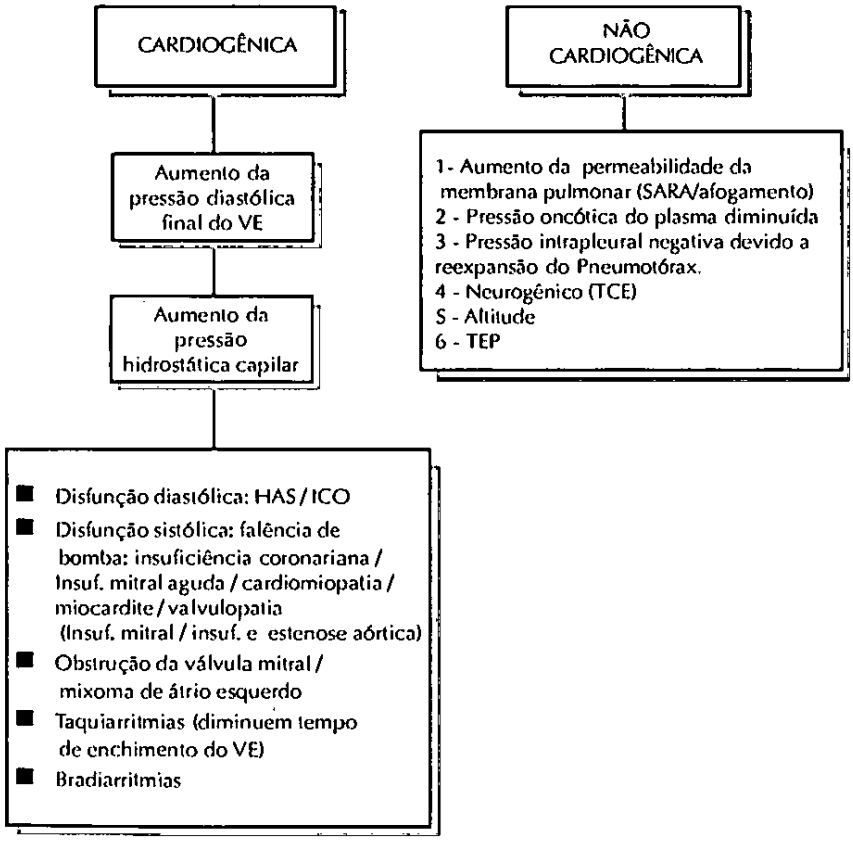
EXAMES A SEREM REALIZADOS:

- ECG, rad. de tórax, gasometria, enzimas cardíacas, função renal, eletrólitos, hemograma.
  - Em caso de não melhora dos sintomas, parada cardiorrespiratória, proceder intubação orotraqueal e transferir para UTI (após realização de medidas cabíveis para transferir com segurança).
  - Observar critérios para intubação orotraqueal.
  - Se FA com FV elevada usar Cedilanide.

GERÊNCIA DA SECRETARIA G
FLS Nº 4153
FCMC

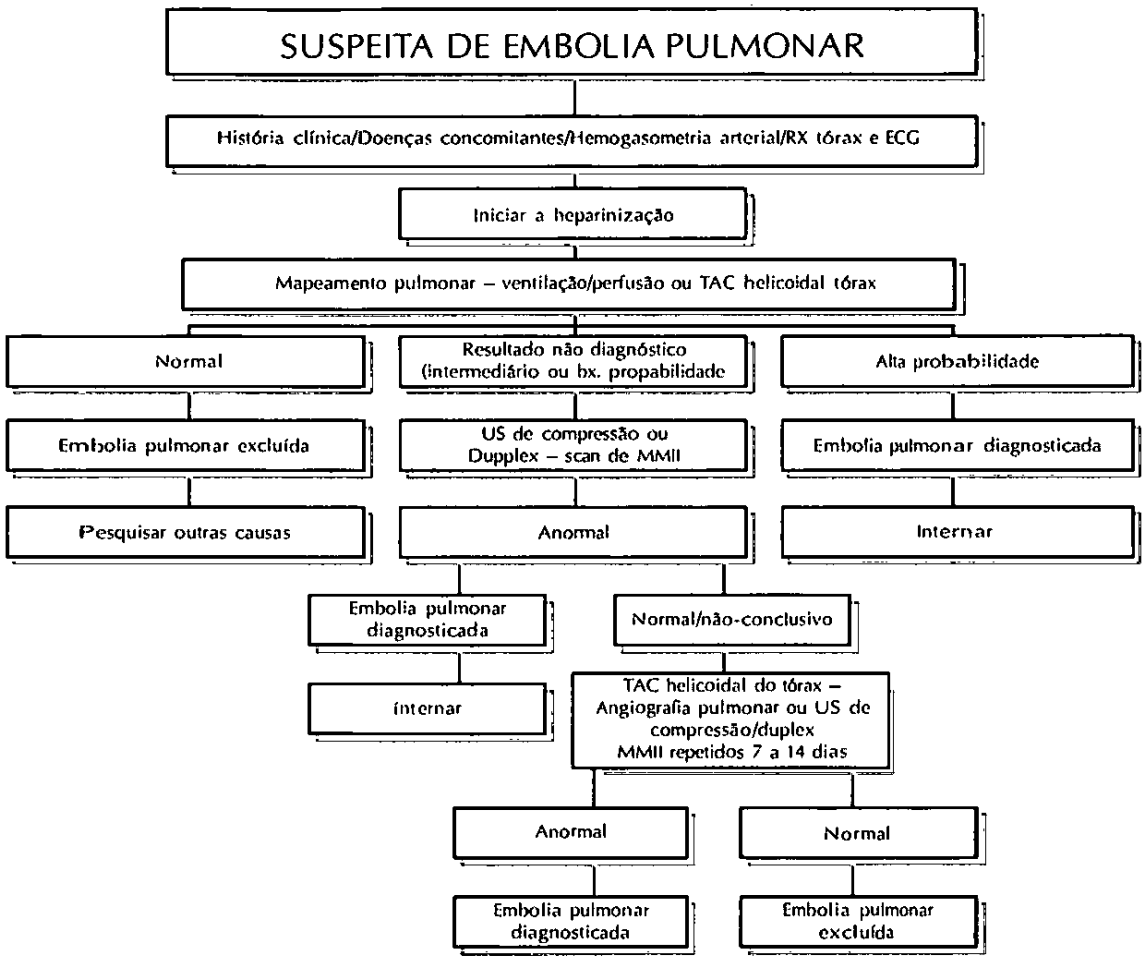
1. Conceito: síndrome caracterizada pelo acúmulo de fluidos nos espaços alveolares e intersticiais dos pulmões – hipoxemia – redução da complacência pulmonar – aumento do trabalho respiratório.

2. Etiologia:



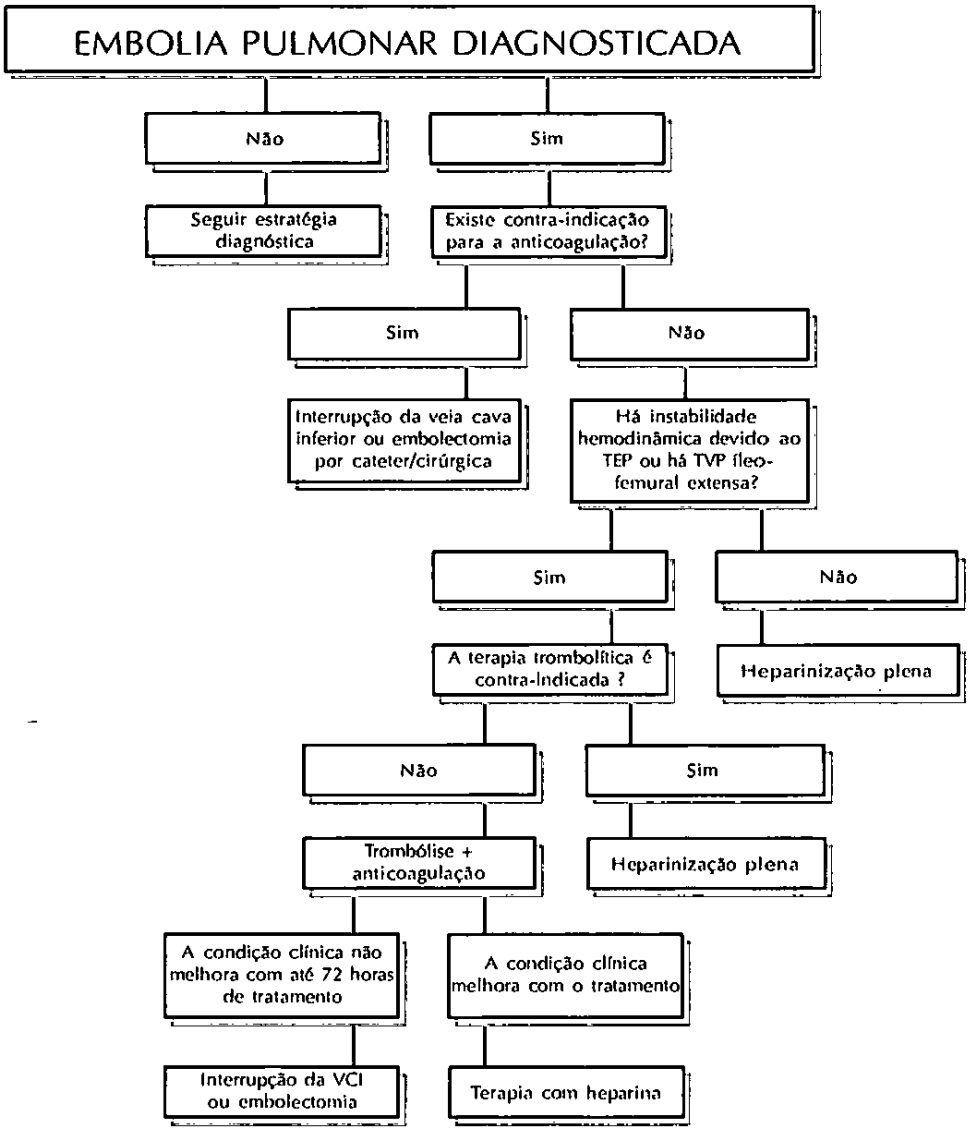
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4154
FUNC.

Estratégia Diagnóstica para a Suspeita de Embolia Pulmonar



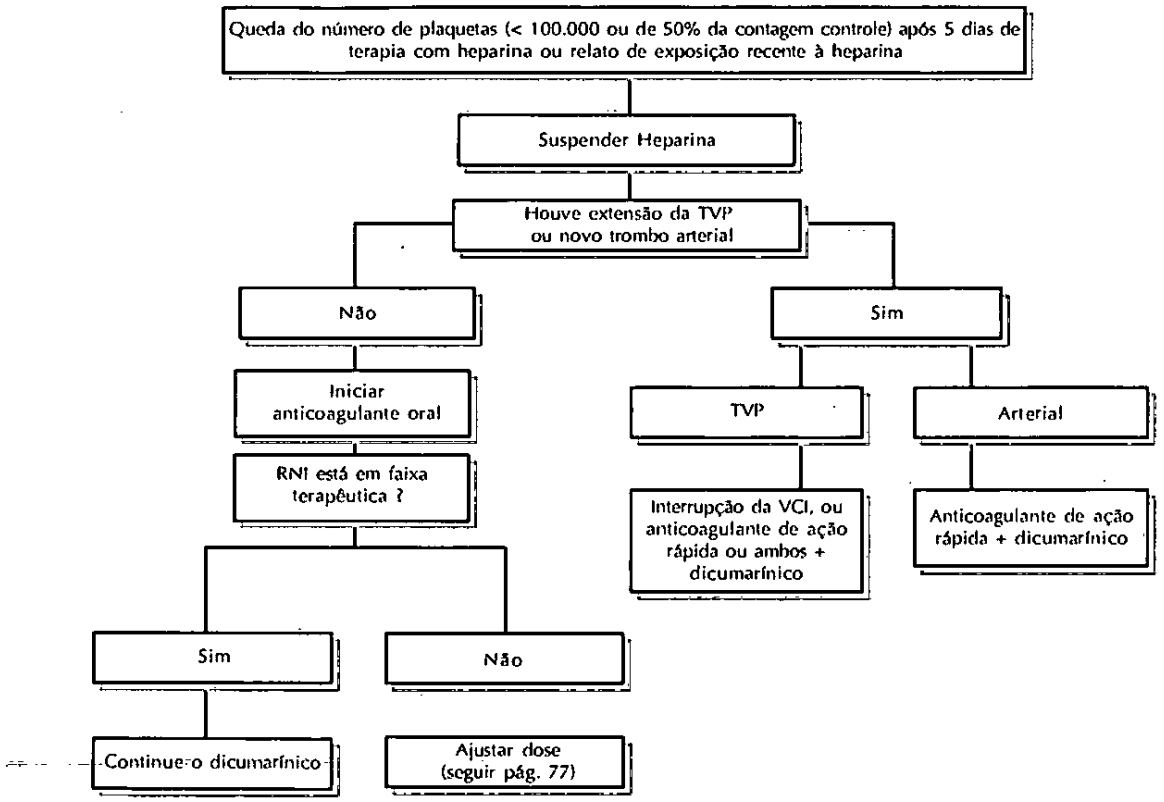
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4155
FUNC

Estratégia Terapêutica para a Embolia Pulmonar



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4156
FUNC.

Manejo da Trombocitopenia Introduzida por Heparina



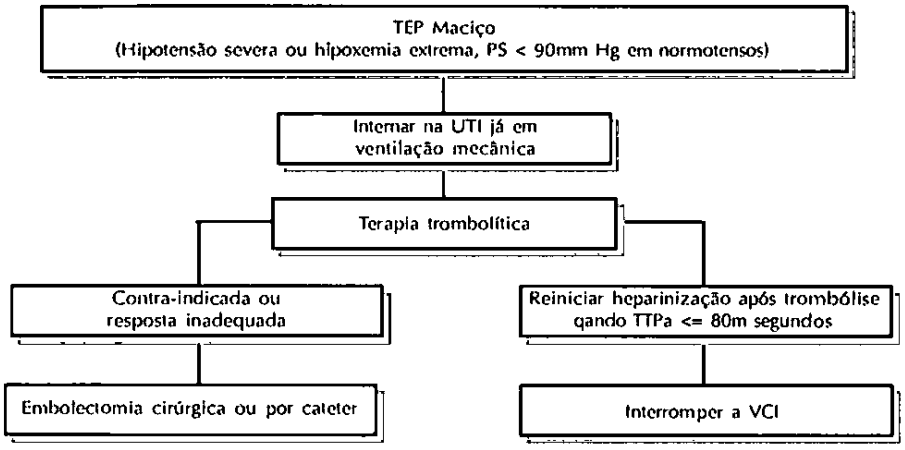
Trombólise no TEP - Indicações

- Instabilidade Hemodinâmica.
- Disfunção Sistólica de VD.
- TEP Maciço.
- TEP com cardiopatia e pneumopatia prévias.
- TEP com diminuição de perfusão em 1 lobo ou múltiplos segmentos pulmonares.

Observações

1 - Heparina deve ser suspensa 6 horas antes da trombólise.
2 - A heparina será reiniciada quando TTPa <= 80seg ou após 12 horas da Trombólise.
3 - Idade e câncer não são contra-indicações à trombólise.
4 - A trombólise pode ser realizada em até 14 dias do diagnóstico, preferencialmente no período diurno.
5 - A angiografia deve ser feita ou no MSE ou por punção femural, abaixo do ligamento inguinal.

Abordagem do TEP Maciço

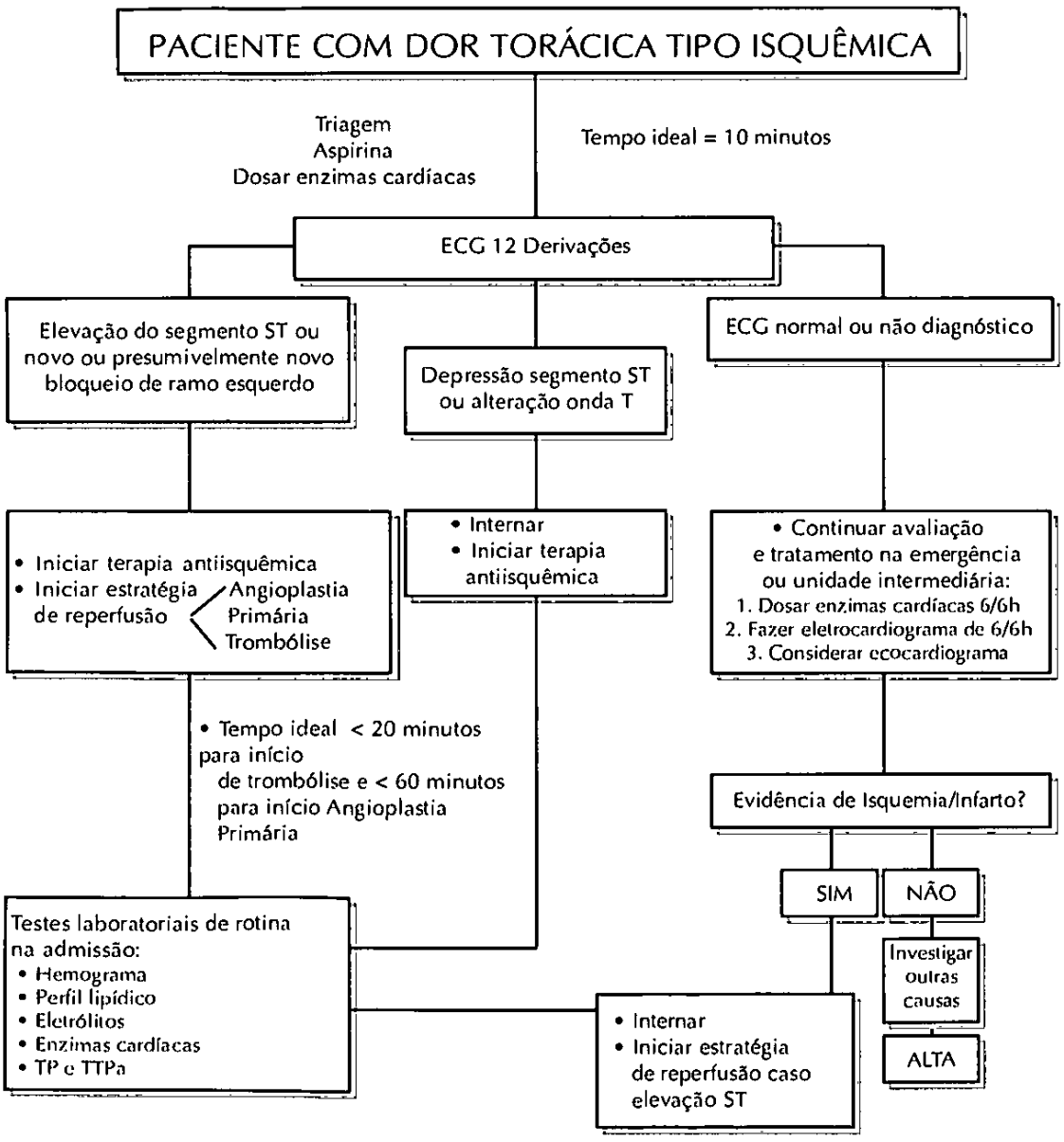


PARA AJUSTE DA INFUSÃO DE HEPARINA

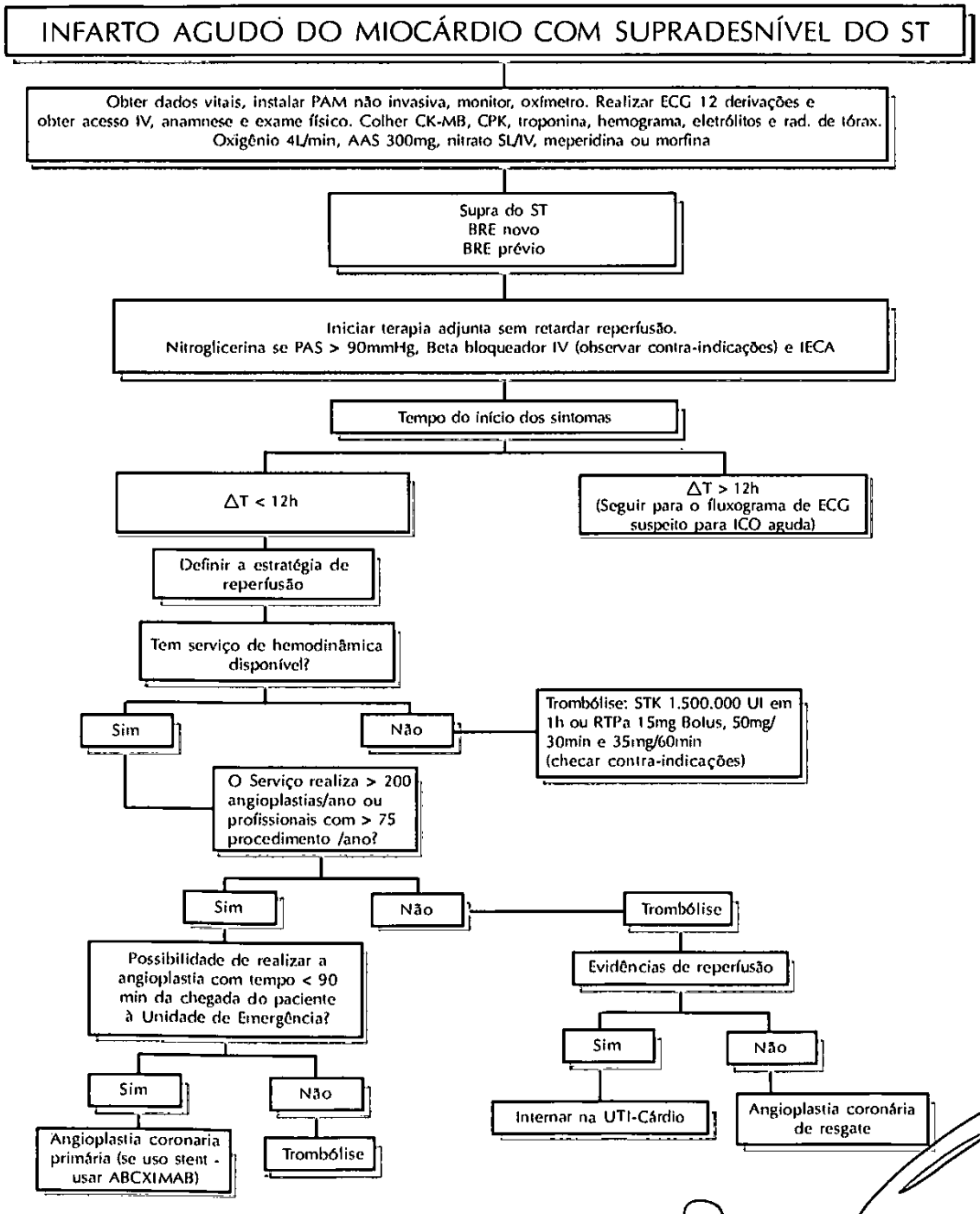
TTPa	Repetir Bolus	Parar Infusão (min)	Velocidade de Infusão ml/h	Próximo TTPa
< 50	5.000 UI	0	0 + 2	6h
50 - 59	0	0	0 + 3	6h
60 - 85	0	0	0	Próxima manhã
86 - 95	0	0	0 - 2	Próxima manhã
96 - 120	0	30	30 - 2	6h
> 120	0	60	60 - 4	6h

TVP sem TEP ou com TEP maior
Heparina 5000 UI em bolus + 1000 a 1500 UI/h/24hs (solução 32.000)
Dose 80mg Kg IV bolus

Paciente com Dor Torácica Tipo Isquêmica



Diagnóstico e Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do ST



GERÊNCIA DA SEÇÃO FLS Nº 4160 FUNIF.

Recomendações da *American Heart Association* para Realização de Angioplastia Primária – 1999

CLASSE I

1. Como alternativa à terapia trombolítica em pacientes com IAM e elevação do segmento ST ou novo BRE. Deverá realizar o procedimento de abertura da artéria relacionada ao infarto com no máximo 12 horas do início dos sintomas, sendo realizado em centro que realiza >200 angioplastias/ano e profissionais com >75 procedimentos/ano.

2. Pacientes com 36 horas de elevação do segmento ST ou novo BRE que desenvolvem choque cardiogênico, com idade < 75 anos, e nos quais a revascularização possa ser realizada com18 horas do início do choque.

CLASSE IIa

1. Com estratégia de reperfusão em pacientes com contra-indicação para terapia trombolítica.

CLASSE IIb

1. Pacientes com IAM que não apresentam elevação do segmento ST mas que houve redução do fluxo (<TIMI fluxo 2) da artéria relacionada ao infarto, nos quais a angioplastia possa ser realizada com no máximo 12 horas do início dos sintomas.

CLASSE III – CONTRA - INDICAÇÃO

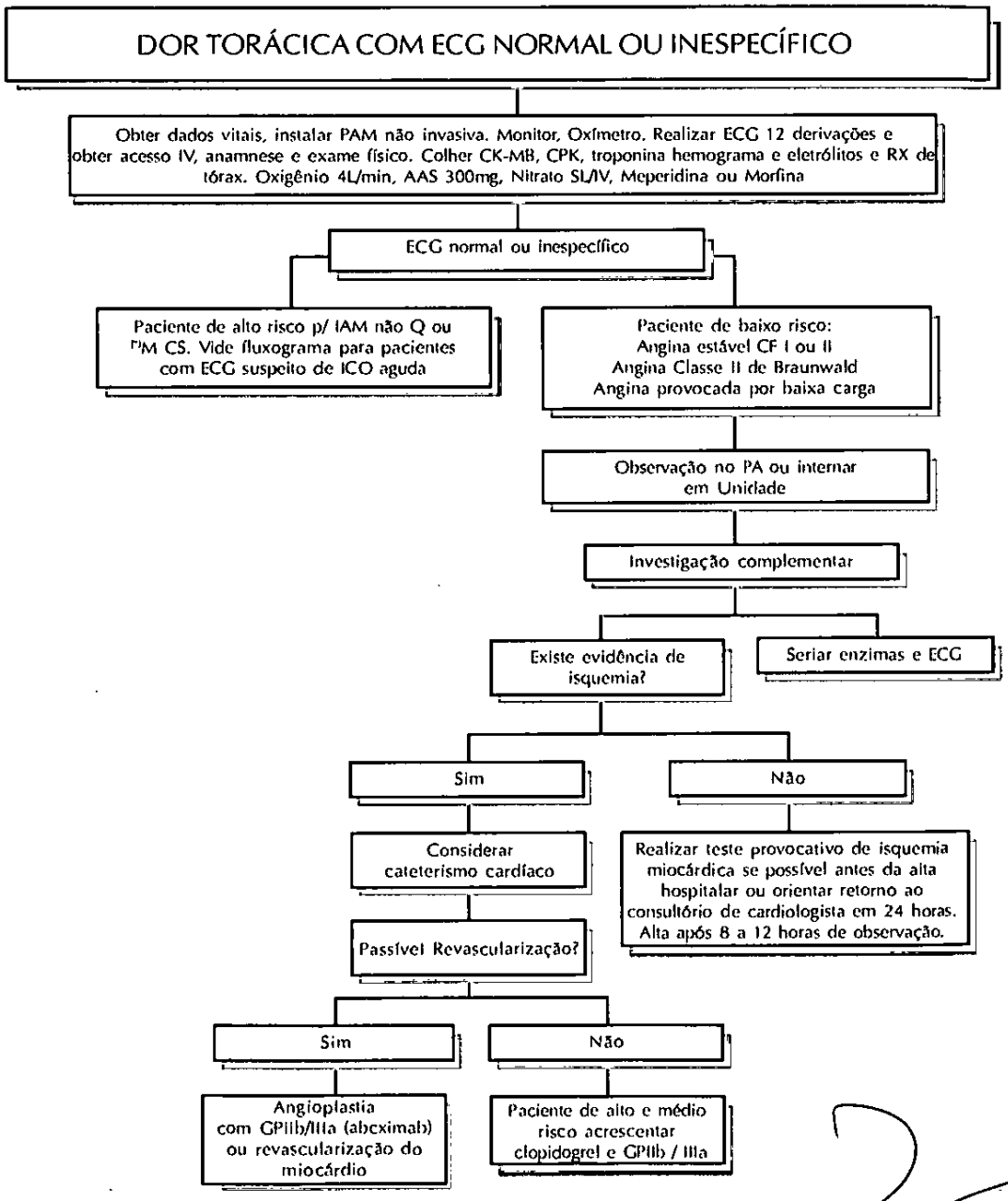
1. Pacientes com início dos sintomas > 12 horas sem evidência de persistência da isquemia.

2. Nos pacientes que receberam terapia trombolítica na ausência de sintomas de isquemia miocárdica.

3. Nos paciente que são elegíveis para trombólise e a angioplastia será realizada por profissional desabilitado.

GERÊNCIA DA SEÇÃO FLS. 4161

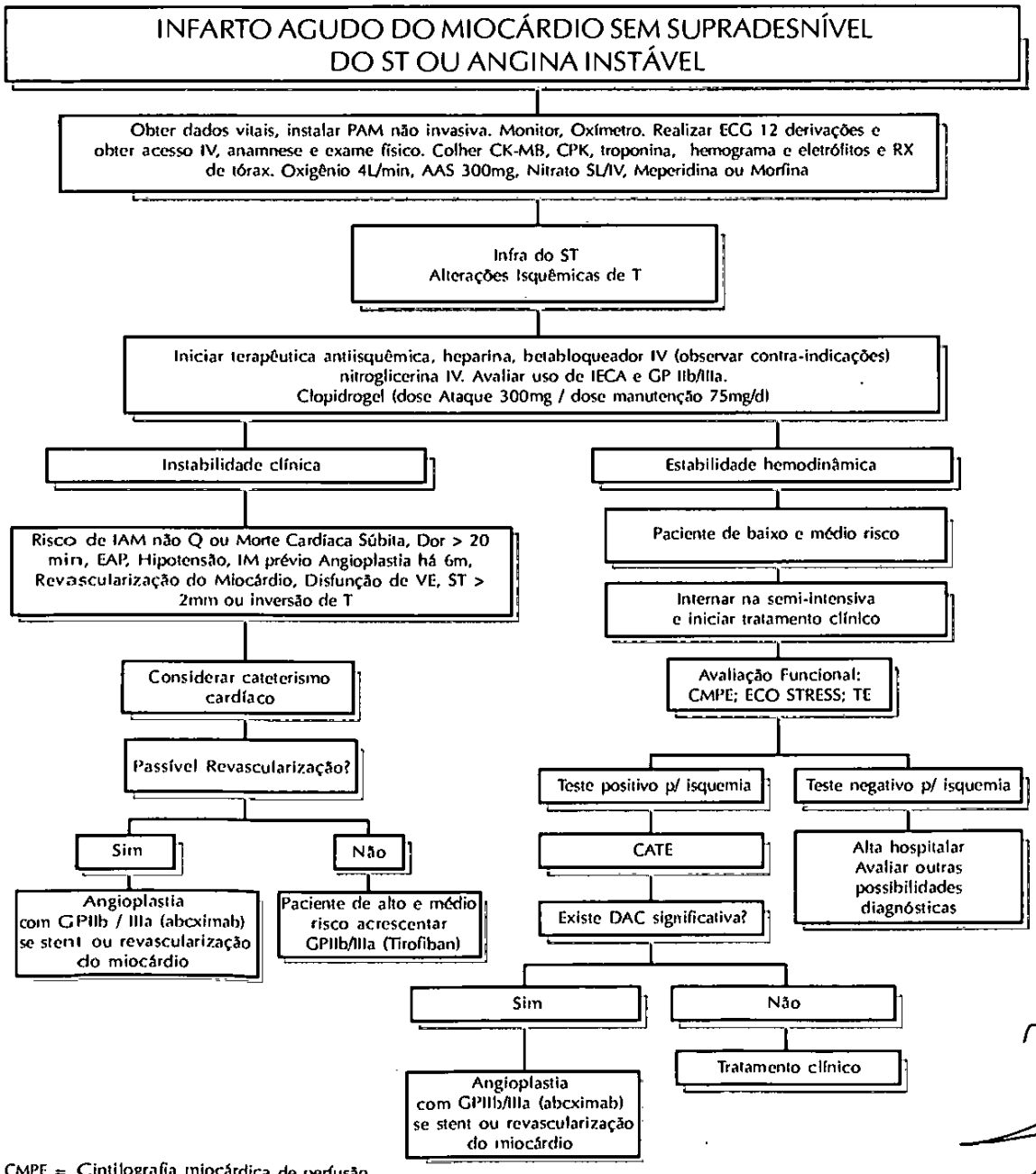
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com ECG Normal ou Inespecífico



(*) MCS = Morte cardíaca súbita
GPIIb / IIIa = inibidor da glicoproteína IIb IIIa

SECRETARIA GERÊNCIA FLS Nº 462 FUNC SES

Estratégia Diagnóstica e Terapêutica do Paciente com Dor Torácica com Infradesnível ST ou Inversão de T



CMPE = Cintilografia miocárdica de perfusão
DAC = Doença Arterial Coronária

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4163
FUNC.

Infarto Agudo do Miocárdio Considerações Essenciais

Classificação eletrocardiográfica do IAM

Parede	Derivação	Alterações do ECG
· Anterior	V1 - V4	Complexos QS Onda R não progride
· Anterior Extenso	V1 - V6	Complexos QS Onda R não progride
· Lateral	DI - AVL	Onda Q
· Inferior	D2 -D3 - AVF	Onda Q
· Infero-dorso-lateral	D2 -D3 - AVF V5 - V6- V7 -V8	Onda Q Onda Q
· Ventrículo Direito	V3 e V4R	Supra do ST-T > 1mm

Infarto Ventricular Direito

■ **Critérios do ECG**
(1) Infradesnível associado do ST de V1-4
(2) BAV do 3º Grau
(3) Supradesnível de ST em V3 e V4R

■ **Diagnóstico clínico - critérios essenciais**
A incidência do IAM-VD>30% dos pacientes com IAM ínfero-dorsal
(1) Hipotensão arterial com PS<100mmHg;

(2) Ausência de crépitos pulmonares

(3) PVC elevada
Esta tríade clássica ocorre em 10% dos pacientes, podendo ser induzida em + 20%

■ **Diagnóstico hemodinâmico - critérios essenciais**

(1) Pressão de Átrio Direito > 10mmHg
(2) PAD/PAE>0,86
(3) Pressão Sistólica < 100mmHg

■ **Diagnóstico Complementar**

Incidência do IAM-VD>30% dos pacientes com IAM ínfero-dorsal
(1) Eletrocardiograma de 12 D + V3 e V4R
(2) Ecocardiograma transtorácico 2D
(3) Cintilografia miocárdica com pirofosfato de Tc99m
(4) Ventriculografia radioisotópica(GATED)

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4164
FUNC
GERÊNCIA DA SES

Ocorrência de IAM em Pacientes com Outros Achados ao ECG

Alteração ao ECG	Taxa de IAM (%)
• Normal	3
• Padrão QS prévio, Isquemia ou Strain	5
• Alterações inespecíficas do ST-T	7

Classificação do quadro clínico e mortalidade no IAM (Killip)

Grupo de Killip	Quadro clínico	Mortalidade (%)
I	Ausência de ICC	6
II	ICC leve a moderada	30
III	Edema Agudo de Pulmão	44
IV	Choque cardiogênico	>81

Classificação Hemodinâmica do IAM (Forrester)

Grupo de Forrester	Definição	Mortalidade (%)
I	Hemodinâmica normal PCP<18 e IC>2,2	2
II	Congestão Pulmonar PCP>18 e IC>2,2	10
III	Hipoperfusão Periférica PCP<18 e IC<2,2	22
IV	Congestão pulmonar e hipoperfusão periférica PCP>18 e IC <2,2	56

IC = Índice Cardíaco
PCP = Pressão Capilar Pulmonar

Fatores de risco para AVC, após a terapia trombolítica no IAM

Fator de risco	Infarto Cerebral	Hemorragia intra-cerebral
Idade	+++	+++
HAS Severa	-	+++
DVC	+++	+++
Peso corporal baixo	-	+++
História de HAS	+++	+++
Trombolítico (APSAC, Alteplase)	-	+++
Heparina	-	++
Dose da terapia trombolítica	-	+++
Fibrilação Atrial	+++	-
Comprometimento hemodinâmico	+++	-
Classe IV de Killip	+++	-
IAM prévio	+++	-

DVC = Doença Cérebrovascular
+++ = Fatores de risco identificado em múltiplos estudos
++ = Fator de risco provável
Os fatores de risco foram listados em ordem de importância para Hemorragia cerebral

Doses dos trombolíticos usados no IAM

Trombolítico	Dose
• Estreptoquinase	• 1.500/000 UI (infusão 30 - 60min)
• rt-PA (acelerado)	• 100mg (15mg IV em bolus, 0,75mg/kg em 30min, máximo de 50mg + 0,5 mg/kg em 60min, máximo de 35mg).

SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4165
FUNC

Tratamento do IAM

■ESTABILIZAÇÃO INICIAL

- Verificar os sinais vitais, acesso IV, e ECG em no máximo 10 minutos
- Monitorização do ritmo cardíaco, PAMNI, Oximetria e O2 4 l/min
- Analgesia: morfina ou meperidina

■TERAPIA DE REPERFUSÃO AGUDA (até 12h)

- Trombólise IV ou Angioplastia Translumitral Coronariana primária
- Reperfusão química
  - ❑Estreptoquinase
  - ❑rt-PA acelerado

■ANTIPLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS

- AAS 160 a 325mg na admissão na unidade de emergência.
- Heparina IV (obrigatório quando se usa o rt-PA) 70 a 100 UI/kg IV em bolus seguidos de 1.000 UI/h (vide normograma para ajuste da heparina). Nos pacientes de alto risco para embolizações sistêmicas: IAM anterior extenso, FA, trombo intra-cavitário, embolização prévia.
- Anticoagulantes orais => IAM anterior associados à FA, ICC, tromboembolismo e trombo intra-cavitários.
- Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina 1mg/kg de 12/12h) (Não administrar em portadores de insuficiência renal ou em paciente com peso corporal total > 100kg).
- Clopidrogel em portadores de IAM sem supra ou angina instável de alto e médio risco, administrar dose de ataque de 300mg via oral dose de manutenção 75mg/d.
- Inibidor da Glicoproteína IIb/IIIa (IGPIIb/IIIa):
  - . Tirofibam em pacientes com IAM sem supra de ST ou angina instável de alto ou médio risco que não serão submetidos a angioplastia.
  - . abcximab em pacientes com IAM sem supra ou angina de alto e médio risco que serão submetidos a angioplastia.

■OUTRAS MEDIDAS TERAPÊUTICAS (respeitar as contra-indicações)

- Beta-bloqueadores IV (metoprolol 5mg IV de 5/5min até 15mg ou FC 50-55 ou PAS < 90mm Hg bpm e manter dose oral (100 a 200mg VO/dia), na ausência de contra-indicações.
- Nitroglicerina IV durante 24 a 48 horas ou mais, se isquemia recurrente ou congestão pulmonar,
- Magnésio IV , se hipomagnesemia ou arritmias ventriculares na dose de 2g IV/5 min + 8g IV/24 horas.
- Inibidores da ECA.
- Evitar rotineiramente lidocaína e bloqueadores dos canais de cálcio.

■ANTES DA ALTA : Estratificação do risco

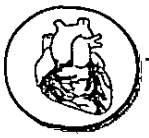
- Determinar a fração de Ejeção do ventrículo esquerdo
- Teste funcional associado ou não a cardiologia nuclear ou eco-*stress*
- Cineangiocoronariografia (caso indicado)

■MEDICAÇÃO DA ALTA

- AAS, Beta-bloqueador, Inibidor da ECA, Estatina

■MODIFICAR HÁBITOS DE VIDA E CORREÇÃO DOS FATORES DE RISCO

- Cessar o tabagismo, tratar dislipidemia, hipertensão, diabetes e iniciar a reabilitação cardíaca.



Marcadores Séricos no Infarto Agudo do Miocárdio

	Mioglobina	cTnI	cTnT	CK-MB	MB-isoformas
Peso Molecular	17	23	33	86	86
1º hora detecção	1-2	2-4	2-4	3-4	2-4
Pico (h)	4-8	10-24	10-24	10-24	6-12
Duração (d)	0,5-1	5-10	5-14	2-4	0,5-1

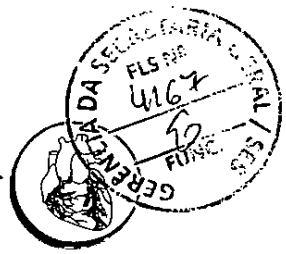
Contra-indicações e precauções no uso da terapia trombolítica no Infarto Agudo do Miocárdio

Contra-indicações absolutas:

. AVC hemorrágico prévio
. Neoplasia intracraniana
. Sangramento interno ativo (exceto menstruação)
. Suspeita de dissecção aguda de aorta

Contra-indicações relativas/precauções:

. Hipertensão severa não controlada (PA>180/110mmHg)
. História prévia de AVC ou patologias intracerebrais exceto as mencionadas nas contra-indicações absolutas.
. Uso atual de anticoagulantes em doses terapêuticas (INR> ou = 2-3); diátese hemorrágica conhecida.
. Trauma recente (2 a 4 semanas), incluindo TCE ou ressuscitação cardiopulmonar prolongada (> 10min) ou grande cirurgia (< 3 semanas).
. Punção vascular não compressiva.
. Sangramento interno com 2-4 semanas.
. Exposição prévia a estreptoquinase ou anistreplase (5 dias a 2 anos) ou reação alérgica prévia.
. Gravidez.
. Úlcera péptica ativa.
. História de hipertensão arterial severa.



Classificação de Angina Instável

(Braunwald)

GRAVIDADE

Classe I	Angina de início recente, grave ou acelerada Paciente com angina a menos de dois meses, grave, ou ocorrendo mais de 3x ao dia. Angina evidentemente mais freqüente ou desencadeada nitidamente com esforços. Sem dor em repouso nos últimos 2 meses.
Classe II	Angina de repouso, subaguda Pacientes com 1 ou mais episódios de dor em repouso durante o mês precedente. Sem dor em repouso nas últimas 48 horas.
Classe III	Angina em repouso, aguda 1 ou mais episódios de dor em repouso nas útimas 48 horas.

CIRCUNSTÂNCIAS CLÍNICAS

Classe A	Angina instável secundária Condição extrínseca ao leito coronariano, claramente identificável, que intensifique a isquemia miócardica (anemia, infecção, febre, hipotensão, taquiarritmia, tireotoxicose, hipoxemia).
Classe B	Angina instável primária
Classe C	Angina pós-IAM Dentro de 2 semanas após IAM documentado.

INTENSIDADE DO TRATAMENTO

Classe 1	Ausência de tratamento ou tratamento mínimo.
Classe 2	Ocorrendo na presença de tratamento padrão com doses convencionais de beta-bloq, nitrato e antag. de cálcio.
Classe 3	Apesar de doses máximas toleráveis das 3 categorias, incluindo nitrato venoso.

GERÊNCIA DA SEÇÃO TÉCNICA
FLS Nº 4168
FUNC.

Classificação das Síndromes Anginosas

CLASSIFICAÇÃO DA SOCIEDADE CANADENSE DE CARDIOLOGIA (CCSC)

Classe	Ativ. que evoca angina	Limitação p/ as ativ. normais
I	Exercícios Prolongados	Nenhuma
II	Caminhar>2 blocos	Discreta
III	Caminhar<2 blocos	Marcada
*IV	Aos mínimos esforços ou em respouso	Severa

Fonte: American Heart Association In: Grding of Angina Pectori-Cirulation, 1976; 54 : S22-523

ESCALA MODIFICADA DA C.C.S.C* PARA CLASSE IV

Classe IVA	Angina instável resolvida com terapêutica médica intensificada e estabilizada com medicações orais.
Classe IVB	Angina Instável parcialmente resolvida com terapia oral, mas os sintomas retornam com os mínimos esforços.
Classe IVC	Angina instável requerendo imediata monitorização e terapia parenteral ou mecânica (E.G. balão intra-aórtica)

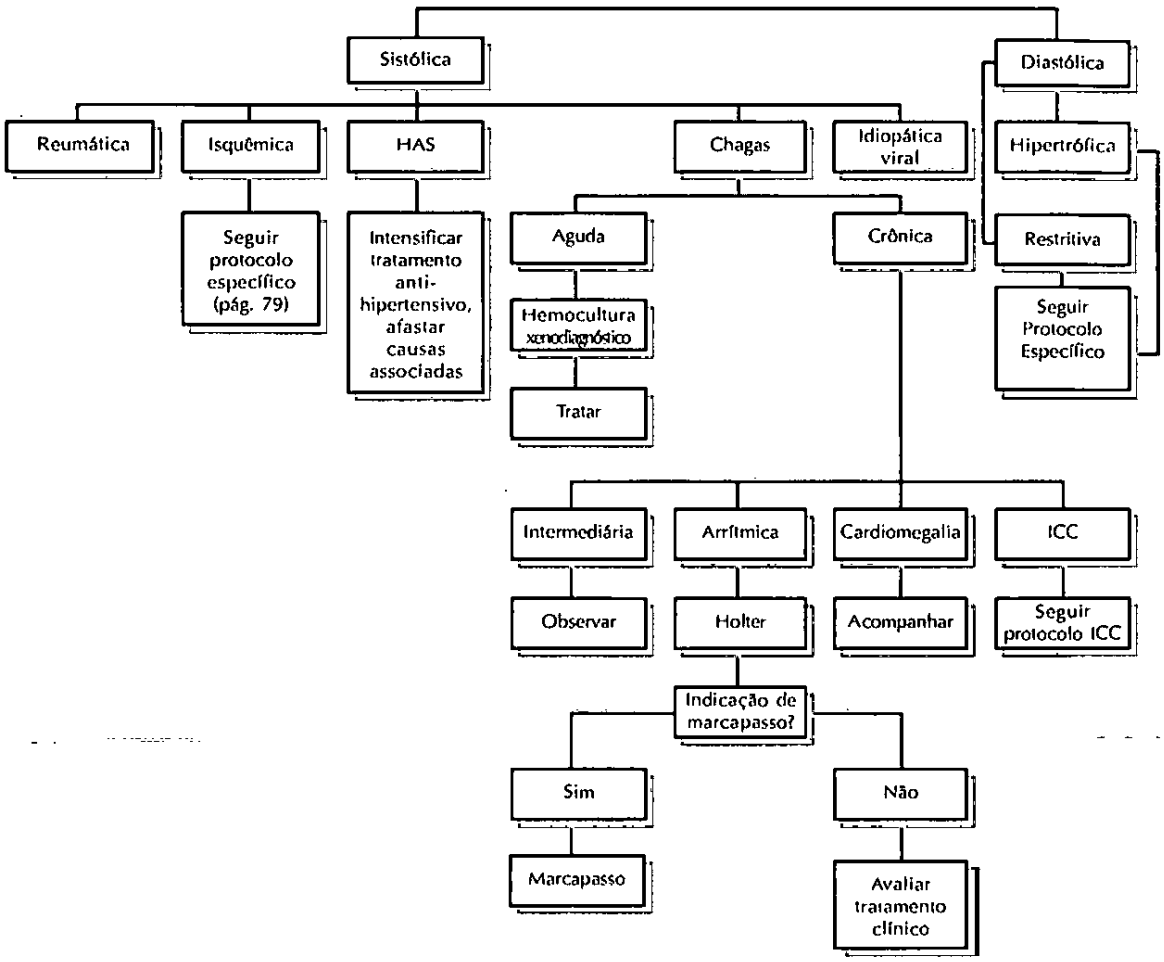
Fonte: COX, J.L. & Naylor; C.N. - Limitations of Canadian Cardiovascular Society Classification of Angina Pectoris - JACV74. August, 1994

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA ANGINA INSTÁVEL

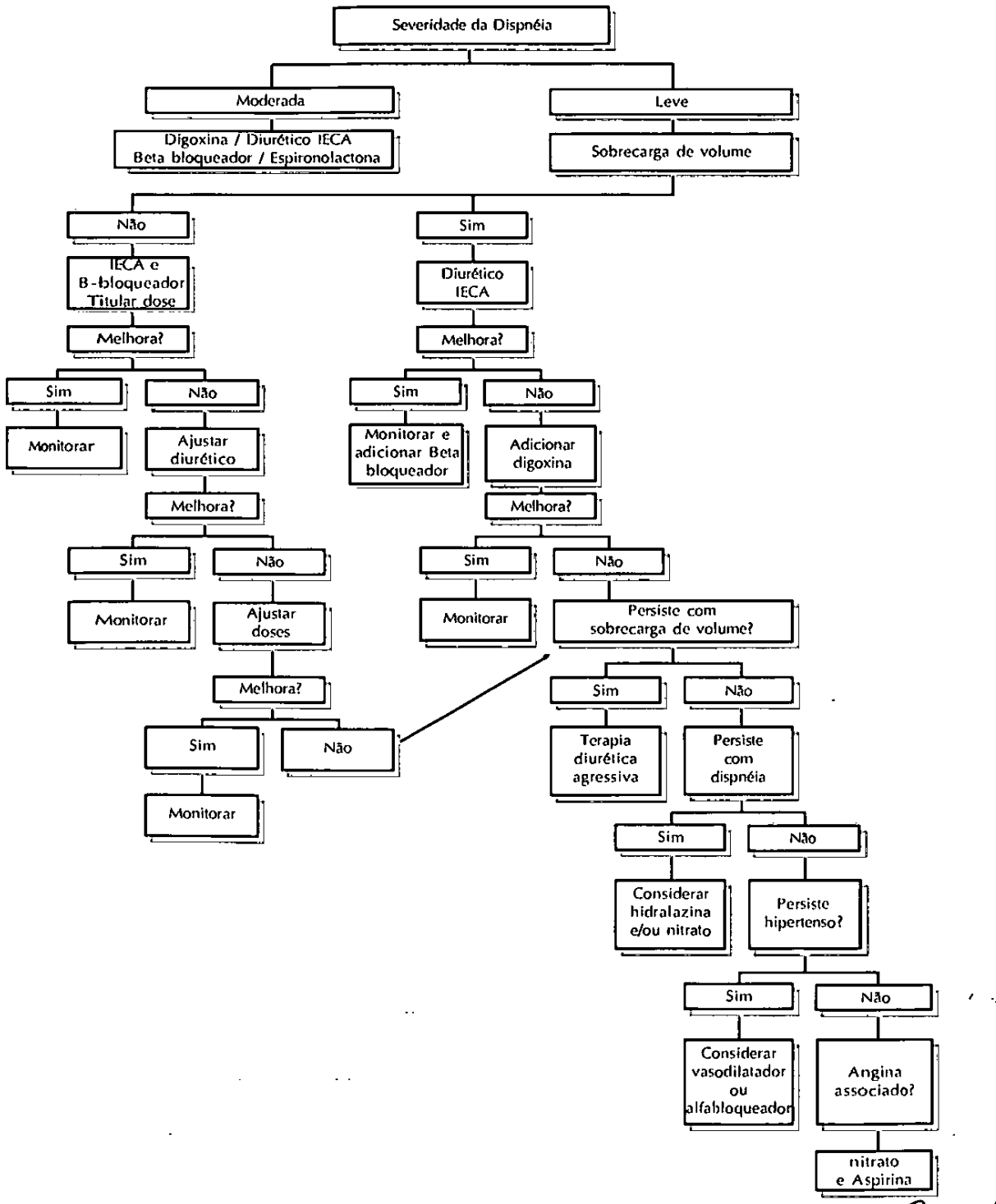
- Angina de repouso dentro de 1 semana da apresentação
- Angina de início recente na CCSC classe III ou IV dentro de 2 meses da apresentação
- Angina em crescendo na CCSC para pelo menos classe III ou IV
- Angina variante(Prinzmetal)
- IAM sem onda Q (corrente lesão subendocárdia ao ECG)
- Angina pós-IAM (>24)

*CCSC - Canadian Cardiovascular Society Classification
Fonte: Braunwland et al. - Diagnosing and Managing Unstable Angina - Circulation. Vol. 90, nº1 July. 1994

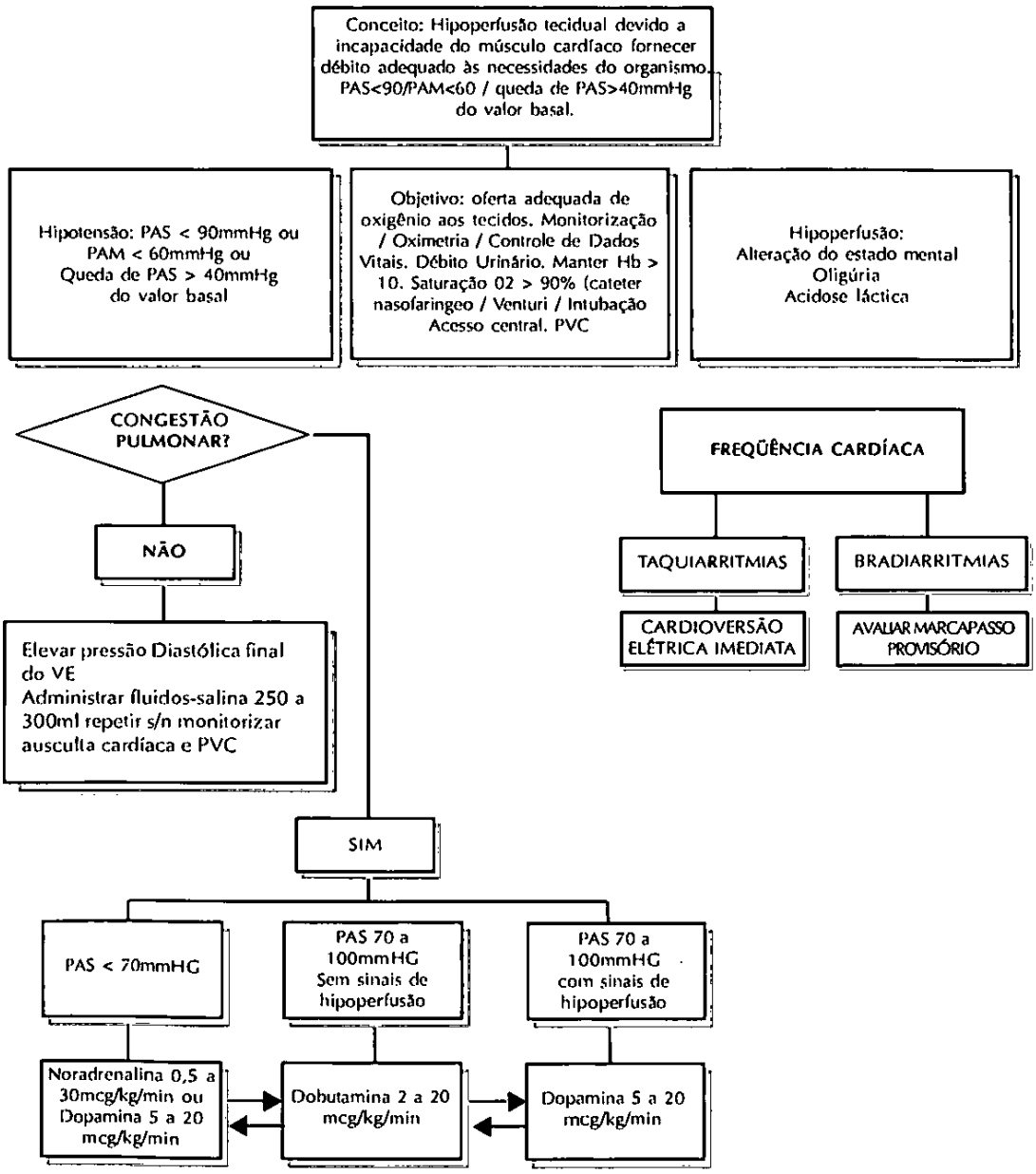
Insuficiência Cardíaca



Protocolo de Tratamento ICC



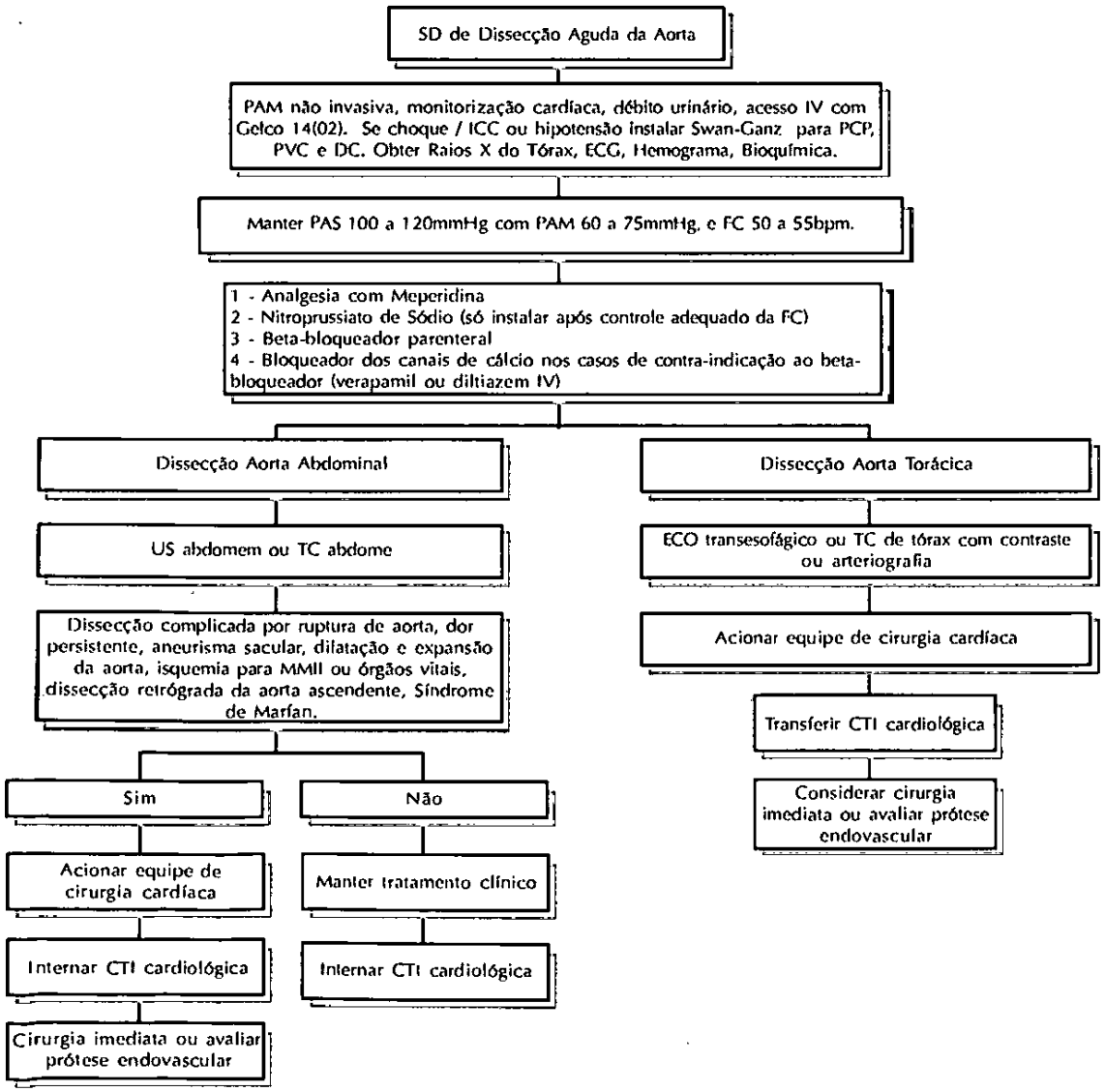
Choque Cardiogênico



Obs.:
- Mude para DOPAMINA e suspenda NORADRENALINA quando a PA melhorar.
- Se DOPAMINA > 20MCG/kg/min adicionar NORADRENALINA. Evitar Dobutamina se PAS<90mmhg
- Tratar causa básica
- Transferir para UTI. Avaliar necessidade de balão de contrapulsação intra-aórtica

CÓPIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4172
FUNC.

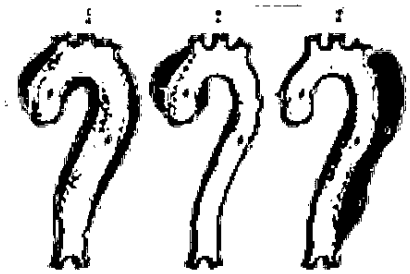
Dissecção Aguda da Aorta



SECRETARIA
FLS Nº
4173
FURC

Anatomia Topográfica e Classificação da Dissecção Aguda da Aorta

Classificação de Bakey Santford



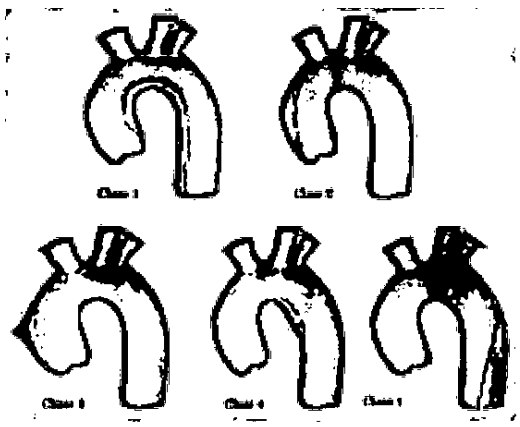
Classificação de Santford

Tipo A - Dissecção da aorta ascendente e descendente.
Tipo B - Dissecção da aorta descendente

Classificação de De Bakey

Tipo 1: Dissecção da aorta ascendente e descendente.
Tipo 2: Dissecção da aorta ascendente
Tipo 3: Dissecção da aorta descendente

Nova Classificação



Classe 1: Dissecção Clássica de aorta com flap entre o verdadeiro e o falso lumen
Classe 2: Ruptura da média com formação de hematoma ou hemorragia intramural
Classe 3: Dissecção discreta sem hematoma, protuberância excêntrica no local do rompimento.
Classe 4: ruptura da placa levando a ulceração na parede da aorta, úlcera aterosclerótica penetrante com formação de hematoma na camada subadventícia.
Classe 5: Dissecção aórtica atrogênica e traumática.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES
FLS Nº 4174
FUNC.

Dissecção Aguda da Aorta

Terapêutica da Dissecção Aguda da Aorta

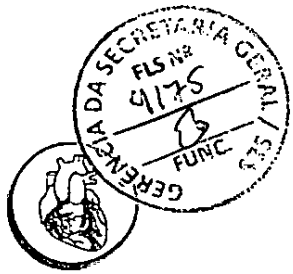
1. Nitroprussiato de sódio – dose inicial 0,1 – 10mcg/kg/min
2. Esmolol solução titular dose até FC 50 – 55bpm; ou,
3. Seloken 5mg IV de 5/5min até dmáx 15mg; ou,
4. Propranolol 1mg IV de 5/5min até dmáx de 6mg. Repetir de 2/2h ou ACM.
5. Verapamil* 2,5 a 5mg, seguidos de 5mg IV de 5/5min até dmáx de 15mg; ou,
6. Diltiazen**0,25mgkg em 2min, seguidos de 0,35mg/kg em 15min. Manter infusão contínua com sol. 250ml SG5%+250mg, iniciar 10ml/h e alterar ACM para FC 50-55bpm e PS 100 A 120mmHg.

OBS.: * e **- Os bloqueadores do Cálcio são indicados quando o paciente tem contra-indicação ao uso de beta-bloqueadores, se apesar do beta-bloqueio, a PS persistir > 130 ou a FC>60bpm.

A Cineangiocoronariografia na Dissecção:

1. A DAC está presente em cerca de 25% dos casos de DAAo, sendo de pouca expressividade anatômica;
2. Em apenas 5% dos casos a DAC é anatomicamente significativa e pode interferir no tratamento definitivo;
3. Em 1 de cada 5 casos não é possível cateterizar uma ou ambas artérias coronárias;
4. O ECO TE no peri-operatório ou o exame direto intra-operatório pode identificar lesões ostiais graves, não vistas na RM ou TC de tórax; e,
5. Não há obrigatoriedade à realização de Cinecoronariografia na Unidade de Emergência para o tratamento cirúrgico da Dissecção Aórtica, estando a sua indicação a critério do cirurgião cardíaco.

DAC = Doença Arterial Coronária
ECO TE = Ecocardiograma Transesofágico



Dissecção Aguda da Aorta - mortalidade

Mortalidade da DAA	Evolução
25%	• Nas primeiras 24 horas
50%	• Na primeira semana
75%	• No primeiro mês
90%	• No primeiro ano

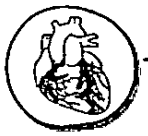
Classificação da Dissecção Aórtica

Classificação	Tipo	Tipo	Tipo
DeBakey	I	II	III
Dailly (Stanford)	A	A	B
Autor desconhecido	Proximal	Proximal	Distal

Sinais e Sintomas das Dissecções Agudas da Aorta, em percentuais aproximados

Sinais e sintomas	**Tipo A**	**Tipo B**
• Dor	90%	98%
• HAS	60%	80%
• Sopro diastólico aórtico	40%	0%
• Assimetria de pulsos	50%	30%
• AVC	15%	5%
• Síncope	10%	5%
• Tamponamento cardíaco	15%	0%
• Atrito pericárdico	5%	0%
• Febre	10%	10%
• Isquemia de membros	5%	10%
• Paresia/plegia de MMII	5%	5%
• Abdome agudo isquêmico	5%	10%
• IAM	5%	0%
• ICC aguda	10%	0%
• Choque	20%	10%

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4176
FUNC.



Métodos de Imagem na Dissecção Aguda da Aorta

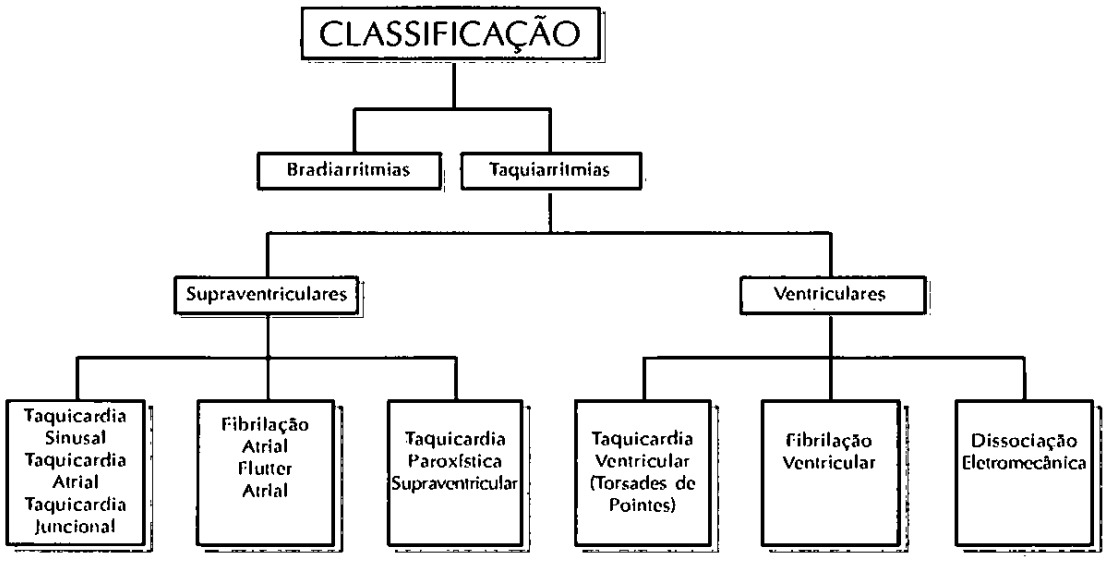
Método	Vantagens	Desvantagens	Sensibilidade (5)	Especificidade (%)
Radiografia de tórax PA/perfil	•Facilmente disponível	•Raramente diagnóstico	Baixa	Baixa
Aortografia	•"padrão ouro" •Insuficiência aórtica •Ramos e arco aórtico	•Invasivo •Uso de contraste •Risco de ruptura aórtica	77 - 88	94 - 100
TC Helcoidal	•Pouco Invasiva •Realização rápida	•Não detecta insuficiência aórtica •Uso de contraste	80 - 94	87 - 100
RNM	•Não Invasiva •Sem contraste •Insuficiência aórtica •Imagens digitais e oblíquas	•Problemas de transporte •Contra-indicada se próteses metálicas, ou marca-passos, ou ventilação mecânica •Realização demorada	98 - 100	98 - 100
Eco transtorácico	•Disponibilidade •Avaliação valvar, FSVE •Tamponamento	•Não visualização do arco aórtico e aorta descente	59	83
Eco transesofágico	•Realização à beira do leito •Imagens do arco, óstios coronarianos, e Ao descendente	•Semi-invasivo	97 - 100	77 - 100

Tratamento definitivo das dissecções da aorta

•Tratamento Clínico	1 - Dissecção do tipo B sem complicações vitais 2 - Dissecção estável da croça da aorta 3 - Dissecção crônica do tipo A ou B não complicadas
•Tratamento Cirúrgico	1 - Dissecção aguda do tipo A 2 - Dissecção aguda do tipo B complicada por ruptura da Aorta, dor persistente, aneurisma sacular, dilatação e expansão da aorta, isquemia de membros, isquemia de orgãos vitais, dissecções retrógradas para a aorta ascendente 3 - Pacientes portadores de Síndrome de Marfan

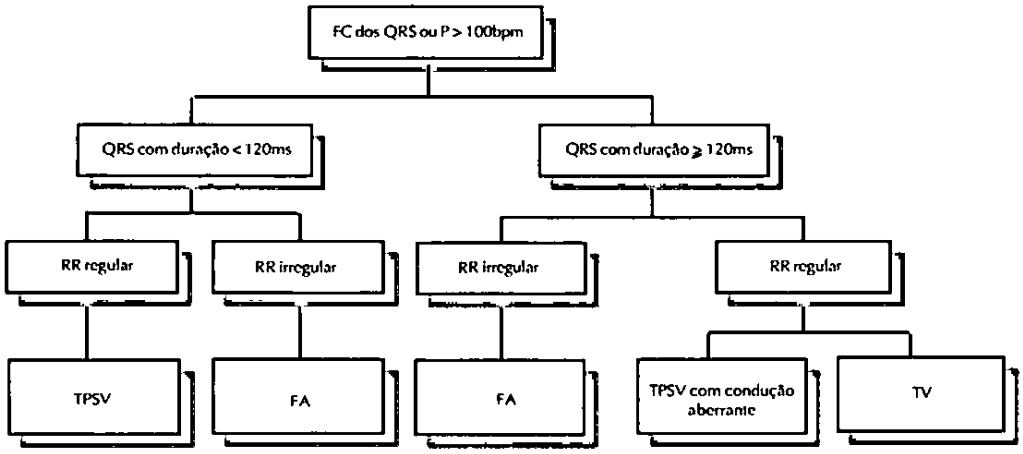
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4177
FUNC

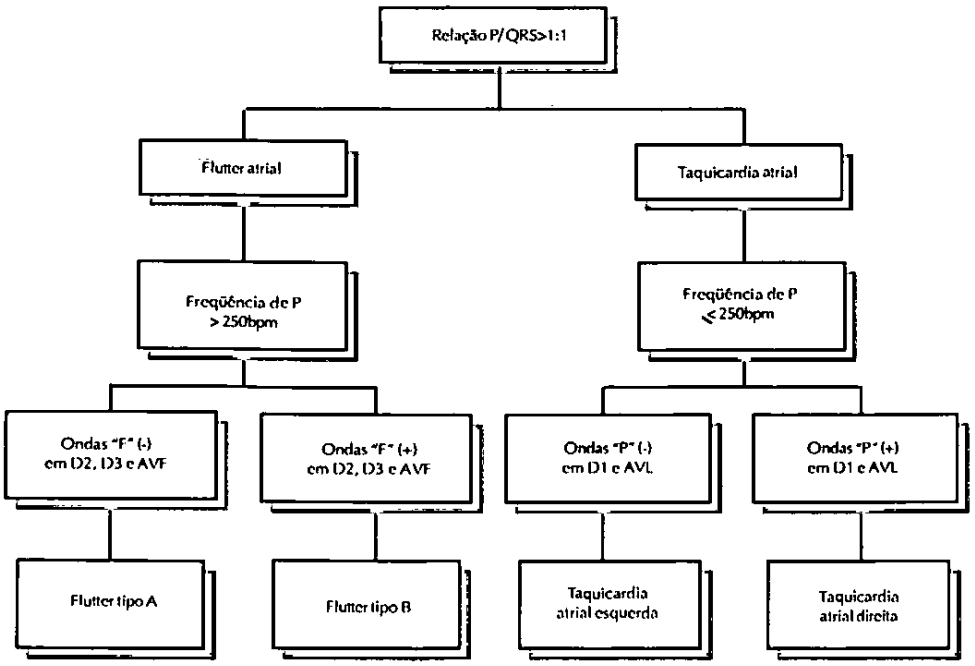
Arritmias Cardíacas



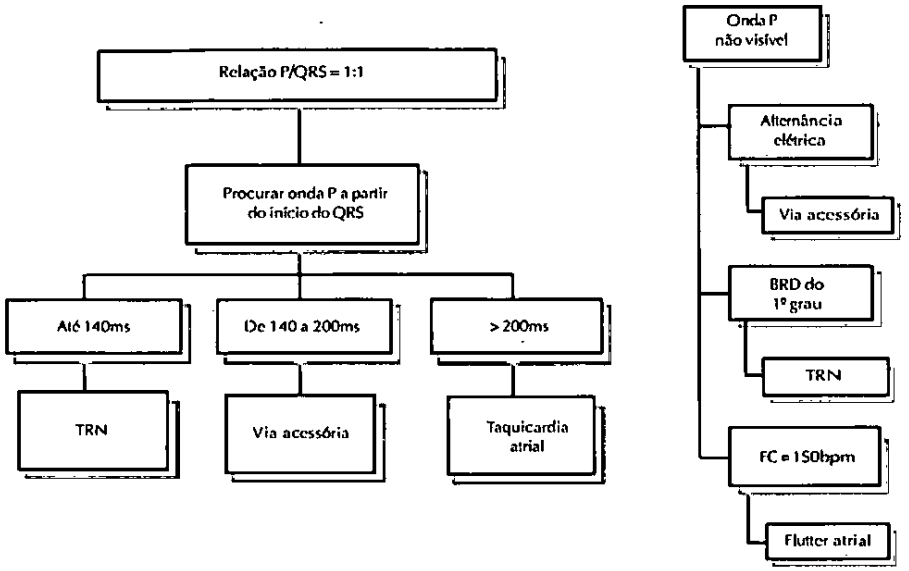
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4178
FURNAS

Estratégia Diagnóstica nas Taquiarritmias

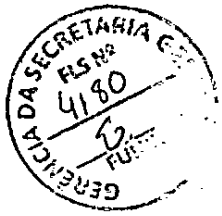


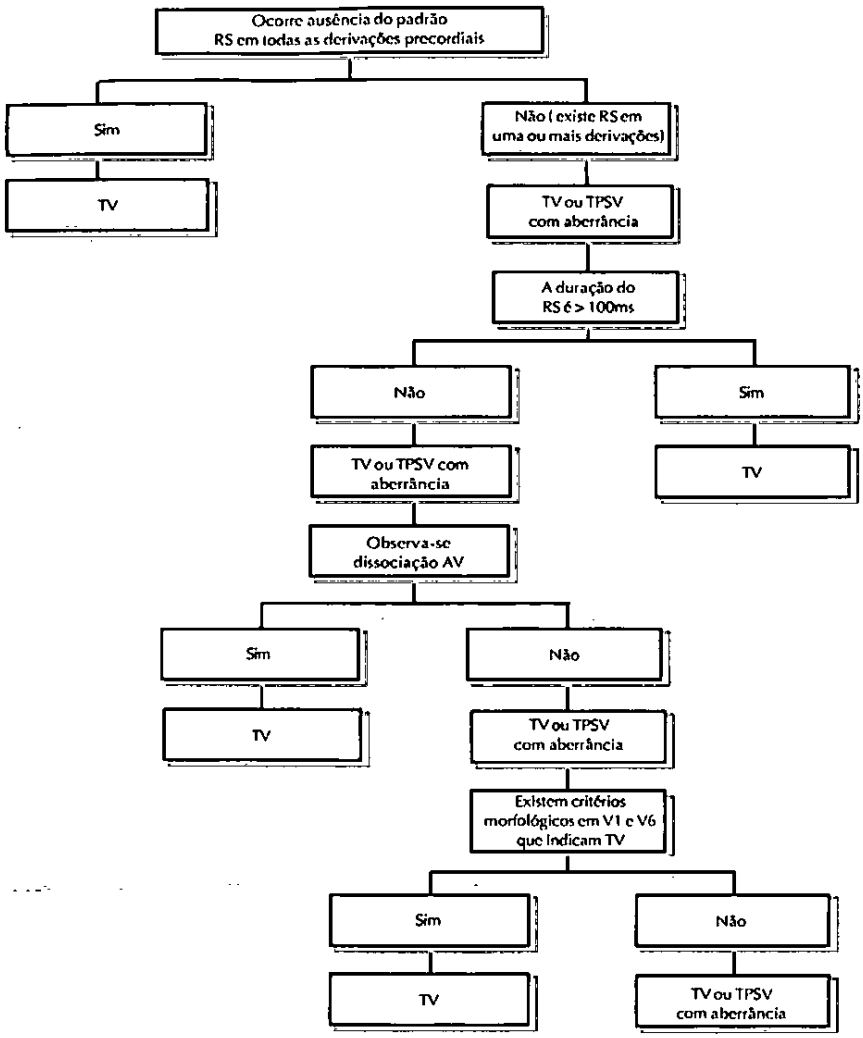


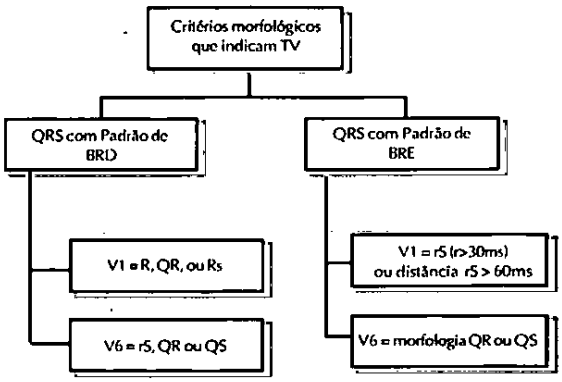
SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA
FLS Nº 4179
FURP



TRN = Taquicardia por reentrada nodal




Ocorre ausência do padrão RS em todas as derivações precordiais
Sim
TV
Não (existe RS em uma ou mais derivações)
TV ou TPSV com aberrância
A duração do RS é > 100ms
Não
TV ou TPSV com aberrância
Observa-se dissociação AV
Sim
TV
Não
TV ou TPSV com aberrância
Existem critérios morfológicos em V1 e V6 que indicam TV
Sim
TV
Não
TV ou TPSV com aberrância
Sim
TV


Critérios morfológicos que indicam TV
QRS com Padrão de BRD
QRS com Padrão de BRE
V1 = R, QR, ou Rs
V6 = r5, QR ou QS
V1 = r5 (r>30ms) ou distância r5 > 60ms
V6 = morfologia QR ou QS

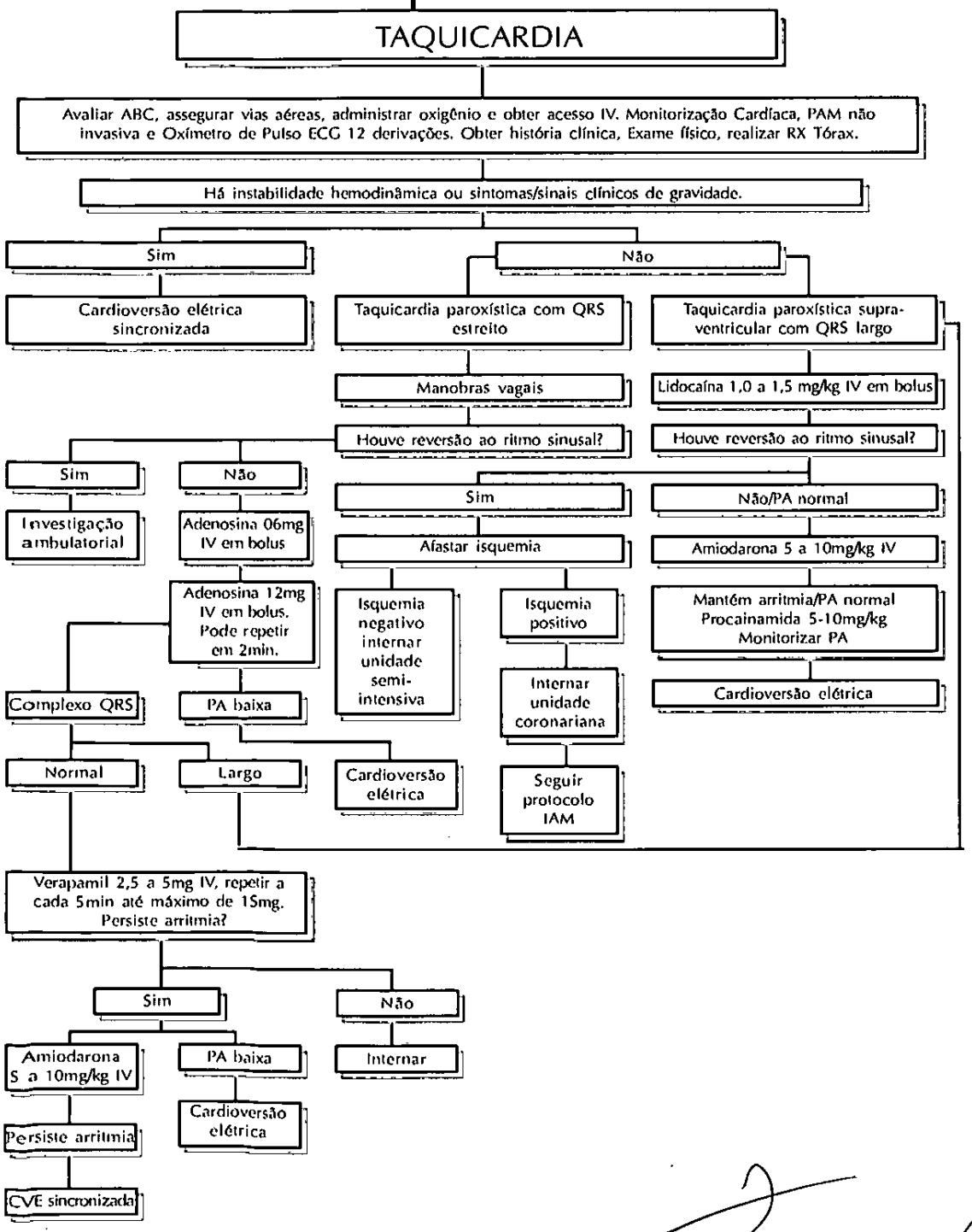
SECRETARIA DA SEGURANÇA
FLS Nº 4181

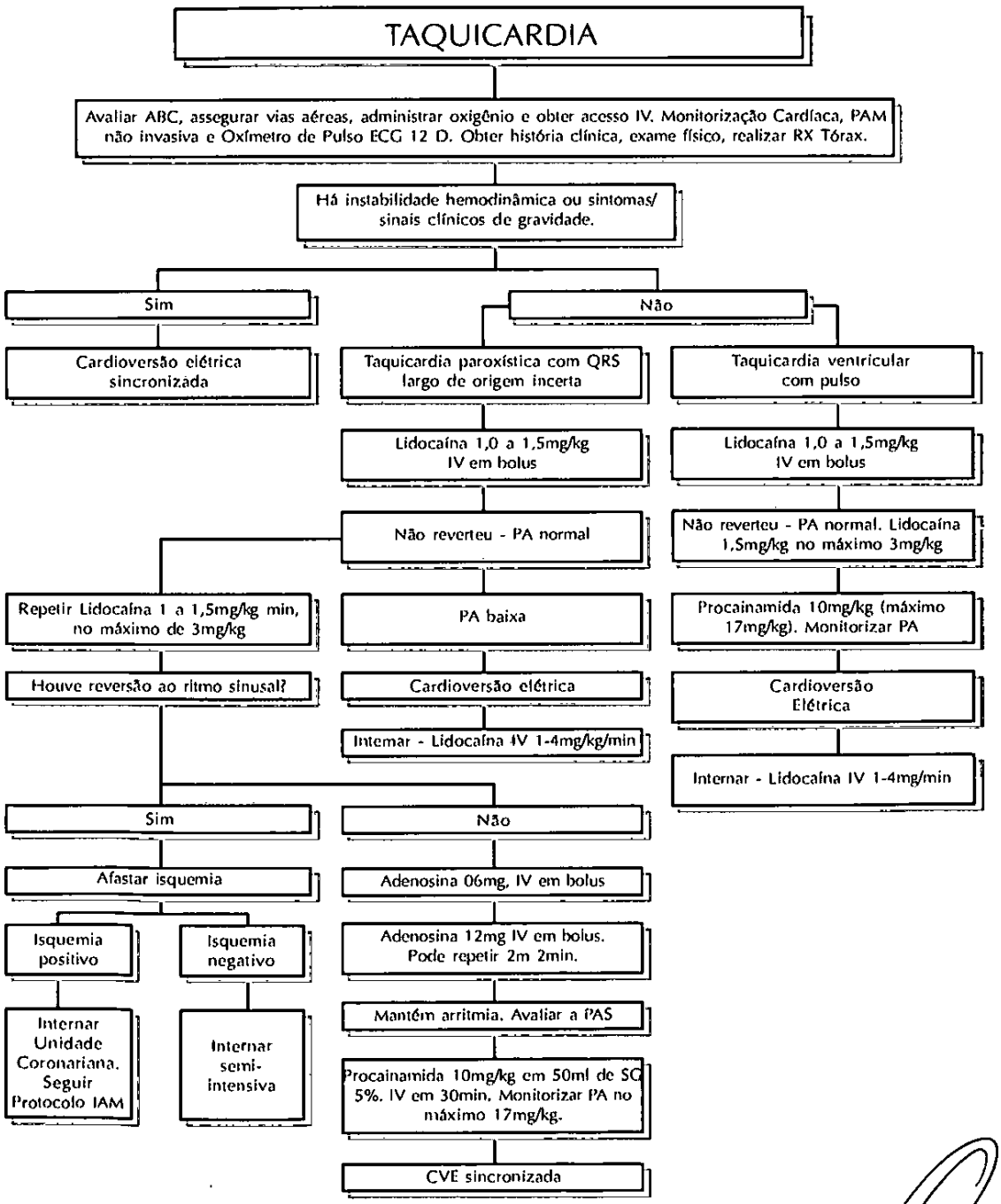
Critério de Brugada	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)
• Ausência de RS em derivações precordiais	21	100
• RS > 100ms	66	98
• Dissociação A-V	82	98
• Morfologia de BRD/BRE em derivações s V1/V2-V5/V6		
■ Presente (TV)	98,7	96,5
■ Ausente (TPSV com QRS largo)	96,5	98,7

NÃO ESQUECER JAMAIS

- ❑ As manobras vagais podem servir para o diagnóstico e terapêutica das taquicardias.
- ❑ A massagem do seio carotídeo é contra-indicada em pacientes portadores de sopros carotídeos ou história de doença vascular.
- ❑ Não indique verapamil em portadores de TPSV com QRS largo.
- ❑ A menos que o emergencista tenha experiência em interpretação do ECG, deve evitar o uso de critérios clínicos e eletrocardiográficos para o diagnóstico diferencial entre a TPSV com aberrância de condução da TV.
- ❑ Não esquecer de sincronizar a cardioversão elétrica nas TPSV e nas TV com pulso.
- ❑ Toda TV sintomática - dispnéia, precordialgia, tontura, hipotensão e alteração do nível de consciência, deve ser considerada, na abordagem inicial, a cardioversão elétrica.

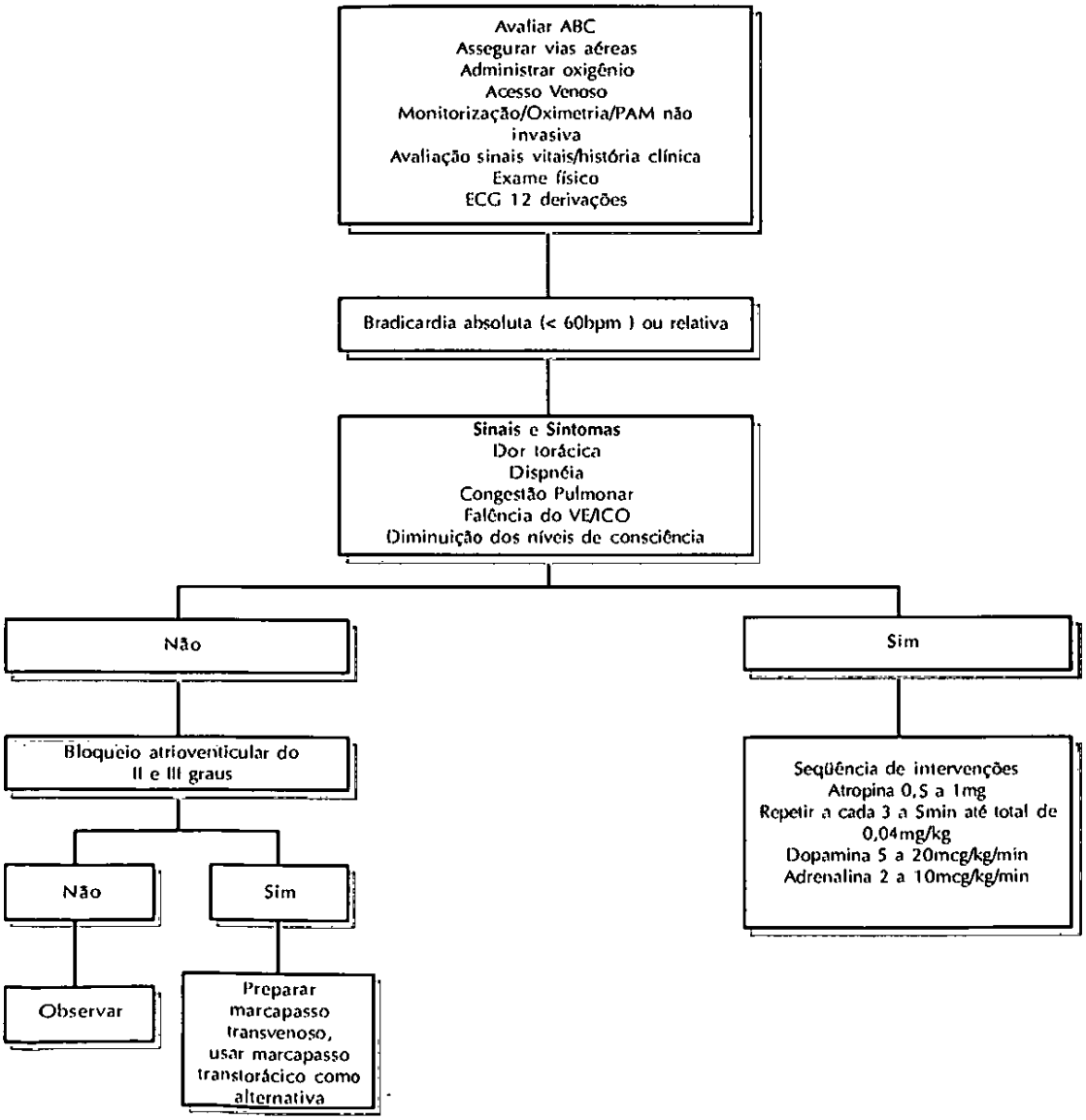
Estratégia Diagnóstica e Terapêutica das Taquiarritmias




TAQUICARDIA
Avaliar ABC, assegurar vias aéreas, administrar oxigênio e obter acesso IV. Monitorização Cardíaca, PAM não invasiva e Oxímetro de Pulso ECG 12 D. Obter história clínica, exame físico, realizar RX Tórax.
Há instabilidade hemodinâmica ou sintomas/ sinais clínicos de gravidade.
Sim
Não
Cardioversão elétrica sincronizada
Taquicardia paroxística com QRS largo de origem incerta
Taquicardia ventricular com pulso
Lidocaína 1,0 a 1,5mg/kg IV em bolus
Lidocaína 1,0 a 1,5mg/kg IV em bolus
Não reverteu - PA normal
Não reverteu - PA normal. Lidocaína 1,5mg/kg no máximo 3mg/kg
Repetir Lidocaína 1 a 1,5mg/kg min, no máximo de 3mg/kg
PA baixa
Procainamida 10mg/kg (máximo 17mg/kg). Monitorizar PA
Houve reversão ao ritmo sinusal?
Cardioversão elétrica
Cardioversão Elétrica
Internar - Lidocaína IV 1-4mg/kg/min
Internar - Lidocaína IV 1-4mg/min
Sim
Não
Afastar isquemia
Adenosina 06mg, IV em bolus
Isquemia positivo
Isquemia negativo
Adenosina 12mg IV em bolus. Pode repetir 2m 2min.
Internar Unidade Coronariana. Seguir Protocolo IAM
Internar semi-intensiva
Mantém arritmia. Avaliar a PAS
Procainamida 10mg/kg em 50ml de SG 5%. IV em 30min. Monitorizar PA no máximo 17mg/kg.
CVE sincronizada

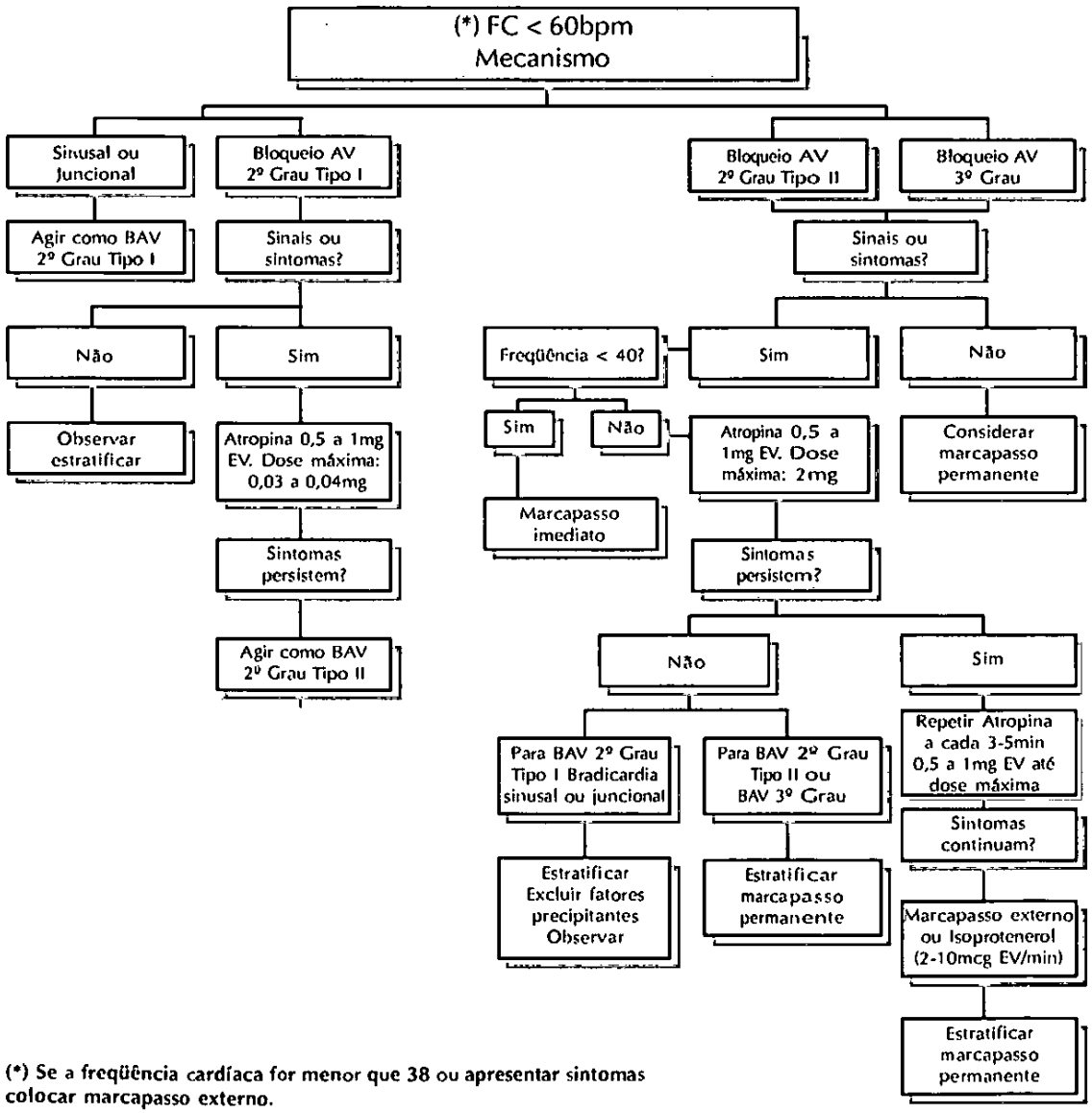
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4184
PGMC

Bradicardia



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4185
FOLHA

Bradiarritmia



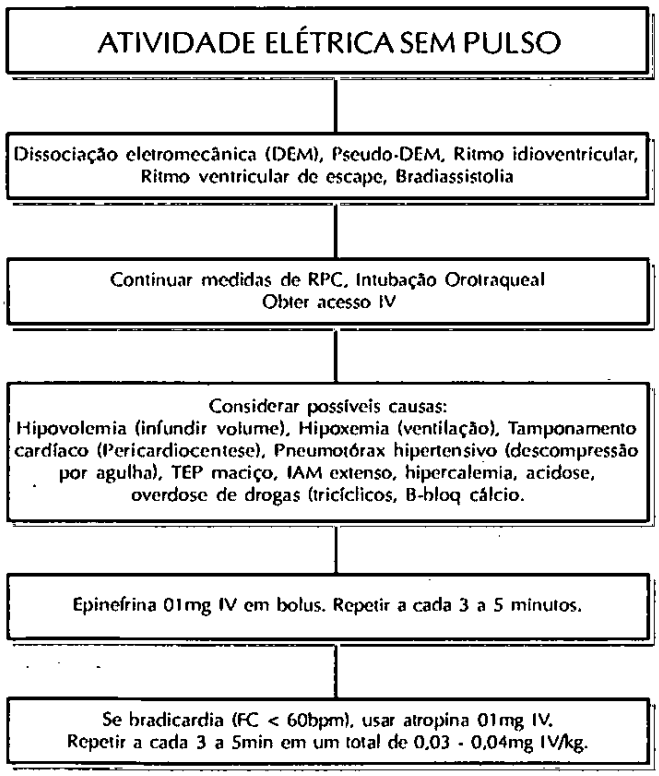
(*) Se a freqüência cardíaca for menor que 38 ou apresentar sintomas colocar marcapasso externo.

ATENÇÃO:

As extra-sístoles ventriculares no BAV de terceiro grau não são de risco e contribuem para manutenção do débito. O seu desaparecimento pode ser acompanhado de desestabilização do paciente e necessidade de marcapasso imediato.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4186
FUNEC

Estratégia Diagnóstica e Terapêutica da Atividade Elétrica sem Pulso

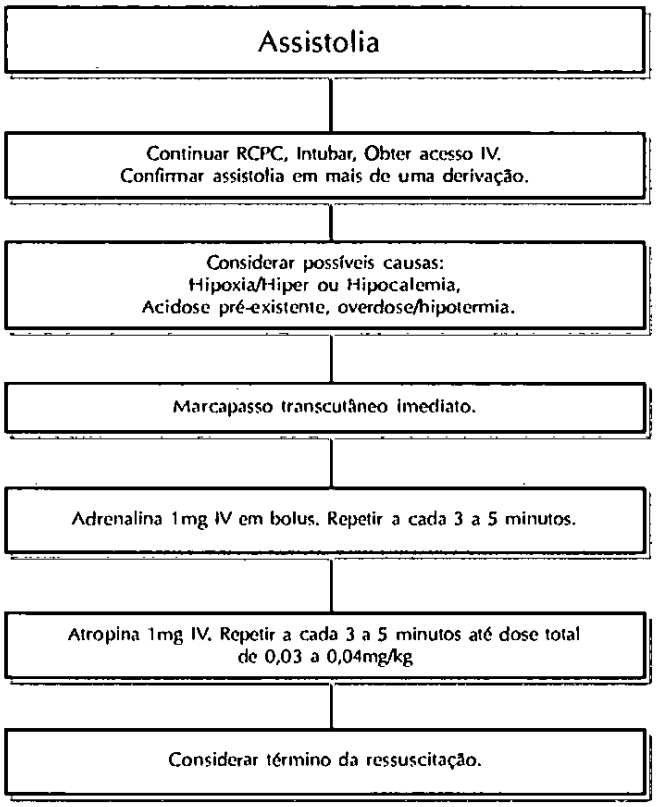


Causas de Atividade Elétrica sem Pulso
(5Hs e 5Ts)

Hipoxia	Tensão no tórax (Pneumotórax)
Hipovolemia	Tamponamento Cardíaco
Hipocalemia - hipercalemia	Tpoxicos (Intoxicação)
Hipotermia	Trombose Coronária (IAM)
Hidrogênio (Acidose)	Tromboembolismo Pulmonar

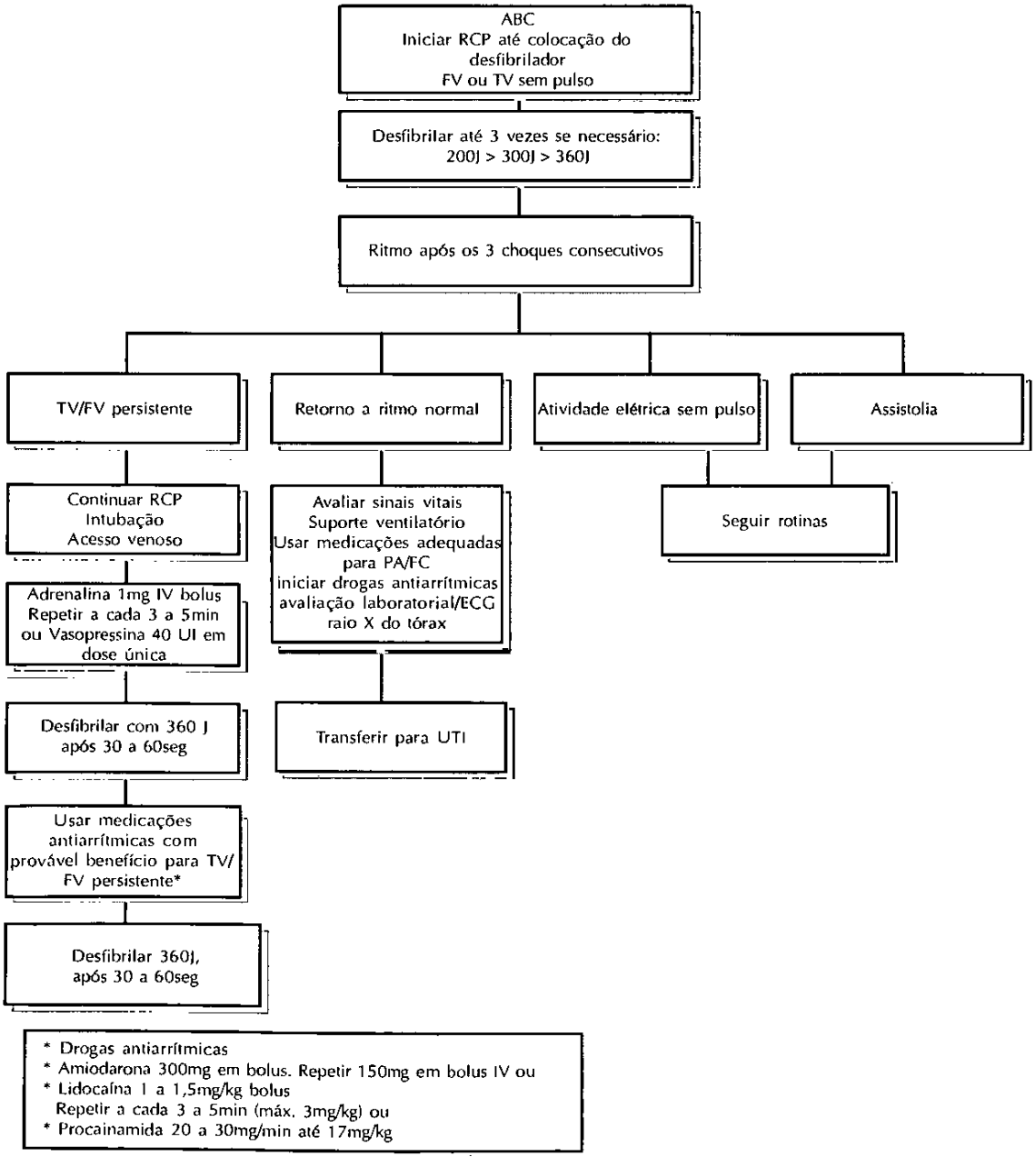
CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

Assistolia


Assistolia
Continuar RCPC, Intubar, Obter acesso IV.
Confirmar assistolia em mais de uma derivação.
Considerar possíveis causas:
Hipoxia/Hiper ou Hipocalemia,
Acidose pré-existente, overdose/hipotermia.
Marcapasso transcutâneo imediato.
Adrenalina 1mg IV em bolus. Repetir a cada 3 a 5 minutos.
Atropina 1mg IV. Repetir a cada 3 a 5 minutos até dose total
de 0,03 a 0,04mg/kg
Considerar término da ressuscitação.

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4188
FUNC.

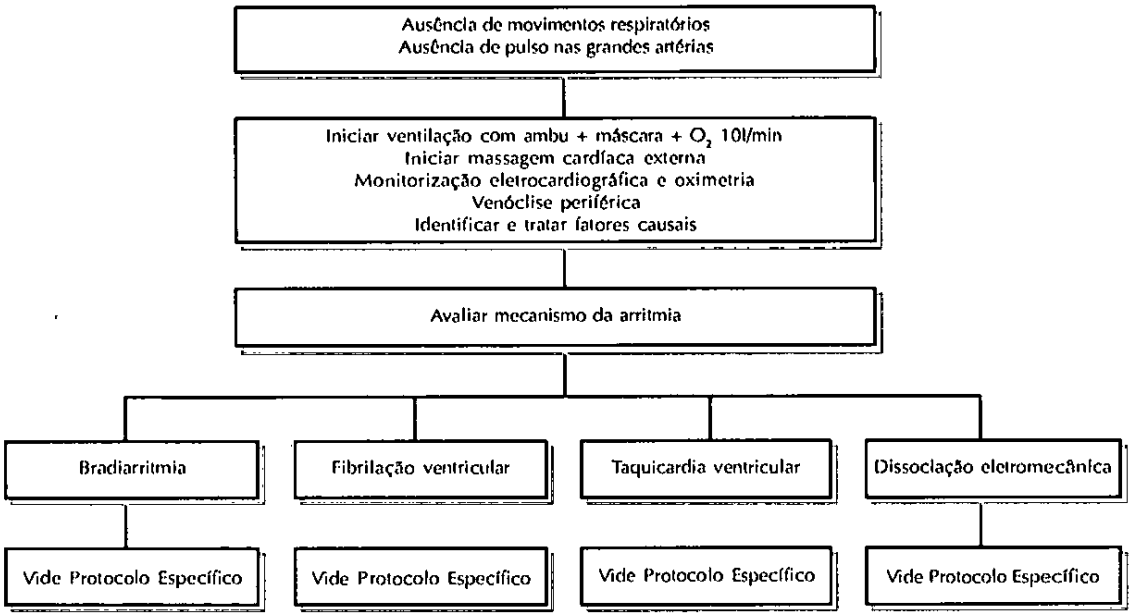
Fibrilação Ventricular ou Taquicardia Ventricular sem Pulso



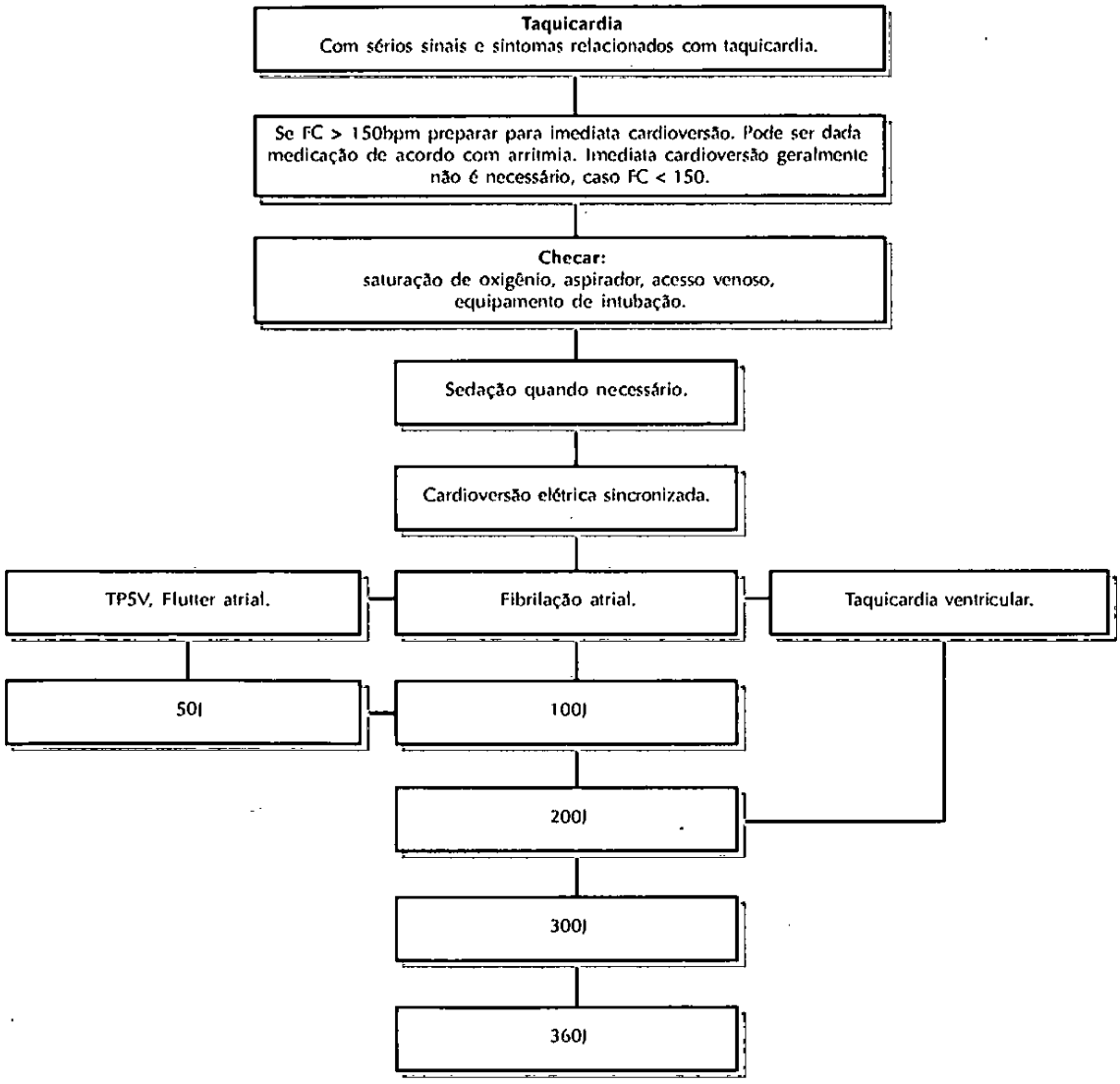
* Drogas antiarrítmicas
* Amiodarona 300mg em bolus. Repetir 150mg em bolus IV ou
* Lidocaína 1 a 1,5mg/kg bolus
Repetir a cada 3 a 5min (máx. 3mg/kg) ou
* Procainamida 20 a 30mg/min até 17mg/kg

Atenção: as medicações IV devem ser administradas em bolus IV rápido seguido de 20ml de solução salina e elevação do membro superior (local de aplicação do fármaco).

Parada Cardiorrespiratória

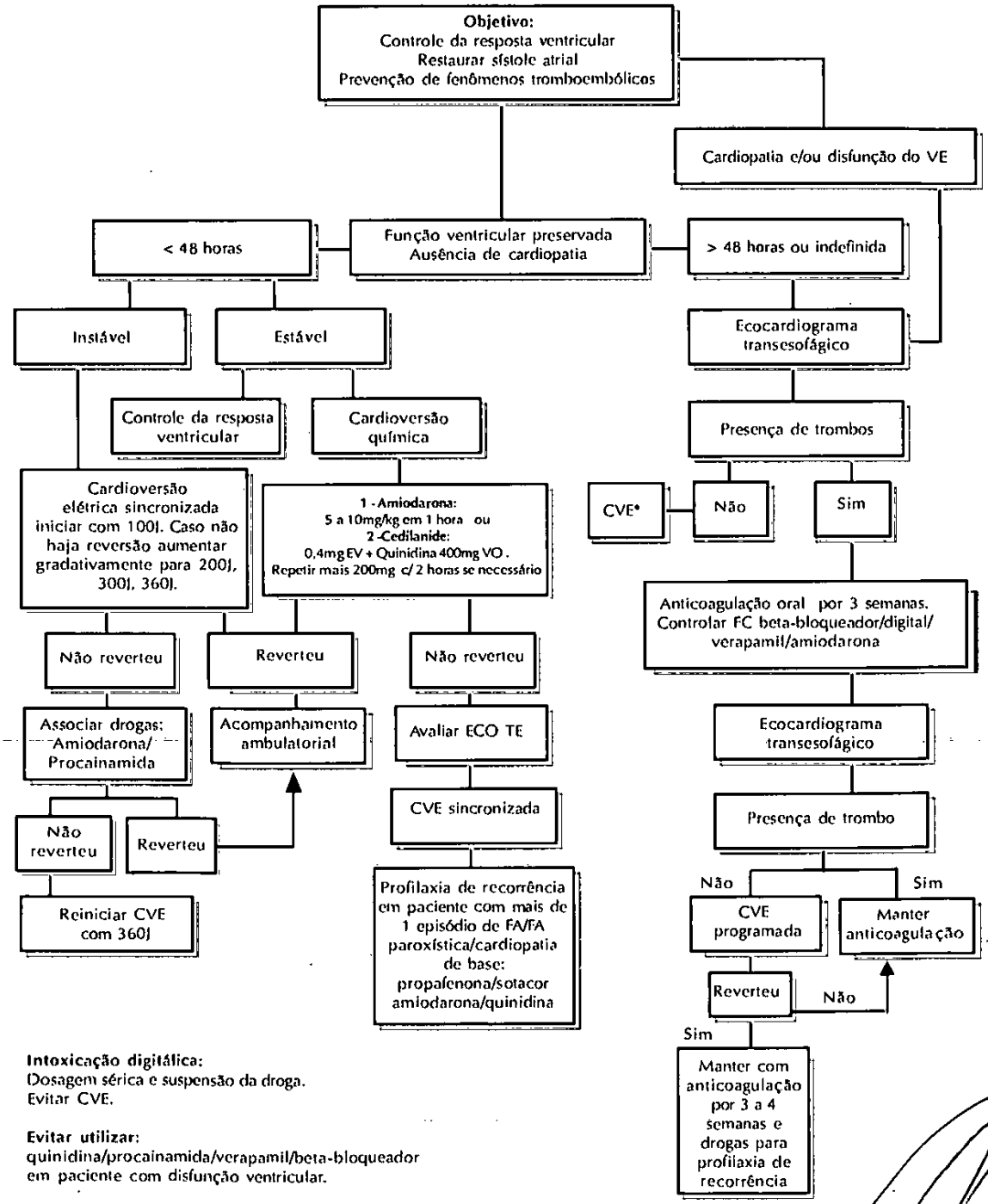


Cardioversão Elétrica



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4191
SES

Fibrilação Atrial Paroxística

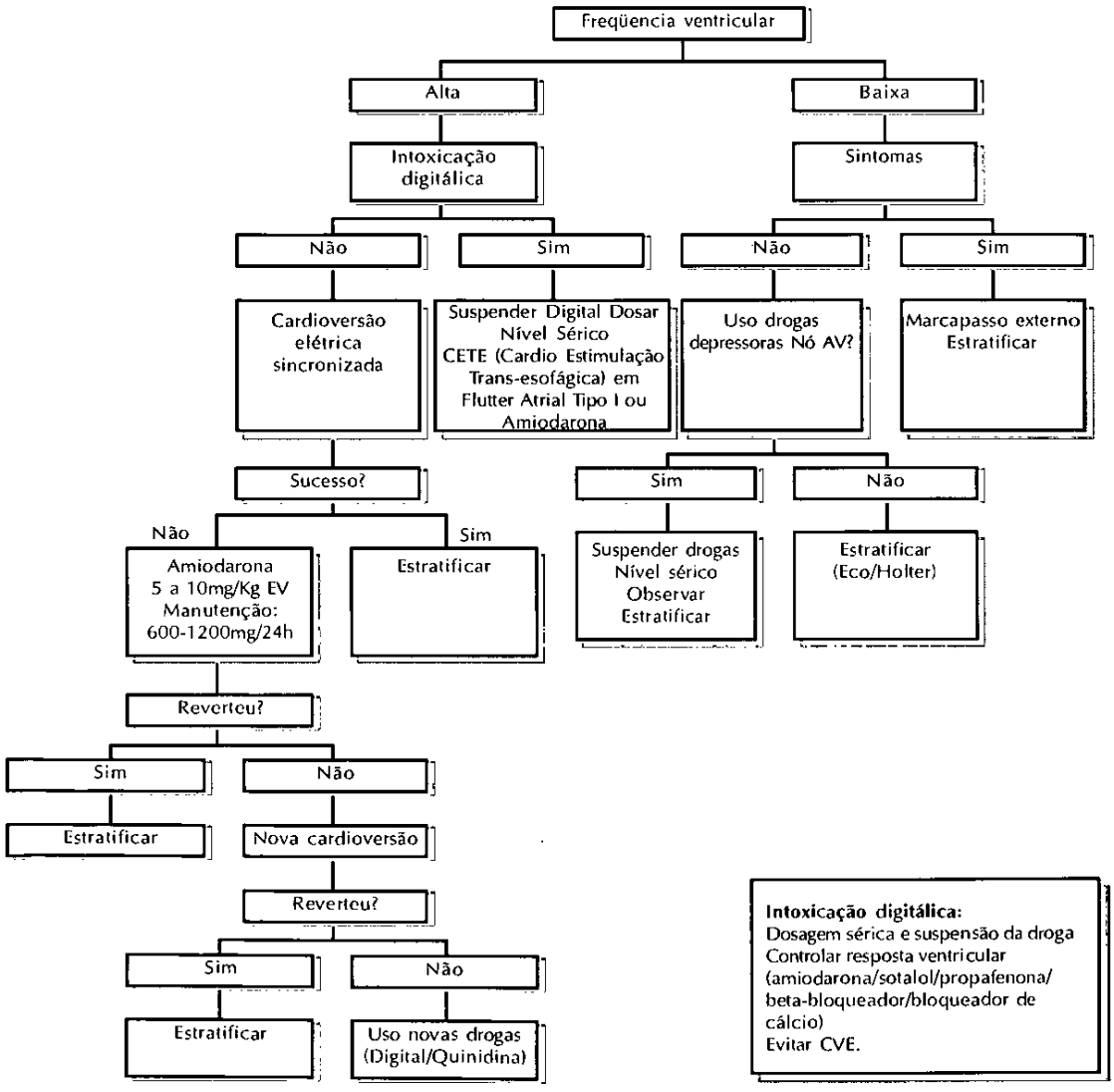


Intoxicação digitálica:
Dosagem sérica e suspensão da droga.
Evitar CVE.

Evitar utilizar:
quinidina/procainamida/verapamil/beta-bloqueador em paciente com disfunção ventricular.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4152
FUNC.

Flutter Atrial
Determinar Fatores Precipitantes



Intoxicação digitálica:
Dosagem sérica e suspensão da droga
Controlar resposta ventricular (amiodarona/sotalol/propafenona/beta-bloqueador/bloqueador de cálcio)
Evitar CVE.

Etiologia
DPOC
Valvulopatia
Miocardiopatia
HAS
Cardiopatia congênita
ICO
Pós-operatório de cirurgia cardíaca
Miocardite
Pericardite

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4193
12
FUNC.

Fibrilação Atrial e Flutter Atrial: considerações essenciais

Fatores de Risco que contribuem para aumentar a probabilidade de eventos embólicos

Fatores de Risco
Idade avançada
Presença de doença valvar reumática
Disfunção ventricular sistólica
Aumento atrial
IAM anterior prévio
Hipertensão Arterial Sistêmica
História prévia de Acidente Vascular Encefálico
Diabetes Mellitus

Agentes eficazes na redução da Freqüência Ventricular Esquerda na FA e no Flutter (na ausência de pré-excitação)

Fármaco	Dose na fase aguda	Dose de manutenção
DIGOXINA	1,0 - 1,5mg IV ou VO/24h, em incrementos de 0,25 ou 0,50mg	0,125mg - 0,50mg diários
PROPRANOLOL	1 - 5mg IV (1mg IV a cada 2min)	10 a 120mg VO de 8/8h
ESMOLOL	0,5mg /kg/min IV	0,05 a 0,2mg/kg/min IV
VERAPAMIL	5 - 20mg (5mg IV a cada 30min)	40 a 120mg VO de 8/8h ou 120 a 360mg retard VO/dia
DILTIAZEM	20 -25mg ou 0,25 - 0,35mg/kg IV, seguidos de infusão de 10 - 15mg IV/h	60 a 90mg VO de 6/6h ou dose única 240 a 360mg retard

Abordagem terapêutica anti-trombótica em portadores de FA e/ou Flutter Atrial

Terapia Anti-trombótica na FA e/ou Flutter Atrial

1- FA crônica ou FA paroxística devem ser considerados como equivalentes na avaliação do risco para a ocorrência de AVC na FA.
2- Portadores de valvopatia mitral reumática ou valva protética devem receber anticoagulante oral (ACO)
3- Manter o RNI entre 2 - 3 com ACO nas seguintes situações:
   - ☐ História de AVC embólico ou AIT prévios
   - ☐ ICC clínica ou disfunção sistólica esquerda subclínica (FEVE < 40 %)
   - ☐ FA associada a tireotoxicose
4- AAS 325mg no mínimo (SPAF 1 e 2) para pacientes < 75 a sem cardiopatia estrutural e/ou de baixo risco para desenvolver AVC/AIT (pacientes sem DM, ICC, HAS, AVC/AIT prévios)
5- Em Pacientes > 65 a sem FR acima descritos com FA isolada (Lone Atrial Fibrilation), deve-se usar apenas AAS.
6- Nos pacientes maior ou igual a 75 anos, deve-se considerar o uso de ACO ou AAS, sendo a escolha baseada no risco de desenvolvimento de AVC versus hemorragia.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / S.
FLS Nº 4134
FEC.

- Causas de dificuldades no ajuste da dose terapêutica dos anticoagulantes orais (ACO)

1 - Não uso do RNI no controle da anticoagulação e a utilização de diferentes kits de fabricação de tromboplastinas com ISI diferentes;

2 - Flutuações na ingestão de vitamina K na dieta, com uso de saladas de forma abundante ou síndrome de má absorção; alimentos ricos em gordura animal;

3 - Drogas que interagem com o Warfarin

4 - Não adesão ao tratamento.

5 - Erro de técnica laboratorial.

Drogas que interagem com Warfarin aumentando ou diminuindo o RNI

Aumentam o RNI	Diminuem o RNI
Amiodarona, porpafenona, quinidina, fenitoína	Colestiramina
Cefalosporinas de 2ª e 3ª geração, SMZ-TMP, Eritromicina, Ketoconazol, Fluconazol,	Carbamazepina
Metronidazol, Isoniazida, Sulfinipirizona, Carbenicilina	
Cimetidina, Omeprazol, Clofibrato, Dissulfiram Vitamina E (megadose), Tamoxifen, Heparina, Moxalactan	Sucralfato Barbitúrico
Esteróides anabolizantes, Piroxican, Fenilbutazonas, Ticlopidian.	Uso crônico de Álcool
Heparina e AAS	Rifampicina e Nafcilina

Reversão do Efeito Anticoagulante

• RNI 4 a 6	• Suspender Warfarin • Repetir RNI 24/24h • Retornar Warfarin em doses pequenas quando RNI estiver normal
□ RNI 6 a 10	□ Vitamina K 0,5 a 1mg SC □ RNI de 8/8h □ Repetir Vitamina K 24h e após, se necessário □ RNI normal - recomeçar Warfarin
> RNI 10 a 20	> Vitamina K 3 a 5mg IV > RNI de 6/6h, considerar plasma > Repetir Vitamina K 12h e após, se necessário
✡ RNI > 20 ou RNI < 20 com sinais de sangramento	✡ Vitamina K 10mg IV ✡ Plasma fresco 15ml/kg ✡ RNI de 6/6h ✡ Repetir Vitamina K 12h após, se necessário

Obs.: se o retorno do Warfarin estiver indicado, iniciar Heparina até que os efeitos da Vitamina K tenham cessado.

SECRETARIA GERÊNCIA DA FLS 4155 FUNC.

- Indicações Clínicas da Anticoagulação Oral

1 - Profilaxia de TEP/TVP;

2 - Tratamento da TVP/TEP;

3 - Infarto Agudo do Miocárdio;

4 - Válvula mecânica;

5 - Fibrilação Atrial e Flutter Atrial Crônico;

6 - Cardiopatia Dilatada e ICC;

7 - Gestação (contra-indicado nos primeiros 3 meses da gestação, devendo-se optar por Heparina e manter o TTPa entre1,5 a 2, 5 vezes o Valor Basal da paciente, com controle de 6/6h até atingir nível ótimo de anticoagulação).

Curto período de anticoagulação (definição)

Entende-se por curto período de anticoagulação o uso de Warfarin ou Feprocumon (marcoumar) por um período de 4 semanas antes da cardioversão eletiva, sendo que deve ser mantida a terapia com ACO até 3 a 4 semanas após o procedimento, naqueles pacientes considerados de baixo risco ou sem cardiopatia estrutural subjacente.

SECRETARIA
FLS. Nº 4196
FUNE

Sistema Nervoso Central

Doenças Cerebrovasculares na Emergência

1- Introdução

Doenças Cerebrovasculares (DCV) ou Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), são enfermidades freqüentemente atendidas nas Unidades de Emergência. No Brasil as DCV representam a primeira causa de morte, segundo as estatísticas do SUS.(Mortal. por DCV - 71 / 100.000 hab.) No mundo ocidental, correspondem à terceira causa de morte, a maior determinante de invalidez e a segunda doença causadora de demência. A mortalidade por DCV caiu acentuadamente no século XX, com maior queda nas décadas de 70 e 80. Entretanto, no final do século passado as taxas de incidência e mortalidade por DCV se mantiveram praticamente inalteradas. O percentual de morte por DCV em pacientes hospitalizados varia de acordo com a assistência médica. No Brasil, em alguns hospitais onde existe serviço de neurologia organizado, as taxas de letalidade assemelham-se às dos melhores centros do mundo (HSR-BA = 9% incluindo hemorragias cerebrais). Todavia, essa não é a realidade na maioria dos hospitais brasileiros.

O atendimento inicial é fundamental para o prognóstico. O ideal seria que fosse por neurologista experiente, logo nas primeiras horas. Nessas circunstâncias pode-se até utilizar trombolíticos para casos selecionados. Infelizmente a maioria dos pacientes chega à emergência muitas horas ou dias após o AVC. Acidentes Vasculares Cerebrais podem ocorrer em qualquer faixa etária, entretanto são muito mais freqüentes em indivíduos acima de 65 anos e a prevalência aumenta significativamente a cada década. Idade avançada é, pois, considerada um importante fator de risco.

Existem dois tipos de AVC, a saber: 1- **Hemorrágico** – geralmente causado por hipertensão arterial, ruptura de aneurismas, malformações arteriovenosas, vasculites, vasculopatias e discrasias sangüíneas e **2 - Isquêmico** – causado por tromboembolismo arterial decorrente de embolias cardiogênicas ou de grandes vasos (ex.aorta, carótidas, vertebrais), oclusão de pequenos vasos intracranianos, distúrbios hemodinâmicos (hipotensão arterial grave) e coagulopatias. No jovem outras causas como vasculites, dissecção vascular, distúrbios da coagulação, enxaquecas e cardiopatias congênitas são mais freqüentes. Trombose venosa e dos seios intracranianos podem ocorrer em situações de hipercoagulabilidade (ex. gravidez e puerpério, desidratação e infecção) e por outros distúrbios hematológicos.

O diagnostico de AVC é baseado na história clínica, que se caracteriza por um déficit neurológico **súbito**, no exame físico e nos exames complementares. Os sinais de alerta mais importantes são os seguintes: hemiparesia; hemihipoestesia; parestesias; alterações mentais, da linguagem, da memória, da fala, do nível de consciência, visuais ou de outros órgãos dos sentidos; tonturas, vertigens; desequilíbrio; distúrbios da marcha e cefaléia forte especialmente com vômitos. Chamam-se TIA/AIT (Acidentes Isquêmicos Transitórios) os casos de déficit neurológico também súbito de origem vascular que se resolvem completamente e espontaneamente em menos de 24 horas. Nessas circunstâncias a conduta para o diagnóstico deve ser semelhante à do AVC completamente estabelecido. Além da idade avançada, os fatores de risco mais importantes para DCV são hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, cardiopatias, distúrbios da coagulação, doenças hematológicas, fumo, álcool em excesso, drogas ilícitas e dislipidemias. É fundamental que diante de uma suspeita de DCV se investigue o diagnóstico diferencial (ex. hipoglicemia e outros distúrbios metabólicos e tóxicos do SNC; crises epilépticas; enxaquecas; esclerose múltipla; neoplasias; encefalites e trauma). É imperativo que nos casos de DCV chegue-se a um diagnóstico do tipo e subtipos etiológicos para que o tratamento seja adequado.

2- Elementos Teóricos

O Acidente Vascular Cerebral é uma emergência médica. A visão fatalista do AVC foi definitivamente substituída pela evidência concreta de que hoje é possível reduzir o déficit neurológico na fase aguda e prevenir eficazmente a ocorrência de novos eventos vasculares. O papel do emergencista nesse aspecto é crucial, pois a pronta estabilização do doente e o início precoce da investigação etiológica são determinantes no prognóstico final. Como qualquer emergência médica, a abordagem inicial do paciente com AVC passa pelo ABC da reanimação. Hipoxemia refratária a oxigênio suplementar, rebaixamento do nível de consciência e inabilidade de proteção das vias aéreas são indicações de intubação orotraqueal. Um acesso venoso calibroso e exames laboratoriais devem ser obtidos (Tabela 1).

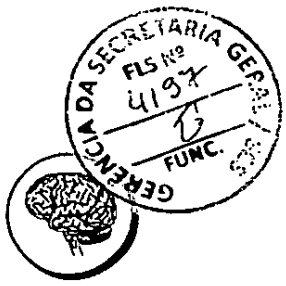


Tabela 1: Exames complementares iniciais na DCV

Hemograma completo, coagulograma, uréia, creatinina, sódio, potássio, glicemia, tipagem sanguínea, velocidade de hemossedimentação, tomografia computadorizada do crânio sem contraste, rad. Tórax e ECG.

O tratamento da hipertensão arterial, embora benéfico na fase subaguda como medida de prevenção secundária, pode ser deletério na fase aguda. O aumento da pressão arterial nesta fase pode ser uma forma compensatória para aumentar o fluxo sangüíneo na área de isquemia cerebral. A correção para níveis de pressão arterial normal está relacionada a pior evolução clínica. Por isso, o consenso é não tratar a hipertensão arterial nos primeiros 10 dias do AVC isquêmico exceto em casos de hipertensão extrema (>220x120mmHg) ou de lesão aguda de órgão-alvo (insuficiência coronariana aguda, dissecção aguda da aorta, insuficiência renal aguda, edema agudo do pulmão). Medicações para controle da hipertensão utilizadas previamente ao evento, podem ser mantidas. No caso do AVC hemorrágico pode-se reduzir cautelosamente a pressão arterial para níveis abaixo de 180x110mmHg. Nesse caso, dá-se preferência a drogas intravenosas de curta ação, que podem ser suspensas em caso de deterioração neurológica (Tabela 2).

Tabela 2: Anti-hipertensivos na DCV aguda.

Agentes intravenosos: nitroprussiato de sódio, esmolol, metoprolol, enalaprilato. Agentes orais: inibidores da ECA (captopril, enalapril, perindopril).

Após a estabilização do paciente, a prioridade é identificar a etiologia da DCV. Esta etapa é fundamental, pois define as escolhas terapêuticas. Dados simples da história e exames complementares iniciais podem ser úteis nessa definição (Tabela 3). Uma tomografia computadorizada (TC) do crânio deve ser realizada o mais precocemente possível para afastar hemorragia, outros diagnósticos (por exemplo, hematoma subdural) e identificar sinais precoces de isquemia cerebral.

Tabela 3: Pistas sugestivas para diagnóstico etiológico da DCV Isquêmica.

	Embólico	Aterosclerose de grandes artérias	Oclusão pequenas artérias	Outros (e.g.,vasculopatias e coagulopatias,)
História	Déficit desproporcionado máximo no início; afasia isolada e súbita; cegueira cortical; Cardiopatia dilatada; Fibrilação atrial; Valvulopatia mitral; IAM prévio.	Déficit desproporcionado flutuante; HAS, DM, tabagismo, dislipidemias, obesidade.	Déficit sensitivo ou motor proporcionado isolado sem perda cognitiva; HAS, DM, tabagismo, dislipidemia, obesidade.	Pac jovem, história pessoal e familiar de tromboses, trauma, infecção recente; cervicalgia.
Exames complementares	ECG: fibrilação atrial; TC: infarto cortical.	Sopro carotídeo; TC: infarto cortical.	TC: infarto pequeno subcortical até 1,5cm.	Arteriografia, vhs o provas de coagulação, alteradas.

Pistas para o diagnóstico etiológico das hemorragias cerebrais (HCE).

Hipertensão Arterial (HAS)	Malformações arteriovenosas (MAV) e Aneurismas	Distúrbios da coagulação – Tromboses de seios	Outras causas inclusive vasculites, infecções, intoxicações neoplasias.	Trauma
HAS, síndrome nefrótica, órgãos-alvos atingidos.	HAS fumo, alcoolismo, hereditariedade.	Uso de anticoagulantes Gravidez puerpério.	Qualquer faixa etária inclusive crianças e idosos.	História de trauma, cirrose hepática
Hemorragia em núcleos da base, tronco cerebral e cerebelo. Hemorragias intraventriculares. Diagnóstico por TC de crânio	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	Hemorragia subaracnóidea, hematomas lobares Diagnóstico – TC, LCR, Angiografia. Diag. de MAV = Ressonância.	HCE atípicas inclusive corticais e podem ser múltiplas, uni ou bilaterais. Quadros mais leves, Doenças sistêmicas. Diag = TC e RMN e biópsia.	Hematomas sub e, extradurais, Eventualmente intraparenquimatosos múltiplos.

Obs.: incluímos as traumáticas para o diagnóstico diferencial.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4198
FUNC.

A administração de Heparina é instituída com intuito de prevenir a recorrência precoce de embolia ou a progressão de um trombo local. Portanto, o consenso é considerar heparinização plena (1.000UI/hora inicialmente, mantendo TTPA 1,5 a 2X o valor normal) nos casos de DCV isquêmica por embolias cardiogênicas, coagulopatias, dissecção arterial ou nos casos de piora progressiva do déficit neurológico sugerindo trombose em atividade. Deve-se ter cuidado, entretanto, nos casos de infartos extensos, onde o potencial de transformação hemorrágica pode sobrepujar o benefício da anticoagulação. Nesses casos, deve-se aguardar 48 horas para decisão terapêutica após nova TC. Nos demais casos, heparina subcutânea (5.000-7.500UI de 12/12 horas) ou Heparina de baixo peso molecular devem ser administrados como profilaxia de trombose venosa profunda.

Antiplaquetários devem ser considerados nos demais pacientes onde não haja indicação ou haja contra-indicação para anticoagulação (ou seja, DCV isquêmica por aterosclerose de pequenos ou grandes vasos que não estejam piorando agudamente, ou DCV de causa desconhecida). A escolha inicial é a aspirina por haver dados concretos na literatura quanto à sua eficácia na fase aguda. A Aspirina deve ser iniciada o mais precocemente possível. Embora haja controvérsia quanto à dose, utilizamos rotineiramente 325mg ao dia. Nos casos de intolerância ou alergia à Aspirina, podem ser utilizados: o clopidogrel (75mg/dia) ou Ticlopidina (500mg/dia).

Manitol é medicação eficaz no controle da hipertensão intracraniana (HIC). Os efeitos colaterais desta droga incluem distúrbios hidroeletrolíticos, desidratação, insuficiência renal aguda, nefrite intersticial e hipotensão arterial. Dessa forma, o Manitol só deve ser utilizado, com critério, na vigência de sinais clínicos (papiledema, anisocoria, rebaixamento progressivo de consciência) e/ou tomográficos de HIC e não indistintamente em DCV. Como medida extrema podemos recorrer à craniectomia descompressiva em casos de hérnias transtentoriais decorrentes de HIC. Hipertensão intracraniana ocorre, com freqüência, em hemorragias volumosas ou no 3º-5º dia de infartos extensos.

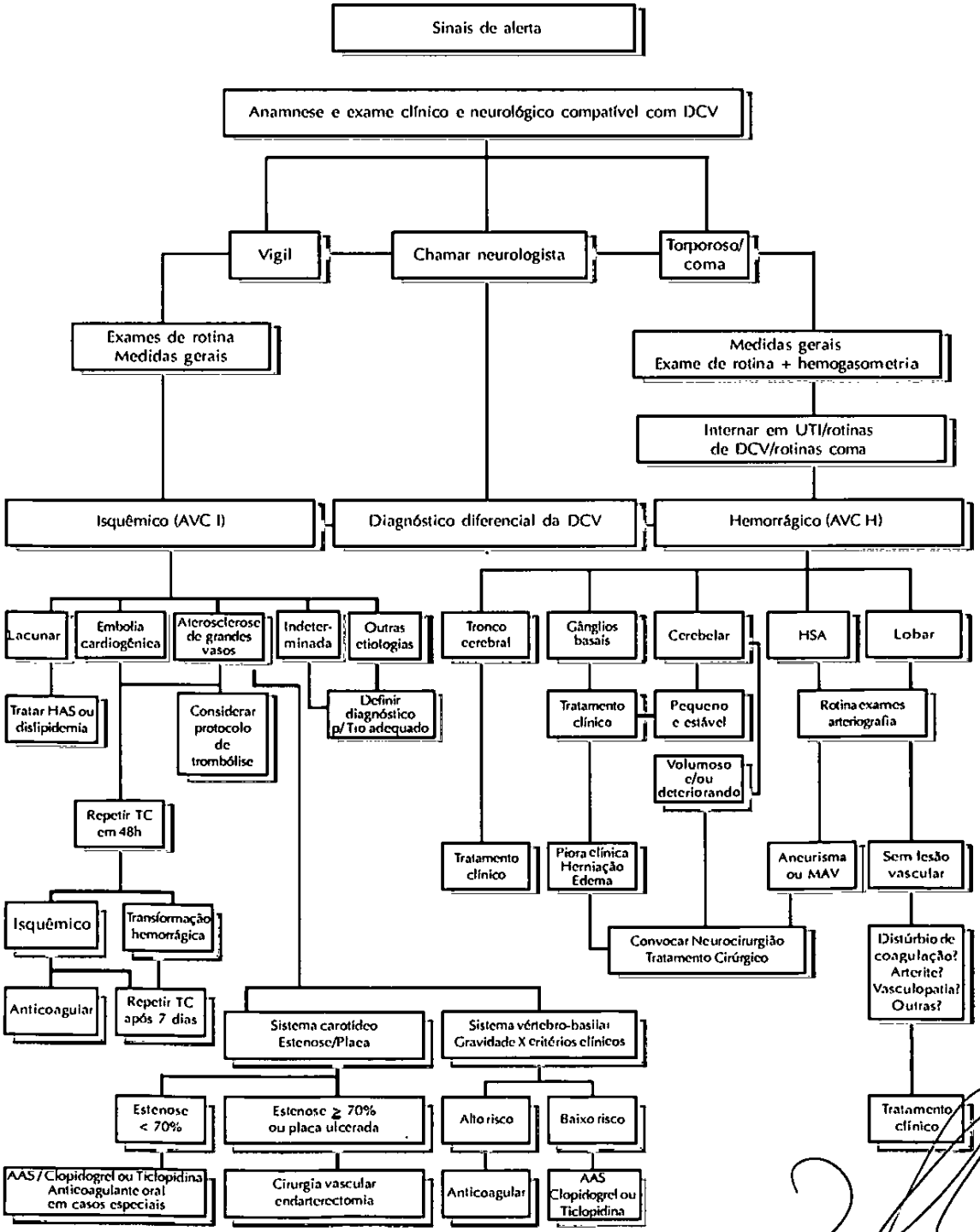
Cirurgia é opção terapêutica em hemorragia subaracnóidea (clipagem de aneurisma cerebral), em casos de hemorragias cerebelares volumosas ou infartos cerebelares extensos e também em alguns casos de hidrocefalia secundária. A grande maioria dos casos de hemorragia intraparenquimatosa não necessita de cirurgia. Na profilaxia de DCV isquêmica por aterosclerose extracraniana, a endarterectomia carotídea reduz substancialmente o risco de DCV recorrente. Sua indicação deve ser considerada em pacientes sintomáticos (imediatamente após um ataque isquêmico transitório ou após 4-6 semanas de um AVC isquêmico instalado) com estenose acima de 70% e em alguns assintomáticos ou com estenose menores, selecionados criteriosamente por neurologista experiente.

Febre e hiperglicemia aumentam o grau de lesão no tecido cerebral isquêmico. Quando presentes, ambos devem ser tratados agressivamente (i.e., antitérmicos, medidas físicas de resfriamento e insulina de demanda). Corticóides aumentam o risco de infecções, hiperglicemia e hemorragia digestiva sem afetar a evolução clínica da DCV hemorrágica ou isquêmica. Quando ocorre edema cerebral sintomático as opções são hiperventilação, Manitol ou diurético de alça. A única indicação de corticosteróide em DCV é para tratar vasculite do SNC.

Até o momento, nenhum estudo demonstrou efeito benéfico de neuroprotetores para DCV isquêmica. Portanto, medicações como Nimodipina, Citicolina, Tirilazad, Lubeluzole e Aptiganel não devem ser utilizadas para DCV isquêmica fora de protocolos de pesquisa. Em hemorragia subaracnóidea, a Nimodipina apresenta efeito benéfico na prevenção de déficit neurológico tardio por vasoespasmo.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4155
FUNC.

3 - Algoritmo do Atendimento ao Paciente com Doença Cerebrovascular Aguda



GERÊNCIA DA SECRETARIA GE
FLS Nº 4200
FUNC.

Protocolo de Atendimento do Paciente em Coma

1- Considerações Gerais

2- Importantes Informações para diagnóstico e conduta

3- O Exame do Paciente em Coma

4- Algoritmo do Atendimento

1- Considerações Gerais

Essa é uma condição extremamente grave que exige uma abordagem clínica inicial com medidas gerais.

A- Avaliação da ventilação, se necessário, intubar imediatamente.
B- Correção de distúrbios hemodinâmicos.
C- Venóclise e coleta de sangue para exames laboratoriais rotineiros e especiais.
D- Administrar tiamina e glicose, conforme algoritmo.
E- História clínica detalhada – com ênfase em questões sobre: trauma, intoxicações, alcoolismo, uso de drogas; doenças prévias como: diabetes, epilepsia, hipertensão, cardiopatias, cirrose, insuficiência renal.
F- Exame clínico – sinais de trauma, infecções, lesões cutâneas por administração de drogas intravenosas, coloração da pele e da mucosas, sinais clínicos de doenças sistêmicas.
G- Proteja os olhos, controle a agitação, instale sonda vesical e nasoenteral, evite complicações relacionadas com a imobilidade (profilaxia de trombose venosa profunda), inicie a profilaxia da úlcera de *stress*.

2- Importantes informações para o diagnóstico e conduta do paciente em coma

1- A avaliação neurológica do paciente em coma, requer uma sistemática que permita um diagnóstico rápido e um tratamento adequado.
2- Para que haja comprometimento do nível de consciência, é necessário que exista uma das seguintes alternativas:
   a) Lesão anatômica ou funcional da formação reticular mesencefálica.
   b) Disfunção bilateral dos hemisférios cerebrais.
   c) Lesões associadas dessas duas estruturas.
3- As condições que produzem as alternativas acima são as seguintes:
   a) Lesões supratentorias que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou o tronco encefálico (tumor cerebral, AVC, hematoma subdural e outras).
   b) Encefalopatias metabólicas, tóxicas ou infecciosas, as quais comprometem difusamente ambos os hemisférios cerebrais (hipo/hiperglicemia, uremia e outras).
   c) Lesões expansivas ou destrutivas infratentoriais, que promovam dano ou compressão à formação reticular mesencefálica (hemorragia e infarto cerebelar, neoplasias e outras).
4- É importante o diagnóstico diferencial com os distúrbios psiquiátricos que cursam com ausência de resposta.
5- A chave para o diagnóstico consiste em:
   a) Interpretação adequada dos sinais que refletem o comprometimento dos diversos níveis do encéfalo.
   b) Determinar qual das condições citadas no item 3 pode ser a responsável pelo quadro atual do paciente. A tabela 1 indica os correspondentes sinais e sintomas característicos.

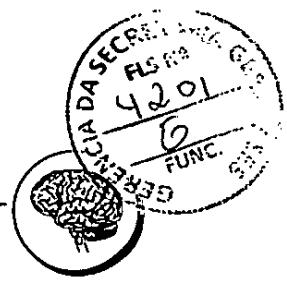


Tabela 1- Características clínicas das condições que determinam o estado de coma

1-Massas ou lesões supratentoriais que comprimem ou deslocam o diencéfalo ou tronco cerebral:	2- Massas infratentoriais ou lesões que causam coma:
a) Sinais de disfunção progressiva "rostro-caudal". b) Sinais que traduzem o comprometimento de uma determinada região do encéfalo. c) Posturas assimétricas com ou sem estímulos.	a) História anterior de disfunção do tronco encefálico b) Rápida instalação do coma. c) Sinais de comprometimento do TE procedendo ou concomitante. (Paresias ou paralisias de nervos cranianos). d) Aparecimento precoce de disfunção neurovegetativa.
3- Coma de origem metabólica, tóxica ou infecciosa:	**4- Distúrbios psiquiátricos causando falta de resposta aos estímulos:**
a) Confusão mental e estupor precedendo os sinais motores. b) Sinais motores, quando presentes, freqüentemente simétricos. c) Reações pupilares usualmente conservadas. d) *Asterixis*, mioclonias, tremores e convulsões são comuns. e) Hiper ou hipoventilação são freqüentes.	a) Fechamento ativo das pálpebras. b) Pupilas reativas ou dilatadas (cicloplégicas). c) Reflexo óculo-vestibular fisiológico. d) Tônus motor inconsistente ou normal. e) Eupnéia ou hiperventilação são usuais. f) Nenhum reflexo patológico está presente. g) EEG normal.

c) Estabelecidos os prováveis mecanismos do estado de coma, o neurologista deve investigar a natureza etiológica. Estudos de imagem, laboratoriais, eletrofisiológicos e eventualmente testes terapêuticos são os recursos disponíveis. Na tabela 1, subitem 4, observe as características clínicas dos distúrbios psiquiátricos que mimetizam o estado de coma.

3- O Exame Neurológico do Paciente em Coma

a) Avaliação do nível de consciência (com e sem estímulo) – descrever com detalhes:
- Resposta verbal
- Abertura ocular
- Resposta motora

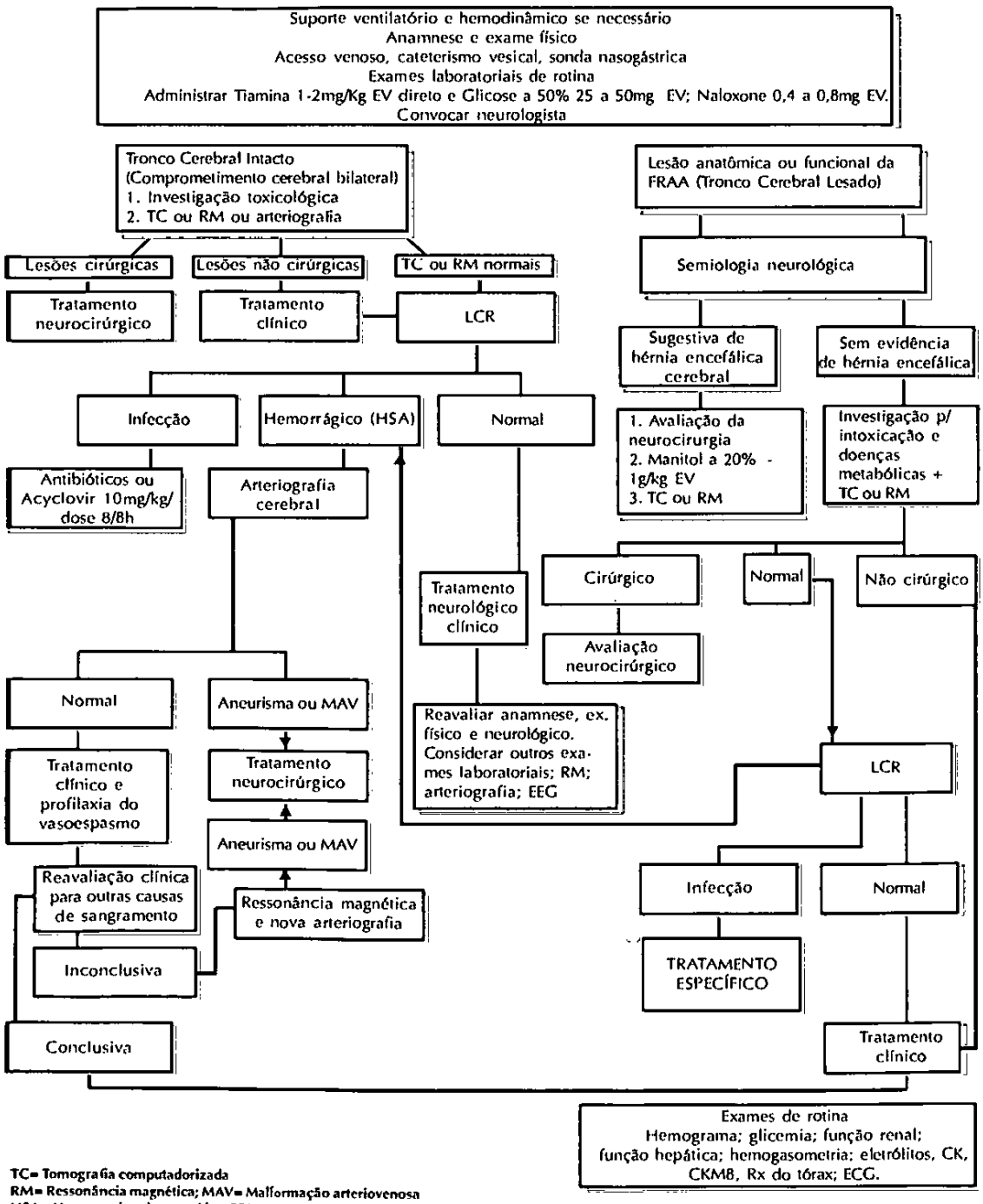
b) Ritmo respiratório
c) Fundoscopia
d) Nervos cranianos
- Exame das pupilas
- Motricidade ocular extrínseca: oftalmoplegias supranucleares, nucleares e internucleares; observação de movimentos espontâneos como nistagmo, opsoclonus, bobbing ocular.
- Reflexo óculo-cefálico (olho de boneca) e óculo-vestibular (prova calórica).
- Reflexo córneo-palpebral.
- Reflexo de tosse

e) Motricidade
- Movimentos involuntários
- Força muscular
- Tônus e posturas anormais (decorticação, descerebração)
- Reflexos profundos e superficiais

a) Sinais de irritação meningo-radicular
g) Avaliação autonômica (midríase, taquicardia e hipertensão à estimulação álgica)

Obs.: referir o escore da escala de Glasgow.

4 - Algoritmo do Atendimento ao Paciente em Coma



TC= Tomografia computadorizada
RM= Ressonância magnética; MAV= Malformação arteriovenosa
HSA= Hemorragia subaracnoidea; FRM = Formação reticular mesencefálica; LCR= Líquido cefalorraquiano.

Protocolo de Estado de Mal Epiléptico

1-Apresentação do assunto

2-Algoritmo do atendimento

3-Estado de Mal Epiléptico Refratário

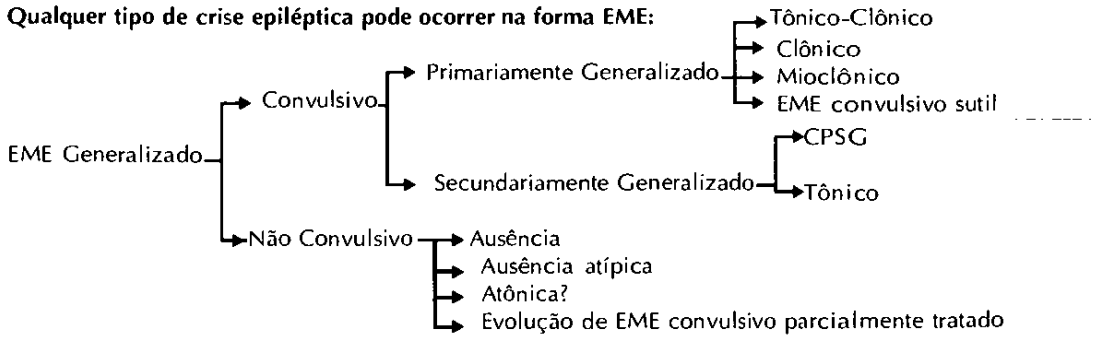
1- Apresentação do Assunto

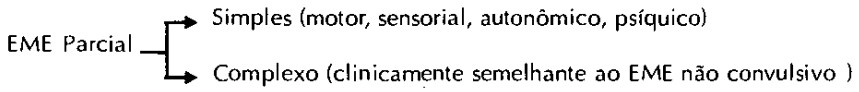
***Status Epilepticus* ou Estado de Mal Epiléptico (E.M.E.):** evento clínico caracterizado por crises epilépticas prolongadas (30 minutos ou mais) ou repetitivas sem recuperação da consciência entre as crises, determinando uma condição epiléptica fixa e duradoura É uma intercorrência clínica, associada à agressão ao SNC, aguda e grave, de alta mortalidade (10 a 15%). O atendimento deve ser rápido e eficiente.

Principais fatores precipitantes:

- Álcool
- Suspensão de drogas antiepilépticas (DAE)
- Drogas ilegais (cocaína)
- Trauma
- Epilepsia refratária
- Metabólicos/Parada cardiorrespiratória
- Tumores,
- Infecções do SNC, incluindo as bacterianas, virais e parasitárias.
- Doenças cerebrovasculares.

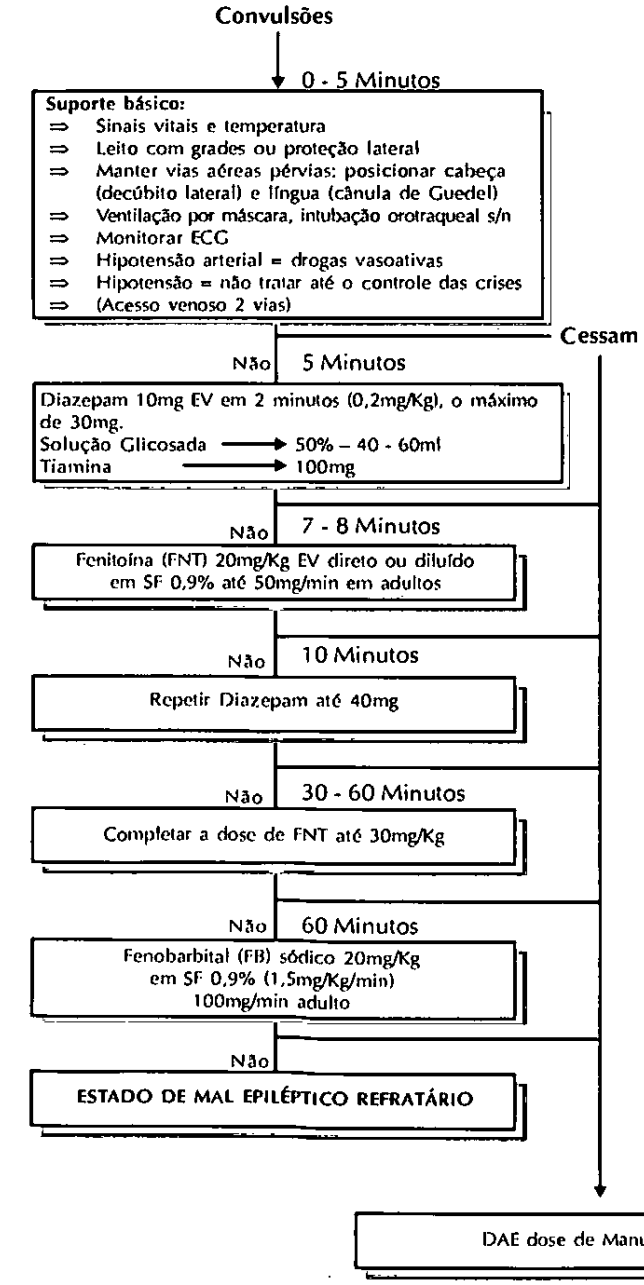
Qualquer tipo de crise epiléptica pode ocorrer na forma EME:





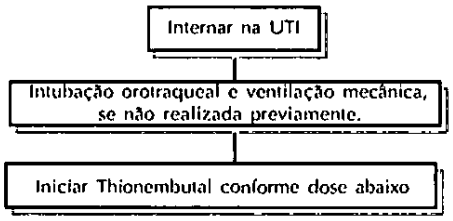
CPSG= Crise parcial secundariamente generalizada

2- Algoritmo do Tratamento do EME



SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4205
FUNC.

3 - Estado de Mal Epiléptico Refratário



Opções terapêuticas

Pentobarbital (Nembutal):
Ataque 6 - 25mg/Kg (15mg/Kg), Manutenção 1,5mg/Kg/hora a cada 10 - 15 minutos até controle das crises ou depressão acentuada no EEG

Tiopental Sódico (Thionembutal):
Ataque 3 - 4mg/Kg em 2 minutos e infusão contínua de 0,2mg/Kg/min em solução salina. Aumentar 0,1mg/Kg/min a cada 3 - 5 minutos até controle ou depressão do EEG

Ácido Valpróico (VA):
para EME Ausência até 1 - 2g

Lidocaína:
1 - 2mg/Kg em bolo seguido de 1,5 - 3mg/Kg/h (adultos) ou 6mg/Kg/h (crianças)

Halotano e Isoflurano
Propofol: dose de ataque - 2mg/kg – Dose de manutenção até o controle 5 a 10mg/kg/h. Após o controle reduzir para 1 a 3mg/Kg/h
Midazolam: ataque 0,15 - 0,2mg/Kg e manutenção de 0,08mg/Kg/h

Obs.: o desaparecimento das crises clínicas nem sempre significa o fim das crises eletrográficas com persistência de EME não convulsivo. Pacientes que não respondem a estímulos externos 15 minutos depois de cessadas as crises devem ser submetidos à monitorização por EEG.

Tratamento profilático para evitar recidiva do EME:

Ausência: VA ou Etossuximida
CTCG ou Focal: FNT, FB, Carbamazepina, Oxicarbazepina, VA.
Mioclônica generalizada: Clonazepam ou VA.

Complicações do EME:

- Rabdomiólise (hidratação vigorosa, diurético de alça, alcalinizar urina, bloqueio neuromuscular)
- Hipertermia (resfriamento externo, acetaminofen)
- Acidose (Hiperventilação)
- Leucocitose
- L.C.R. com pleocitose
- Hipertensão arterial (não tratar até o controle das crises)
- Edema pulmonar
- Hipoxemia cerebral, edema e lesão cerebral irreversível

Obs.: CTCG= Crise tônico-clônica generalizada.

SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA
FLS Nº 4206
FUNC

Avaliação e Conduta em Casos de Suspeita de Infecção Intracraniana

1- Aspectos clínicos
2- Algoritmo do atendimento
3- Tratamento

1- ASPECTOS CLÍNICOS:

Anamnese: idade, dados epidemiológicos.

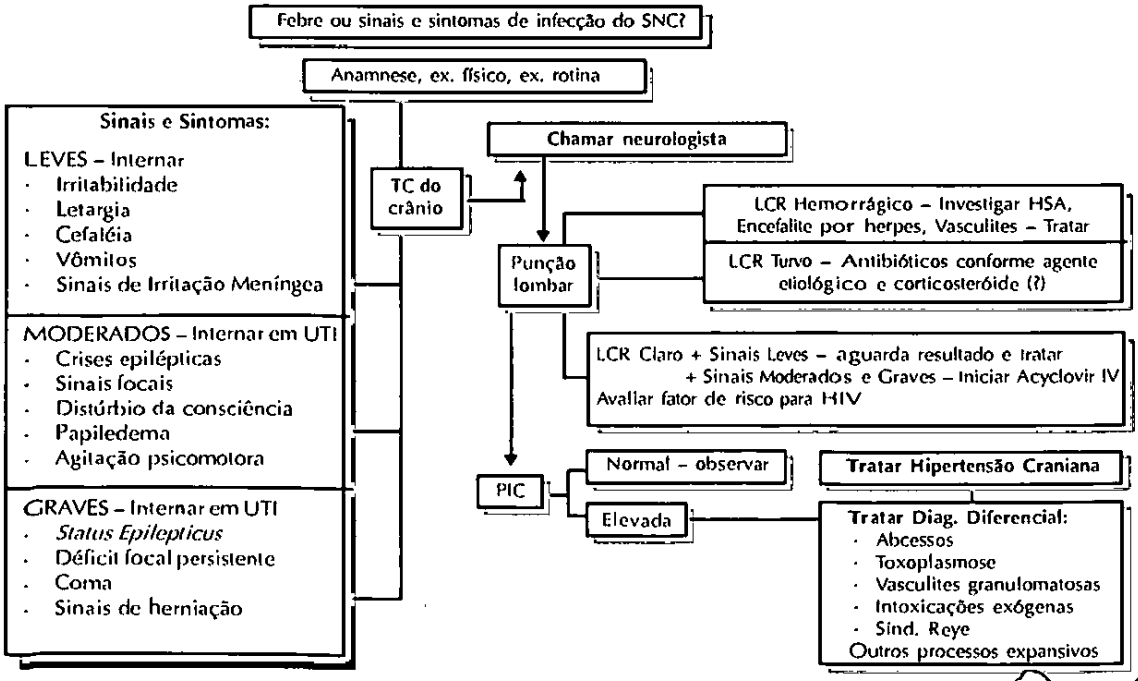
História

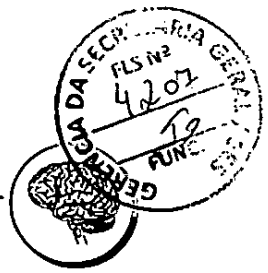
Presença de sintomas meningoencefálicos (cefaléia, rigidez de nuca, fotofobia, letargia, vômitos repetidos, crises epilépticas, febre)
Duração dos sintomas
Infecções associadas (sinusite, mastoidite, celulite, pneumonia, endocardite)
Fatores de risco (DM, alcoolismo, TCE recente, neurocirurgia, drogadição, hemoglobinopatias)
Condições imunossupressoras (Aids, linfoma, leucemia, quimioterapia citotóxica, corticóides)
História remota de infecção (BK, Lues, herpes labial e genital)

Exames Laboratoriais de Rotina
Hemograma, eletrólitos, glicemia
hemocultura; urocultura
tempo de protrombina
hemogasometria arterial;
RX do tórax
Guardar soro da fase aguda

Exame físico:
- Nível de consciência, orientação, afasia.
- Petéquias ou *rush*.
- Sinais de mastoidite, sinusite ou pneumonia.
- Sopro cardíaco.
- Sinais de trauma.
- Paralisia de nervos cranianos, fraqueza muscular, déficit sensoriais, ataxia.

2 - ALGORITMO DO ATENDIMENTO





3 - TRATAMENTO

Recém-Nascidos	Crianças	Adultos	Idosos
Bacilos Gram Negativos	Hemófilos (48%)	Pneumococos	Coliformes por
Streptococos grupo B	Meningococos (20%)	Meningococos	infecções pós TCE,
Listeria	Pneumococos (13%)	Hemófilos	Neoplasias ou DM

Tratamento Antimicrobiano
* para agente suspeito ou documentado

S. pneumoniae	Cefotaxime, Ampicilina, Penicilina G, Vancomicina
N. meningitidis	Penicilina G, Cefotaxima, Cloranfenicol
H. influenzae	Cefotaxime, Ceftriaxone
S. aureus (meticilina sensível)	Nafcilina, Oxacilina
S. aureus (meticilina resistente)	Vancomicina + Rifampicina
T. monocitogenes	Ampicilina
Streptococos (grupo A, B, etc)	Penicilina G, Ampicilina
Bacilos Gram Negativos	Ceftriaxone, Cefotaxime, TMP-SMZ
Enterobacterias	Ceftriaxone, Cefotaxime
P. aeruginosa	Aminoglicosídeo + Ceftazidime
S. epidermidis	Vancomicina + Rifampicina
Anaeróbios	Cefotaxime + Metronidazol + Rifampicina
Herpes vírus	Acyclovir
Citomegalovírus	Ganciclovir

DOSES

Antibióticos	Crianças		Adultos	
	Dose total diária	Intervalo	Dose total diária	Intervalo
Acyclovir	10 mg/Kg/dose	8h	10mg/Kg/dose	8h
Ampicilina	300-400mg/Kg	8h	12g	4/4h
Cefotaxime	200mg/Kg	8h	8-12g	4/4h
Ceftriaxone	100mg/Kg	12h	8-10g	12h
Ceftazidime	150mg/Kg	8h	6-8g	8h
Cloranfenicol	50-100mg/Kg	6h	4-6g	6h
Ganciclovir	10mg/Kg/dose	12h	10mg/Kg/dose	12h
Gentamicina	4mg/Kg	8h	200mg	8h
Metronidazol	30mg/Kg	12h	1.5g	6h
Nafcilin	200mg/Kg	6h	9-12g	4h
Oxacilina	400mg/Kg	4h	9-12g	4h
Rifampicina	20mg/Kg	8h	600mg	8h
Penicilina	400Ku/Kg	4h	24 milhões u	4h
TMP-SMZ	20mg/Kg	6h	20mg/Kg	6h
Vancomicina	60mg/Kg	6h	2g	12h

Duração do Tratamento: Adultos – 10 -14 dias; RN acima de 21 dias;
Corticóides Crianças >2 meses - Dexametasona 0,6 mg/Kg/dia nos quatro primeiros dias de tratamento.

GERÊNCIA DA SEÇÃO DE ... GERAL
FLS Nº 4208
FUNEC

Protocolo de Atendimento a Pacientes com Cefaléia na Unidade de Emergência

1- Introdução:

De todos os estados dolorosos que atingem os seres humanos a cefaléia é sem dúvida uma das queixas mais comuns nas unidades de emergência. A cefaléia pode estar associada a diversas condições, como trauma de crânio, intoxicação alcoólica, depressão, tumor cerebral ou representar uma cefaléia primária como a enxaqueca, havendo estimativas de que 90% dos homens e 95% das mulheres tenham cefaléias por ano. Estima-se que a cefaléia seria responsável por 1% a 16% de todas as visitas nas unidades de emergência. Em um estudo recente, do Serviço de Neurologia do Hospital São Rafael, onde foram selecionados randomicamente 1.200 fichas de pacientes com idade > 13 anos, atendidos na Unidade de Emergência durante o ano de 1996 (100/mês), mostrou a alta freqüência de cefaléia nesta unidade de Salvador (10,9%).

Determinar características da dor deve ser prioridade na anamnese dirigida, assim como obter informações sobre fenômenos premonitórios, padrão de início, localização, duração, intensidade, irradiação, freqüência, sintomas associados, tipo de dor assim como fatores agravantes e de alívio, medicamentos já utilizados e seu padrão de consumo. Os demais elementos da anamnese também são importantes, como o interrogatório sistemático e os antecedentes. O exame físico e o neurológico podem confirmar o diagnóstico sugerido pela anamnese.

Existe uma classificação atual elaborada em 1988 pela Sociedade Internacional de Cefaléia que é abrangente, porém, ainda necessita de ajustes. A cefaléia pode estar na dependência de uma patologia orgânica intracraniana ou extracraniana, ou de uma doença sistêmica. Nesses casos, ela pode ser o primeiro sintoma e único por um certo intervalo de tempo e que se pode chamar de cefaléia sintomática. As cefaléias sintomáticas de doença primariamente neurológica são, habitualmente, de instalação aguda (hemorragias cerebrais e meníngeas, meningites e meningoencefalites) ou subaguda (abscessos cerebrais) e freqüentemente estão associadas com vômitos e febre. Podem, contudo, ter um início insidioso, com aumento progressivo da intensidade da dor, o que é característico das neoplasias intracranianas.

Freqüentemente, a dor de cabeça decorre de mecanismos fisiopatogênicos nem sempre totalmente elucidados e que são desencadeados por fatores variados, às vezes múltiplos ou desconhecidos pelos pacientes. Nesses casos a dor de cabeça é a queixa principal, constituindo-se na própria doença. É o caso da enxaqueca, da cefaléia tensional e da cefaléia em salvas que tem características próprias.

Em crianças e adolescentes, o início abrupto de cefaléia severa é freqüentemente causada por infecção do trato respiratório superior ou por enxaqueca. Atenção especial deve ser dada em crianças com dor em região occipital. Tumores cerebrais e hemorragia intracraniana são raros em crianças e quando presentes são acompanhados de múltiplos sinais neurológicos.

Considerando sua elevada prevalência, poucos estudos foram conduzidos no Brasil, em particular no que diz respeito ao tratamento da cefaléia em emergências. Em nosso meio, boa parte dos hospitais públicos não conta com medicações específicas para o tratamento da crise enxaquecosa, como compostos ergotamínicos ou triptanos. Usam-se, em geral, analgésicos e antiinflamatórios não hormonais parenterais. Por outro lado, drogas de uso freqüente em nosso meio, tal como a Dipirona, não são rotineiramente utilizadas em outros países. Pelo fato da Dipirona não ser droga aprovada pelo FDA e os hospitais da América do Norte e Europa disporem de drogas específicas para o tratamento das cefaléias primárias, praticamente não existem estudos sobre a eficácia dessa droga nesses países. No entanto, estudos retrospectivos no Brasil demonstram que a Dipirona promoveu alívio da dor em cerca de 80% dos casos em que foi utilizada. É, portanto, droga barata, eficaz e, a nosso ver, segura, sendo necessários estudos duplo-cegos, randomizados, adotando os critérios de melhora dos sintomas mais utilizados em pesquisas atualmente, para avaliação de seu real papel no tratamento das cefaléias agudas.

Digitally signed by HELIO ...

de relatório mensal a ser apresentado para a administração, principalmente se os resultados forem positivos. Por outro lado, em caso de resultados negativos com causas identificadas, o relatório pode servir para demonstrar à administração quais os pontos que necessitam de maior investimento.

De acordo com a literatura internacional (Bronzino, 1992), o custo de um grupo de manutenção de equipamentos médico-hospitalares deve ficar entre 5% e 9% do valor do parque de equipamentos que o grupo efetivamente mantém. Valores fora dessa faixa podem indicar erros de gerenciamento. No Brasil ainda não existem dados publicados a esse respeito na área hospitalar. Entretanto, esse valor pode ser comparado com os custos de um contrato de manutenção (preventiva e corretiva) feito com empresas prestadoras de serviço nessa área. Para equipamentos de alto custo e complexidade (Ultra-som, Tomógrafo Computadorizado, Ressonância Nuclear Magnética, etc.) os valores contratuais para mão-de-obra ficam dentro de uma faixa de 4,5 % a 9% do valor de um equipamento novo. Para equipamentos de mais baixa complexidade, esses valores são bastante flutuantes (de 15% a 35% do valor de um equipamento novo) e dependem muito da negociação do hospital com as empresas.

A recomendação deste manual é que o custo total do grupo de manutenção não ultrapasse 7% do valor do parque de equipamentos que ele efetivamente mantém. Valores maiores que este, podem servir como argumento para a desativação do grupo e contratação de serviços externos, tendência seguida por hospitais em países mais desenvolvidos.

MANUTENÇÃO CORRETIVA

Este capítulo se propõe explicar os passos que devem ser seguidos quando um serviço de manutenção corretiva é solicitado por um usuário do equipamento. É importante dizer que a filosofia usada para a elaboração da seqüência de atividades para manutenção corretiva, explicada abaixo, deve ser utilizada para a elaboração de outras seqüências de atividades, ou seja, para manutenção preventiva, instalação, aquisição de equipamentos ou peças de reposição. A elaboração de uma seqüência de atividades para cada serviço a ser executado define a tarefa a ser executada e a pessoa encarregada para a execução. Esse procedimento reduz uma série de problemas que podem ocorrer em caso de discussões dentro do grupo sobre quem deveria ter executado um determinado trabalho que não foi feito.

A seguir, mostramos uma série de fluxogramas que apresenta a maioria das atividades a serem executadas para a manutenção. A explicação desses fluxogramas é feita sob forma de rotina de manutenção corretiva e sub-rotinas de serviço terceirizado, orçamento e garantia. A sugestão dada aqui é que esses fluxogramas sirvam para a definição das várias atividades que compõem um programa de manutenção corretiva, assim como de guia para a elaboração dos fluxogramas específicos para cada equipe de manutenção a ser montada. Lembramos que essa forma seqüencial de apresentação é bastante utilizada

em palestras de treinamento dos técnicos, assim como para explicar à administração o modo de funcionamento do departamento de manutenção.

Rotina de Manutenção Corretiva

A solicitação de manutenção de um determinado equipamento pode ser feita através de telefone, envio de OS, entrega pelo próprio usuário, entrega pelo serviço de patrimônio do EAS (utilizado principalmente em serviços públicos) e notificação a qualquer técnico do grupo que ocasionalmente esteja próximo ao equipamento. É necessário cuidado para gerenciamento de ordens de serviço geradas por telefone. Por exemplo, o pessoal do grupo de manutenção expede uma OS quando recebe a chamada telefônica do usuário e este, por sua vez, também expede outra OS. Esse fato pode duplicar documentos e criar confusões para o controle mensal de serviços executados. Para evitar esse tipo de transtorno, o grupo de manutenção deve elaborar um protocolo que autorize somente o usuário a emitir uma OS ou pedir ao usuário que não emita a OS em solicitações de serviço por telefone. Entretanto, para agilização do atendimento ao usuário, em nenhuma hipótese o grupo deve aguardar a chegada da OS em suas mãos. O serviço deve ser atendido assim que o técnico estiver disponível.

Qualquer que seja a forma da solicitação, a abertura de uma OS deve ser feita de imediato. Existem grupos de manutenção que deixam um bloco de OS em cada departamento do EAS para ser preenchida pelo próprio usuário. Outros grupos, com maiores recursos computacionais, já possuem todos os equipamentos do EAS cadastrados em arquivos digitais e simplesmente providenciam junto ao solicitante o código do equipamento ou seu número de série, o nome do solicitante, o departamento e a causa da solicitação de conserto. Os técnicos do grupo devem ser sempre notificados que equipamentos consertados sem abertura de OS não serão computados nem para o técnico e nem para o departamento, caindo assim a produtividade de ambos.

Em princípio, a OS deve ser encaminhada ao responsável pelo grupo, que deve verificar imediatamente se o equipamento está dentro do período de *garantia de aquisição* ou *garantia de serviço* (informação contida no formulário de histórico do equipamento). Se o equipamento estiver em garantia, a rotina a ser adotada é a explicada na *sub rotina de garantia.* Antes de enviar o equipamento a uma empresa ou representante técnico, é importante que o técnico tente identificar a causa da falha do equipamento, independentemente da falha acusada na OS pelo usuário. A identificação da causa será registrada tanto no Formulário para o Histórico de Equipamento quanto na Ficha para Controle de Serviços Externos (vide abaixo).

Para o caso de equipamentos sob contrato de manutenção (informação contida no Formulário para Histórico do Equipamento), é necessário que o responsável verifique o tipo de contrato efetuado para o equipamento em questão. Se for contrato de manutenção por período determinado (vide item

SECRETARIA FLS Nº 1509 FURG

sobre definição do tipo de contrato), deve então solicitar a presença do técnico ou enviar o equipamento para as oficinas da empresa prestadora de serviço. Neste caso, o procedimento a ser adotado será o mesmo descrito no item 2 da sub-rotina de serviços terceirizados. Em serviços sob contratos que exigem a presença do técnico da empresa contratada no local, é muito importante que o mesmo seja sempre acompanhado de técnico pertencente ao grupo de manutenção. O acompanhamento do serviço por um técnico interno é valioso tanto no seu processo de aprendizagem como na fiscalização do trabalho executado.

Caso o equipamento não esteja em garantia, o responsável deve definir a equipe ou o técnico que executará o serviço. É importante nessa etapa a elaboração de uma forma de registro da data de entrega do equipamento para o técnico, que servirá para o controle do tempo de reparo do equipamento. Sugerimos a utilização de uma agenda onde é colocada a data prevista para a conclusão do serviço na folha correspondente da agenda, a identificação do equipamento e o nome do técnico.

GERÊNCIA DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FLS Nº 4510
FUNC.

Rotina de Manutenção Corretiva

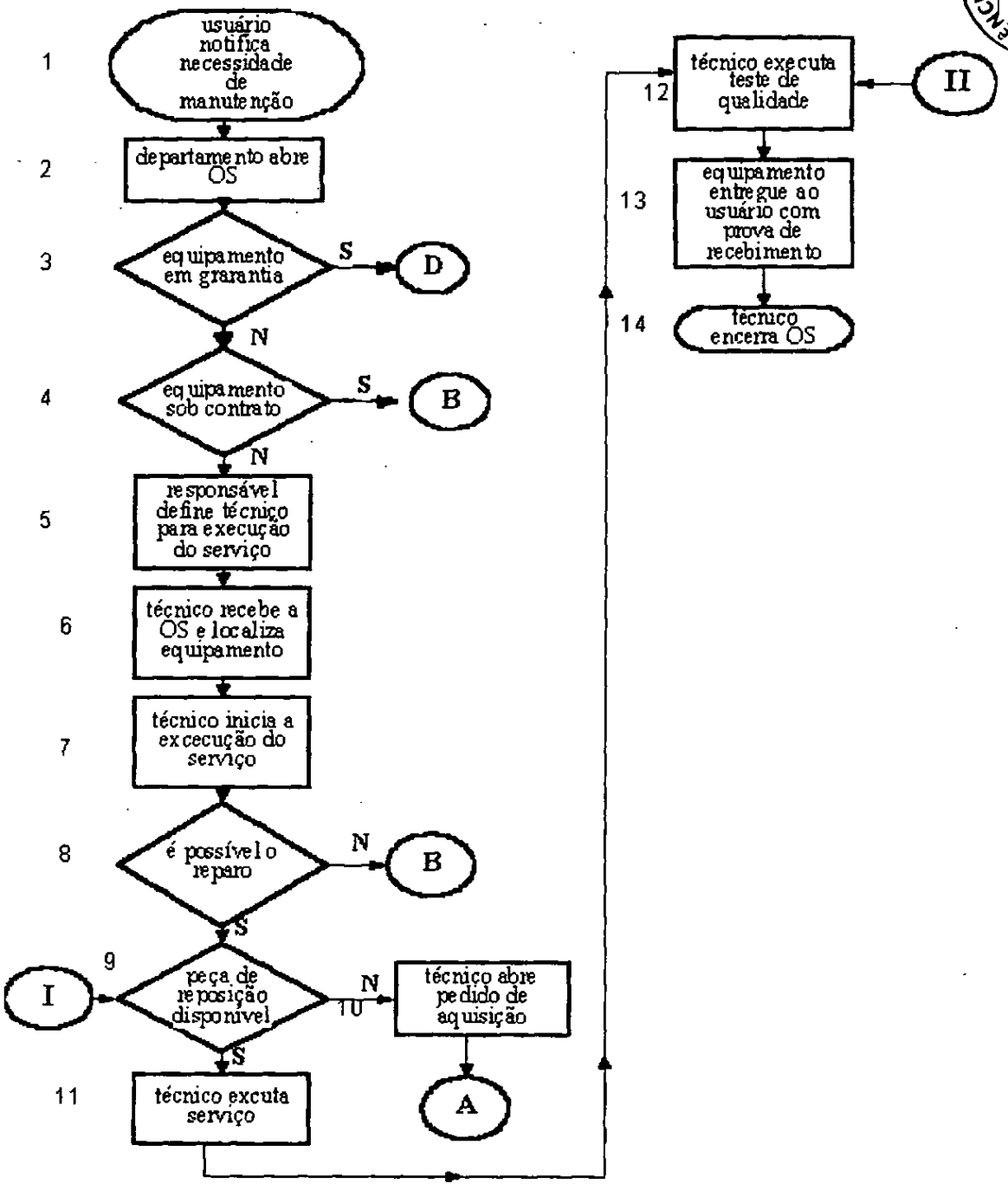


Fig. 1: Fluxograma mostrando a seqüência de atividades para a manutenção corretiva de um equipamento hospitalar

SECRETARIA GERAL FLS Nº 1511 FUNC.

Nem sempre o equipamento está disponível no departamento de manutenção. Em vários casos, o equipamento deve ser localizado e levado para a oficina de manutenção, se necessário. Equipamentos de grande porte só podem ser consertados no local onde estão instalados. Conforme mencionado no capítulo anterior, para o caso de consertos fora da oficina de manutenção, é importante que o técnico vá ao local de reparo já com a sua maleta de ferramentas (ANEXO I) e o esquema elétrico do equipamento ou mecânico (caso este esteja disponível no departamento).

Antes do início de qualquer reparo, o técnico deve seguir alguns procedimentos para evitar a abertura de um equipamento, cuja falha pode ser simplesmente devido a erro de operação, queima de fusível ou qualquer outra causa de fácil solução. Para isso, é necessário que o responsável, em colaboração com o grupo, desenvolva algumas rotinas iniciais de manutenção instrua cada técnico contratado sobre os procedimentos que devem ser adotados (exemplo: utilizar como ajuda a listagem de verificações – *troubleshooting* do manual de operação do equipamento). Reuniões periódicas com o grupo de técnicos para discussão e estabelecimento dos procedimentos iniciais de manutenção corretiva constituem uma das melhores maneiras de desenvolver essas rotinas, que devem ser idênticas para grupos específicos de equipamentos.

Quando o técnico não conseguir identificar ou reparar o defeito, é necessário contato com o fabricante ou com a assistência técnica. Para isso, o técnico deve devolver a OS ao responsável pelo grupo que identificará a assistência técnica à qual será solicitada a visita de um técnico ou para onde será enviado o equipamento para reparo, seguindo a rotina de controle de serviços terceirizados (vide abaixo). Existem casos onde o reparo do equipamento representa um custo bastante grande – nesse caso recomenda-se a desativação do equipamento. O método a ser seguido para esse processo não é assunto deste manual por ser relativamente complexo. A decisão de desativação de um equipamento depende não somente do custo da mão-de-obra (mesmo sendo serviço interno), mas também da dificuldade de obtenção de peças de reposição, do número de vezes que esse equipamento vem apresentando falhas nos últimos anos, da existência de tecnologias mais modernas com um menor custo de operação, da disponibilidade financeira do EAS, etc. Nos casos de desativação, o que ocorre também em casos de serviços terceirizados, o responsável pelo grupo de manutenção deve preparar um relatório à administração justificando o motivo de sua sugestão para desativação do equipamento. O termo "sugestão" foi colocado, para lembrar que não é o responsável pelo grupo que decide sobre a desativação de um equipamento; este apenas recomenda e justifica a necessidade desse procedimento para a administração.

SECRETARIA DE GERENCIAMENTO FLS Nº 4512 FUNC.

Durante o reparo, é possível a necessidade de substituição de peças. Cada peça substituída deve ser rigorosamente anotada na OS. O controle de peças em estoque depende muito do sistema de almoxarifado existente no EAS. Para peças de reposição de uso intenso e diário (resistências, capacitores, porcas, parafusos, arruelas, etc.), sugerimos o acesso livre dos próprios técnicos, a quem caberia também o controle de estoque mínimo. Para cada peça retirada, seria dada baixa em uma ficha específica daquele item, localizada dentro da própria gaveta ou caixa onde a peça está armazenada. Para cada peça que o técnico retire da gaveta, ele deve contar o número de peças restantes daquele determinado item e se estiver abaixo do estoque mínimo, ele mesmo deve gerar uma solicitação de aquisição. Esse procedimento compartilharia o controle de material e eliminaria a necessidade de um almoxarife só para o grupo ou a necessidade de armazenamento e controle em local distante da oficina de manutenção. Para peças de maior valor e baixa taxa de substituição, o armazenamento pode ser feito em almoxarifado central, já existente no EAS.

Para os casos em que a peça de reposição não esteja disponível, sugerimos que a OS seja retornada ao responsável pelo grupo, acompanhada do formulário de aquisição, descrição da peça e a quantidade a ser solicitada. Tanto no caso de peças abaixo do estoque mínimo como para peças não disponíveis no almoxarifado, o pedido de compra deve ter o mesmo formato e seguir o mesmo procedimento. No formulário para requisição devem constar a quantidade e todas as características da peça a ser comprada (vide adiante, sugestão de ficha de solicitação para aquisição). Entretanto, o processo de aquisição pode se tornar bastante complicado, pois nem sempre as características de uma determinada peça são de fácil descrição. Freqüentemente, a pessoa que solicita desconhece o número que o fabricante atribui à peça ("part number") ou a existência do desenho explodido do local onde a peça é colocada. Em grupos onde o próprio técnico executa a aquisição, esse processo pode ser significativamente facilitado, pois a pessoa que solicita é a mesma que descreve a peça ao fornecedor. Por outro lado, o tempo que o técnico despende para esse procedimento compromete significativamente sua produtividade. Em grupos com um único comprador (normalmente com perfil administrativo), a falta de informações para a aquisição pode comprometer bastante o tempo de retorno do equipamento ao usuário. Para agilizar o processo de aquisição e reduzir a possibilidade de compra de peças erradas, recomenda-se que, quando o responsável recebe a OS de volta com a Ficha de Solicitação para Aquisição, este verifique se todos os dados relativos à peça estão corretamente preenchidos. Somente após essa verificação e possível correção com o pessoal técnico é que a ficha seria enviada ao sistema de compras do hospital.

Conforme foi mencionado, são fundamentais o treinamento e a conscientização do pessoal técnico da importância de um cuidadoso reparo em equipamentos hospitalares. Muitos desses equipamentos médico-

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4513 FUNC. GERÊNCIA

hospitalares são fundamentais para a segurança e principalmente para a sustentação da vida do paciente.

O controle de qualidade oferecido pelo grupo após a manutenção tem um reflexo bastante positivo para o usuário. É importante que o grupo crie alguns protocolos de teste que devem obrigatoriamente ser efetuados após a manutenção de equipamentos, principalmente aqueles que oferecem riscos ao paciente e ao operador. Cada teste deve ser baseado nos recursos materiais (equipamentos de teste, fantomas e simuladores) disponíveis no grupo. Uma vez elaborados, esses testes podem ser efetuados pelo próprio técnico e, através deles, verificar diversos itens do equipamento, desde o estado da pintura externa até sua calibração. A elaboração dos testes pode ser baseada no próprio manual de operação do equipamento, no manual de manutenção (caso exista), nos manuais do ECRI e da AAMI.

Na OS há um campo para *a assinatura do usuário,* que deve ser obtida no momento do retorno do equipamento ao usuário. Entretanto, nem sempre a pessoa que solicitou o serviço é a pessoa que está presente no momento da entrega do equipamento. Nessa situação, o responsável pelo grupo de manutenção deve conversar com cada departamento do EAS e solicitar que seja nomeada uma ou mais pessoas que ficariam responsáveis pelo recebimento do equipamento.

A OS é encerrada e arquivada para posterior utilização no controle periódico desenvolvido pelo grupo de manutenção. Após o encerramento da rotina de manutenção corretiva ou preventiva de cada equipamento, tenha sido ela executada através de serviço interno ou externo, é importante que haja um documento que faça um resumo do serviço executado, das peças que foram substituídas e do custo de manutenção (interna ou externa). Esse resumo ou histórico do equipamento serve como informação tanto para os técnicos do grupo de manutenção no início da cada serviço, como para que o responsável pelo grupo possa gerenciar o andamento da manutenção de cada equipamento sob sua responsabilidade. Este documento deve conter toda a história do equipamento de modo bastante resumido, desde sua chegada ao hospital até sua desativação. Dele devem ser extraídas as seguintes informações:

- Número e tipo de falhas ocorridas no equipamento;
- Comparação das falhas que foram relatadas pelo grupo interno de manutenção com aquelas relatadas pelas empresas prestadoras de serviço;
- Tipo e número de peças que estão sendo substituídas no equipamento, tanto em serviços internos como externos;
- Custo por serviço (interno e externo) e custo acumulado;
- Datas de realização de cada serviço e consequentemente o MTBF;

- No caso de serviços externos, a pessoa de contato para cada serviço executado na(s) empresa(s) de prestação de serviço.

Formulário para o Histórico do Equipamento

Apresentamos a seguir uma sugestão para a elaboração de um formulário para histórico. O campo destinado à identificação do equipamento pode ser preenchido somente uma vez. Aquele reservado para a descrição da história do equipamento pode ser repetido até quatro vezes em uma mesma folha (usando frente e verso). Assim, por exemplo, somente após quatro serviços em um mesmo equipamento, será necessária uma nova folha de papel.

Os dados a serem preenchidos no formulário para histórico já foram descritos em formulários anteriores. Entretanto, dois deles (falha acusada e falha relatada) necessitam uma explicação. No item *falha acusada usuário ou grupo,* se o serviço executado foi interno, a falha acusada deve ser a mesma que foi descrita pelo usuário na OS e, consequentemente, o item *falha relatada grupo ou empresa* deve ser preenchido pelo grupo de manutenção com a descrição da falha na OS. Porém, se o serviço executado foi externo, o item *falha acusada usuário ou grupo* deve ser preenchido com a falha descrita pelo grupo de manutenção na OS, quando do envio do equipamento para manutenção externa (vide item sub-rotina de serviços terceirizados). Nesse caso, o item *falha acusada grupo ou empresa* deve ser preenchido com o relato que a empresa envia junto com a devolução do equipamento após a manutenção, conforme exigido na ficha de controle de serviço externo (vide item sub-rotina de serviços terceirizados).

No campo onde o equipamento é identificado pode ser utilizado o mesmo formulário para cadastramento. Isso evitaria a consulta a outro documento em caso de surgir alguma dúvida com relação às suas características ou peças acompanhantes durante a fase de instalação. Por outro lado, a constante manipulação do formulário de cadastramento pode danificá-lo. Assim, sugerimos que o formulário utilizado para cadastramento seja guardado na mesma pasta usada para arquivamento desse formulário para histórico, mas como documentos independentes.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4515
SF
FUNC

FORMULÁRIO PARA HISTÓRICO DE EQUIPAMENTO

Hospital _____

Equipamento _____ Modelo _____

Código do equipamento |_|_|-|_|_|_|_|_|_|

OS nº _____ Data __/__/__

Concerto nº _____ Vencimento da garantia do serviço __/__/__

Tipo de serviço: MP ☐ MC ☐ Local do serviço: interno ☐ externo: ☐

Forma do serviço: garantia ☐ contrato ☐ demanda ☐

Empresa _____

Pessoa de contato _____

Falha acusada usuário ou grupo _____

Falha relatada grupo ou empresa _____

Serviço executado _____

Valor do serviço (R$) _____

OS nº _____ Data __/__/__

Concerto n. _____ Vencimento da garantia do serviço __/__/__

Tipo de serviço MP ☐ MC Local do serviço: interno ☐ externo ☐

Forma do serviço: garantia ☐ contrato ☐ demanda ☐

Empresa _____

Pessoa de contato _____

Falha acusada usuário/grupo _____

Falha relatada grupo/empresa _____

Serviço executado _____

Valor do serviço (R$) _____

SECRETARIA DE GERÊNCIA DO FLS Nº 4516 FUNC.

Sugestão de formulário para a elaboração de uma ficha para controle de serviço externo

Ficha de solicitação para Aquisição

Conforme já mencionamos, a informação relativa à peça a ser adquirida para o reparo de um equipamento deve ser a mais completa possível. Abaixo, mostramos um modelo de ficha que auxilia o técnico a lembrar o tipo de informação que deve ser procurada para reduzir a possibilidade de compra de peça errada.

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MATERIAL
Nome do solicitante _____ Nº da OS __/__
Nome do material _____ tipo do material _____
Característica _____ Unidade _____
Especificação adicionais _____
Quantidade _____ "Part Number" _____
Fabricante _____
Local de Aplicação _____

Modelo de Formulário a ser preenchido para a aquisição de materiais de consumo e peças de reposição

A identificação da pessoa que solicita a peça *(nome do solicitante)* é importante tanto para a entrega do material quando de sua chegada como para o controle do tipo de material que a mesma solicita ao longo do mês. O *número da OS* é o mesmo da OS que gerou esse pedido de aquisição. No espaço *nome do material* deve ser colocado o item a ser comprado (ex: tarugo, lona, papel, resistor, cola, etc.). *O tipo de material* deve especificar a sua característica principal (ex: borracha, plástico, impressora, fio, madeira, etc.). Caso exista, *a dimensão* que especifica um determinado valor dimensional do material deve ser informada em conjunto com a especificação da *unidade* de medida (ex: tarugos de borracha ⇒ *dimensão* = 10 e unidade = mm; para resistores ⇒ *dimensão* = 50 *e unidade* = ohms). *Especificações adicionais* podem definir detalhes como cor, precisão, tolerância, rugosidade, etc. Devem também

ser informados a quantidade de material, o código da peça feito pelo fabricante (*part number*), se disponível, e se a peça é específica para um determinado equipamento. O mesmo deve ser feito na descrição do *fabricante*, caso a peça não seja de utilização geral. Em caso de não existência do código da peça, a descrição do *local de aplicação* pode auxiliar o comprador, desde que ele tenha conhecimento do *fabricante* do equipamento para o qual a peça se destina.

Sub rotina de serviços terceirizados

O envio do equipamento normalmente requer a necessidade de embalagem, de carregamento especial (em caso de grande porte), de transporte e seguro para transporte. De qualquer modo, o responsável pelo grupo de manutenção deve seguir todo o protocolo fixado pela administração do EAS para a retirada e transporte do equipamento. Um ponto importante a ser lembrado é que, em caso de inexistência de qualquer protocolo administrativo para esta atividade, o responsável deve elaborar uma seqüência de procedimentos e apresentá-los à administração do EAS para sua implantação. Isso pode ser bastante útil para a segurança do próprio responsável por eventuais problemas que ocorram durante transporte do equipamento.

O controle de tempo para serviços terceirizados que o responsável deve elaborar é basicamente o mesmo sugerido para o caso de execução de serviços de manutenção interna, ou seja, anotar em uma agenda o número da OS, a data de envio, o nome da empresa, o número telefônico da mesma, a pessoa de contato e a data prevista para a entrega do equipamento. Entretanto, esse é somente um breve controle para facilitar a verificação das datas de envio e recebimento do equipamento, tendo em vista possíveis atrasos na devolução do equipamento e prováveis cobranças do usuário (pessoal médico). O controle de envio de equipamentos para empresas prestadoras de serviço é, entretanto, bem mais rigoroso e devem ser anotados todos os itens (transdutores, sensores, cabos, etc.) que foram enviados juntos com o equipamento para evitar qualquer dúvida quando de sua devolução pela empresa (vide a seguir sugestão para esse controle).

Para serviços solicitados sob demanda, ou seja, quando não existe um contrato de manutenção, é necessário que a empresa faça um orçamento do serviço a ser executado. Em muitos casos, o responsável pelo grupo fica sem opção de um segundo orçamento, pois o conserto é efetuado na fábrica. O serviço de manutenção externo e sem contrato pode ser bastante problemático, tendo em vista que muitas empresas cobram para efetuar um orçamento para reparo e não é recomendável o envio do equipamento para mais do que duas empresas. É normal que, para a elaboração de cada orçamento, as empresas abram o equipamento. Isso o deteriora significativamente e poderá onerar ainda mais a sua manutenção e durabilidade.

No caso de empresas públicas, a aprovação do orçamento pode ser bastante demorada, pois depende de uma série de fatores (disponibilidade de verbas, limites para licitação, necessidade de concorrência, etc.). Isso pode

SECRETARIA GE... FLS Nº 4518 FUNC. GERAL

complicar a rotina do grupo como um todo, pois o usuário normalmente não conhece toda essa burocracia. Assim convém o responsável pelo grupo de manutenção esclarecer aos usuários, cada vez que o reparo se estender além de um determinado período (mais de 5 dias, por exemplo). A não aprovação o orçamento implica a retirada do equipamento, e toda as atividades desenvolvidas anteriormente devem ser repetidas para o seu envio a outra empresa.

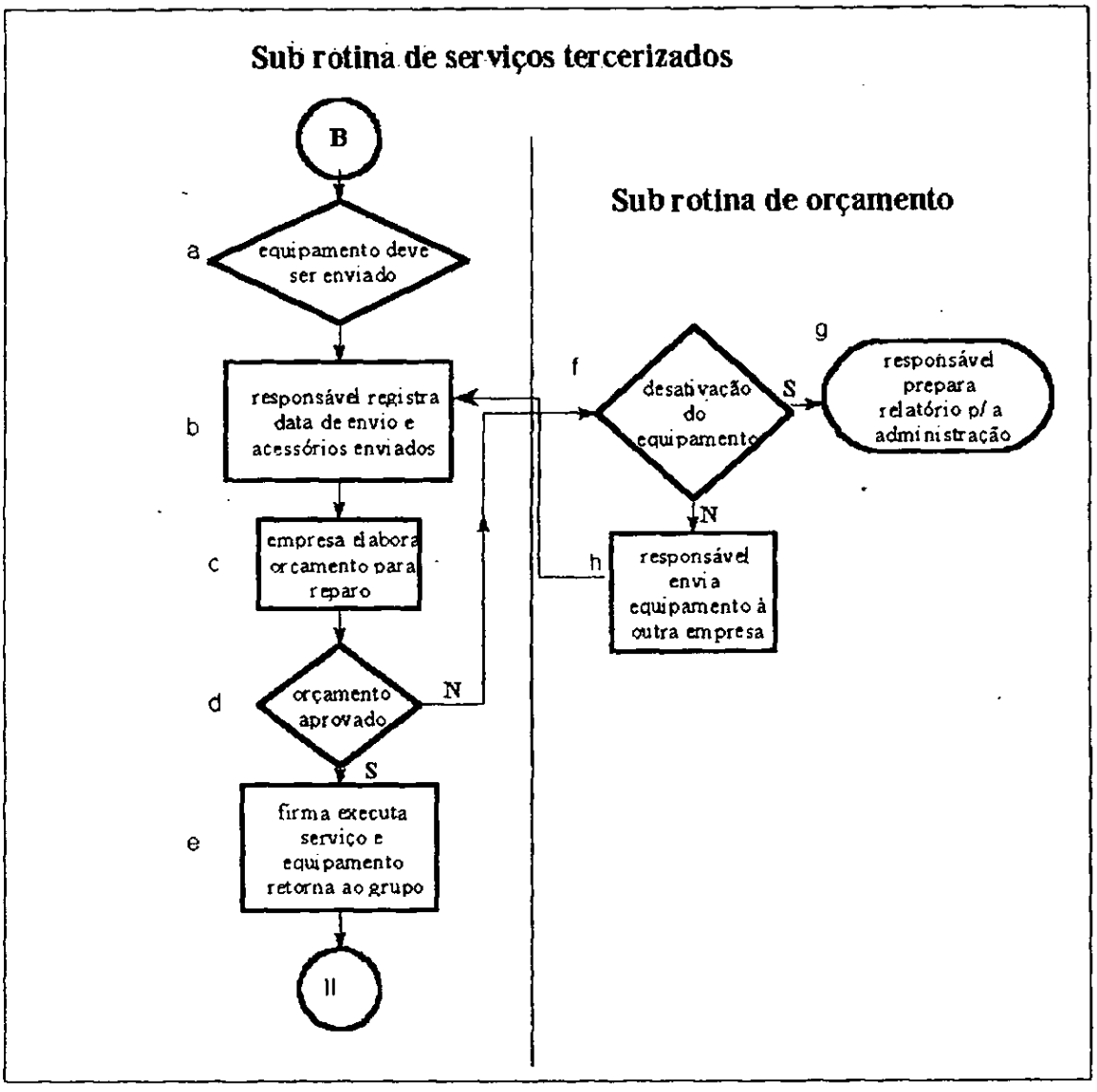


Fig.2: Fluxograma das atividades que eventualmente poderão ser executadas durante a utilização de serviços terceirizados, bem como das atividades desenvolvidas para a avaliar o orçamento apresentado pela empresa prestadora do serviço.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4519 FUNC

O equipamento devolvido deve ser entregue ao grupo de manutenção e nunca ao usuário diretamente. O responsável deve nomear um técnico da equipe na qual o equipamento foi enquadrado para efetuar o mesmo conjunto de testes que foi implantado no caso de manutenção corretiva interna (vide item rotina de manutenção corretiva). É de fundamental importância que o responsável pelo grupo mantenha uma constante monitoração sobre os prazos de equipamentos enviados para conserto externo. Isso pode ser feito usando a sugestão mencionada no item rotina de manutenção corretiva para controle do tempo de reparo.

A seguir sugerimos um formulário que deve ser preenchido quando o equipamento for enviado a uma empresa para manutenção. Lembramos que a OS é um documento que deve permanecer dentro do grupo de manutenção. O formulário a apresentado é feito em duas vias: uma delas deve permanecer com o grupo de manutenção e a outra deve acompanhar o equipamento e ficar com a empresa, *depois de assinado por uma pessoa responsável na empresa, reconhecendo as condições impostas pelo hospital para a execução do serviço.* Esse formulário apresenta quatro campos: os três primeiros são preenchidos pelo grupo de manutenção e o último campo é parcialmente preenchido pela empresa que recebe o equipamento.

No primeiro campo deve ser colocado o nome do hospital e o número da ficha de controle de serviços externos. É recomendável que esse controle seja feito anualmente, ou seja, no início de cada ano seja reiniciada a numeração dessas fichas, apenas alterando o ano.

O segundo campo é destinado para a identificação do equipamento, assim como a descrição de todos os *acessórios acompanhantes* enviados para a empresa que realizará o orçamento e possivelmente o reparo do equipamento. O *número da OS* que deve preenchido é o mesmo número da OS que gerou a necessidade de manutenção externa. Esse campo ainda é reservado para a *descrição do defeito* e das condições exigidas pelo grupo para a manutenção. Na *descrição do defeito*, em vez de enviar o equipamento com a descrição que o usuário fez na OS, é importante que o grupo de manutenção faça uma análise da falha e a descreva nessa ficha. Como já mencionamos, a descrição do usuário nem sempre é correta. O espaço reservado para o preenchimento das *condições* tem como finalidade o estabelecimento das condições que o grupo de manutenção exige que sejam atendidas para a manutenção do equipamento, assim como das condições de pagamento do serviço a ser executado.

SECRETARIA GERAL DA GERÊNCIA
Fls. nº 4540
FUNC

GRUPO DE MANUTENÇÃO DO HOSPITAL_____

FICHA PARA CONTROLE DE SERVIÇOS EXTERNOS

N de controle ___

nº da OS__/__ Data __/__

Nome do Equip._____ Marca:_____

Modelo:_____ Nº de série_____

Acessórios acompanhantes_____

_____

Descrição do defeito _____

_____

Descrição das condições _____

_____

_____

Data de saída: ___/___/___
Motorista _____
Tipo de Veículo _____
Placa _____
Destino _____

Data de retorno ___/___/___
Motorista _____
Tipo do Veículo _____
Placa _____
Destino _____

Empresa: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Tel: _____

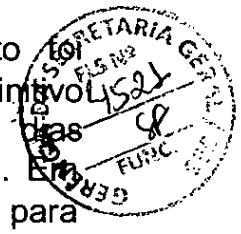
O equipamento pertence ao Hospital (NOME DO HOSPITAL IMPRESSO) foi recebido nesta empresa apresentando somente o problema constante neste formulário:
SIM ☐ NÃO ☐ Esclarecimento em caso não concordância _____

Recebido por _____ Data ___/___/___
Cargo da pessoa _____

Assinatura _____

Obs. Em caso de reparo, favor enviar junto com o equipamento a descrição dos serviços executados e a relação de peças que foram substituídas.

Sugestão de modelo para elaboração de uma ficha para controle de equipamentos que são enviados para manutenção externa.



Nesse espaço pode ser escrito, por exemplo, que "o equipamento foi enviado somente para elaboração do orçamento e que o conserto definitivo está sujeito à aprovação", ou que "o pagamento será efetuado quinze dias após o recebimento do equipamento por parte do grupo de manutenção". Em resumo, esse espaço é reservado para que o grupo comunique por escrito para a empresa, tudo o que acredita ser necessário para evitar futuro desentendimentos entre ambas as partes.

O campo número 3 é destinado à identificação do meio de transporte para levar o equipamento à empresa e o trazer de volta ao hospital. Nos locais indicados como *destino,* devem ser colocados os nomes das cidades onde o equipamento será enviado e para onde deve retornar.

O quarto e último campo são destinados para a identificação da *empresa* onde o equipamento será enviado. Neste campo deve ser colocado o nome da empresa, seu *endereço, a cidade* onde a empresa está sediada e o *telefone* para contato. Este endereço tem somente a serventia de orientar o motorista que transportará o equipamento. O grupo de manutenção deve manter em seu arquivo os dados completos da empresa, ou seja, CGC, pessoas responsáveis, especialidade da empresa, CEP, qualidade do trabalho oferecido, experiências negativas e positivas com a empresa, valores cobrados anteriormente por equipamento, etc.

Como já mencionamos, é importante que a empresa que está recebendo o equipamento examine-o, detecte os problemas que ele possa apresentar, faça a identificação do nome por extenso da pessoa que recebe o equipamento *(recebido por)* e confirme todos os dados do formulário através da *assinatura.* Esse recebimento deve ser feito por uma pessoa responsável *(cargo da pessoa)* na empresa, que deve verificar as condições em que o equipamento é recebido e as condições exigidas para a execução e, ou pagamento do serviço. A linha referente à descrição de problemas não constantes no formulário *(esclarecimento em caso de não concordância),* serve para que a pessoa que recebe o equipamento verifique se ele apresenta alguma avaria visível externamente, que possa ter sido causada pelo transporte (carcaça amassada, vidro quebrado, etc.), se as peças relacionadas como acompanhantes realmente foram enviadas e se existe alguma outra observação a ser feita com relação ao equipamento. (ex: botão faltante, botão quebrado, etc.). É importante salientar que as observações feitas nesse espaço não estão relacionadas com o motivo que ocasionou o envio do equipamento à empresa.

No final desse formulário existe uma observação em que é solicitado à empresa que realizou a manutenção que envie, juntamente com o equipamento, uma descrição dos serviços executados e a relação das peças que foram substituídas. Essa relação é fundamental para o

SECRETARIA GERENCIA DA FLS Nº 4522

preenchimento do *formulário para histórico do equipamento* e deve ser anexada à OS que gerou o serviço.

Sub rotina de orçamento

Quando um equipamento é enviado a uma empresa prestadora de serviço para a elaboração do orçamento para manutenção, isto deve ser claramente definido na *Ficha para controle de serviços externos* que "o equipamento está sendo enviado somente para orçamento e que seu reparo depende de aprovação por escrito do hospital". Como essa ficha deve assinada por uma pessoa responsável na empresa ao receber o equipamento, isso pode evitar alguns possíveis desentendimentos entre as partes.

Dependendo do valor do orçamento e do motivo da avaria, talvez a melhor opção seja investir na aquisição de um novo equipamento. Essa decisão não é simples, pois em muitos casos o EAS não dispõe de verba para esse tipo de investimento. A decisão de desativar um equipamento deve ser baseada não só no valor do reparo, mas em obsolescência tecnológica do equipamento, dificuldade de obter peças de reposição e valor do investimento para aquisição de um equipamento novo.

No caso de não aprovação do orçamento, o responsável solicita os serviços de outra empresa, tomando os cuidados já mencionados acima para o transporte do equipamento (item sub rotina de serviços terceirizados). No caso do equipamento retornar de uma empresa cujo orçamento não foi aprovado, é importante que um técnico do grupo de manutenção verifique se tanto o equipamento quanto às partes e acessórios enviados foram retornadas e se encontram, pelo menos externamente, nas mesmas condições que foram enviados.

Dependendo do valor a ser investido para substituição, a decisão de desativar o equipamento existente deve ser justificada e discutida com a administração do EAS. Nessa justificativa devem constar todos os parâmetros levados em consideração para a decisão, além de sugestões de substituição, mostrando à administração as opções de tecnologias existentes e o valor do investimento para a aquisição, instalação e operação de cada uma delas.

Sub rotina de garantia

Se o equipamento estiver em garantia de aquisição ou de serviço, o responsável deve entrar em contato com a assistência técnica (fábrica, representante local ou empresa prestadora de serviço) e solicitar a presença de um técnico. Durante o período de garantia, nenhum membro do grupo deve abrir o equipamento, mesmo que esteja capacitado a reparar o defeito, a não ser que possua uma autorização por escrito e específica da empresa. O grupo pode ser responsabilizado pela perda de garantia, o que pode trazer sérios problemas com a administração em caso de falhas mais graves e que

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4523
GERÊNCIA

envolva um alto custo para reparo. Um outro ponto a ser lembrado é que a garantia não é um serviço fornecido gratuitamente pelo fornecedor. Normalmente, o custo de qualquer reparo está embutido no preço do equipamento, assim como no preço do serviço de manutenção corretiva em caso de terceirização. Assim sugerimos que o responsável pelo grupo não se sinta constrangido em exigir melhor serviço da empresa, no caso de demora para retorno do equipamento enviado para reparo ou de conserto mal executado.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4524

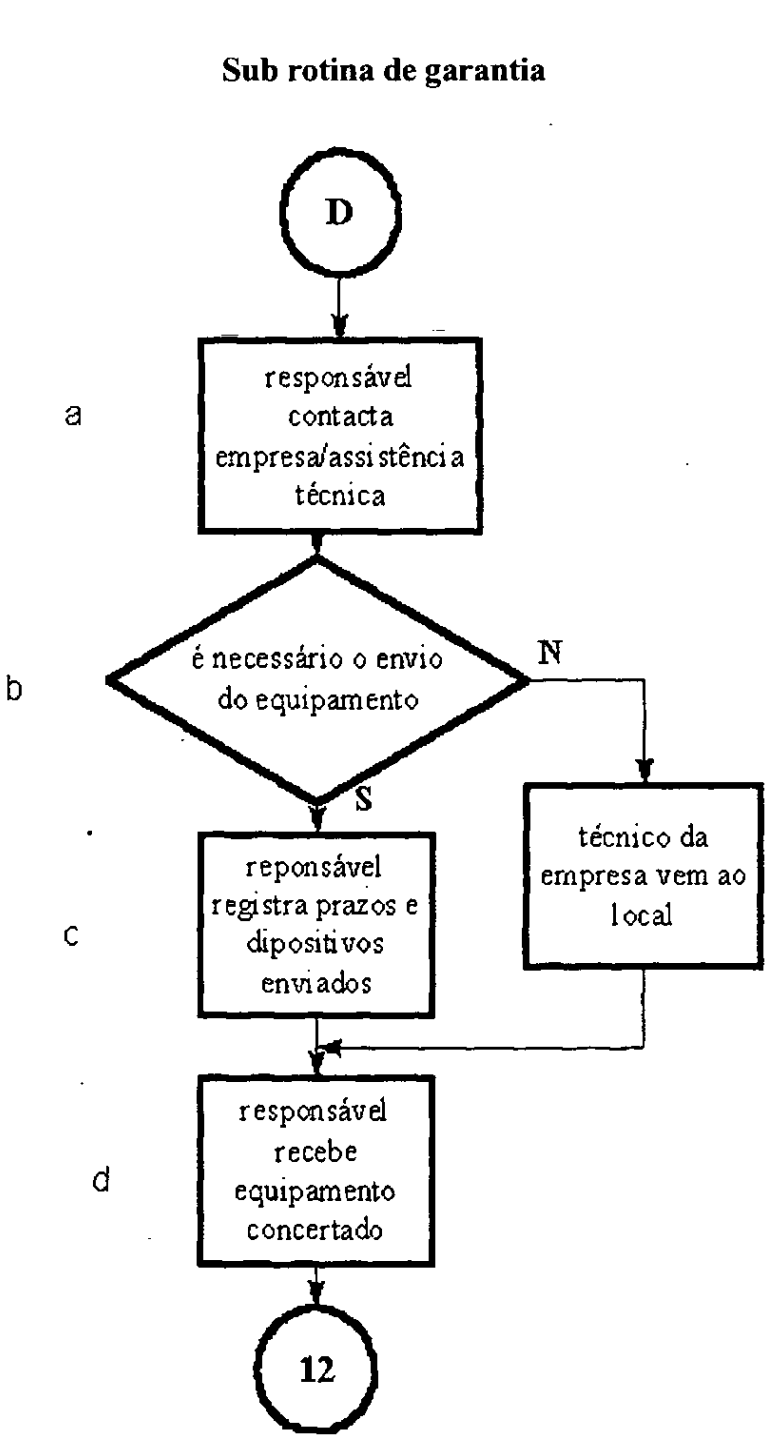
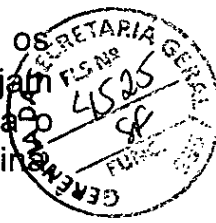


Fig 3: Fluxograma da seqüência de atividades que eventualmente podem ser desenvolvidas durante o período em que o equipamento está sob garantia de fábrica ou de serviço.



Nas cláusulas existentes em alguns contratos de garantia, é comum que os serviços de reparo do equipamento, durante o período de garantia, sejam executados na oficina da fábrica. Assim, os protocolos a serem seguidos para o envio do equipamento são os mesmos mencionados no item "A" da sub rotina de serviços terceirizados.

Os registros necessários para envio do equipamento durante a garantia são os mesmos mencionados no item "B" da sub rotina de serviços terceirizados. O custo de reparo do equipamento durante a garantia de fábrica está incluído no valor de venda do equipamento (embora as empresas não esclareçam isso). Então, pode-se negociar com a empresa, durante a aquisição, para que equipamentos que fiquem parados além de um determinado período (por exemplo; superior a 10 dias) devido a problemas de responsabilidade da empresa, tenham o acréscimo desse período ao prazo final de garantia, pois EAS pagou e tem o direito de cobrar o serviço. Assim, o registro dos prazos de envio e retorno do equipamento é fundamental para esse controle.

Após o retorno do equipamento, o procedimento a seguir é o mesmo explicado no item rotina de manutenção corretiva.

Sub rotina de aquisição de peças de reposição

Para a aquisição de uma determinada peça de reposição não disponível no estoque, o técnico deve fazer sua especificação através do fornecimento do seu part number (se possível), que é o código da peça fornecido pelo seu fabricante. Mais detalhes sobre o modo com que o técnico pode auxiliar o pessoal de compras na especificação de peças de reposição podem ser vistos no iten rotina de manutenção corretiva.

O modo de encaminhamento do pedido de aquisição de peças feito pelo técnico depende do método de trabalho da administração do EAS. Sugerimos que o responsável pelo grupo tente conseguir junto à administração uma cota mensal ou semestral de recursos financeiros para aquisição de peças de menor custo sem maiores burocracias. É possível no serviço público a elaboração de um contrato de fornecimento de peças através da abertura de licitação específica para essa finalidade. A licitação é aberta para o fornecimento, dentro de um determinado período (normalmente 12 meses), de um grupo específico e quantificado de peças (elétricas, eletrônicas, hidráulicas, etc.). Assim, a empresa vencedora da licitação deverá fornecer, durante o período, a quantidade especificada na licitação de cada item e pelo preço que foi definido por ocasião de sua abertura. O maior problema nesse caso é a definição do número e do tipo de peças que serão necessárias durante um período de 12 meses, por ocasião da elaboração da licitação.

O procedimento de importação depende da natureza do EAS. Em EAS privados, os procedimentos de importação tendem a ser mais caros do que em EAS públicos ou de natureza filantrópica, privilegiados pela isenção de

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4526 FUNC SES

impostos, mas em compensação a burocracia poderá ser maior. Tendo em vista que os procedimentos de importação são normalmente mais lentos que aquisições no Brasil, é importante que o responsável pelo grupo faça um planejamento para importação prévia de peças de reposição que necessitam ser substituídas periodicamente (tubos de Raios-X, filtros de ar, eletrodos em geral, baterias, lâmpadas especiais, células de oximetria, etc.), ou seja, que tenham seu ciclo de vida já conhecido.

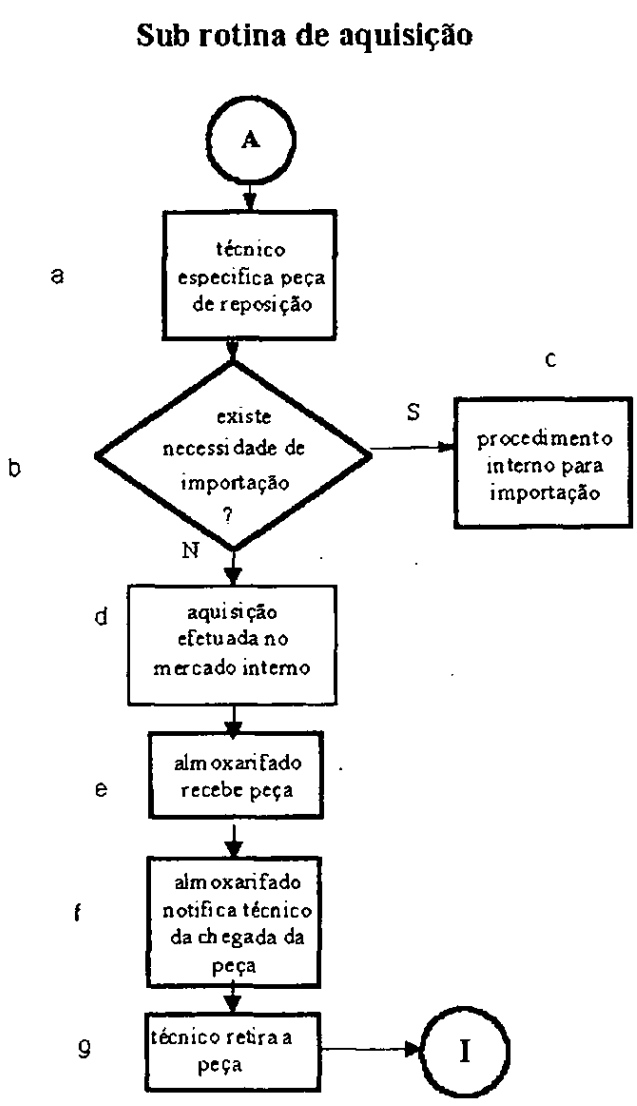


Fig. 4: Fluxograma das atividades que eventualmente poderão ser desenvolvidas para a aquisição de peças de reposição para equipamentos hospitalares.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4527 FUNC. 3351 GERAL

Se o recebimento das peças de reposição for feito no almoxarifado central do EAS, deve ser acordado com o almoxarife a verificação do material recebido com aquele constante na nota fiscal (tipo e quantidade). Somente após anotação dos valores das peças para utilização na ficha de controle mensal, é que a nota fiscal deve ser encaminhada ao setor administrativo.

Assim que a peça chegar ao almoxarifado, o grupo de manutenção deve ser notificado. Isso evitará grandes atrasos no tempo de paralisação dos equipamentos à espera de manutenção corretiva. Em hospitais de pequeno porte, normalmente as aquisições são feitas através de um sistema de compras centralizado e a entrega da peça é efetuada em um almoxarifado central. Para esses casos, deve-se criar um sistema de notificação no qual a entrega do material seja comunicada imediatamente ao responsável pelo grupo. Fica então a cargo deste último a responsabilidade de avisar o técnico, anotar na OS os dados relativos à peça (*n° da requisição, código* da peça, *material utilizado, quantidade* e *custo em Reais*), devolver a OS ao técnico e cobrar o reinício do serviço no equipamento que gerou a solicitação de aquisição.

Uma vez retirada a peça do almoxarifado, independentemente do processo de aquisição, o almoxarife deve verificar constantemente se a quantidade de peças de reposição ainda existentes está acima do *estoque mínimo.* Em um estágio inicial, somente peças de uso mais comum deverão ser mantidas em estoque (resistências, capacitores, parafusos, porcas, lubrificantes, desengraxantes, etc.). Posteriormente, a estimativa do estoque mínimo para cada peça será feita de acordo com a demanda de determinadas peças na manutenção corretiva e em função do custo de mantê-las em estoque. Essa estimativa só será possível a partir da experiência acumulada pelo grupo após um período de manutenção, da qualidade (idade e estado de conservação do equipamento) e quantidade de equipamentos existentes no EAS.

MANUTENÇÃO PREVENTIVA

Antes de começar este capítulo, é importante salientar que um Programa de Manutenção Preventiva (MP) somente deve ser iniciado após o grupo de manutenção adquirir alguma experiência em manutenção corretiva. A mesma afirmação é válida com relação ao responsável pelo grupo. Este, se novato em sistemas de gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares, deve iniciar um programa de MP somente após um bom período de prática (aproximadamente doze meses) no gerenciamento da manutenção corretiva.

Embora a manutenção preventiva (MP) seja necessária para ampliar a vida útil do equipamento com a conseqüente redução dos custos e aumento da sua segurança e desempenho, a limitação de recursos materiais, humanos e financeiros tem restringido o desenvolvimento de programas de manutenção preventiva em diversos grupos de manutenção de

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4528 FUNC. SES

equipamentos hospitalares, principalmente no Brasil. Este manual apresenta uma metodologia bastante simples, em que são utilizados alguns critérios para seleção de equipamentos (priorização) que necessariamente devem fazer parte de um programa de manutenção preventiva.

Independentemente dos critérios adotados para a priorização, será imprescindível a obtenção de um sistema de informações confiáveis sobre os custos atuais com manutenção corretiva e o histórico de falhas dos equipamentos. Com estas informações pode-se dar mais atenção àqueles equipamentos que custam mais e que estão mais sujeitos a avarias.

De acordo com a seqüência de trabalho para a implantação e operação de um grupo de manutenção, já explicada neste manual, foram descritas todas as atividades exigidas para a obtenção das informações necessárias sobre qualquer equipamento de um EAS.

Método para priorização de equipamentos em manutenção preventiva

Para a implementação da metodologia de priorização de equipamentos para o programa de MP, as informações necessárias são:

- *Identificação do equipamento:* nome do equipamento, marca, modelo e idade (se possível);
- *Local* ou setor a que o equipamento pertence;
- *Estado do equipamento:* se está sendo utilizado ou se está desativado;
- *Grau de utilização do equipamento:* sua importância para o hospital (receita cessante, serviços essenciais);
- *Obsolescência tecnológica:* se o equipamento satisfaz as atuais necessidades dos usuários.

Todas essas informações podem ser obtidas através de questionários dirigidos aos usuários dos equipamentos, e ao setor de compras e, ou finanças do hospital. Uma sugestão para a montagem do questionário já foi mencionada no item sobre realização do inventário, no capítulo 1.

Uma vez feito o levantamento inicial dos equipamentos, pode-se iniciar a priorização através da utilização dos seguintes critérios:

- *Risco*: equipamentos que apresentam alto risco à vida do paciente ou ao operador em caso de falha;
- *Importância estratégica:* equipamentos cuja manutenção preventiva foi solicitada pela própria administração do EAS, equipamentos cuja paralisação ocasiona receita cessante, equipamentos de reserva e,

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4529 FUNC. GERÊNCIA SES

ou que possuem alto grau de utilização, ou seja, cuja paralisação impossibilita ou dificulta a realização de um ou mais serviços oferecidos pelo EAS;

- *Recomendação:* equipamentos sujeitos a algum tipo de norma de fiscalização por parte de órgãos governamentais (Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde) para seu funcionamento; equipamentos sujeitos a recomendações dos seus fabricantes, ou seja, que possuem peças de vida útil pré-determinada, ou que devem sofrer procedimentos de rotina.

Uma maneira bastante simples de selecionar os equipamentos que devem ser incluídos na lista do programa de manutenção preventiva é apresentada na tabela abaixo. Ela apresenta um conjunto de questões que devem ser respondidas tanto pelo responsável pelo grupo de manutenção como pelo usuário.

É importante que o questionário seja montado para cada tipo de equipamento existente no EAS. Se para um determinado tipo de equipamento ou modelo, qualquer das questões respondidas gerar um *sim,* o equipamento deverá ser incluído no programa de manutenção preventiva.

É muito provável que com a utilização desta tabela vários equipamentos serão selecionados para o programa. Nesse caso, o responsável deve avaliar quais dos equipamentos selecionados terão condições de serem mantidos imediatamente, os que podem ser mantidos em médio prazo e aqueles cuja manutenção preventiva deverá ser terceirizada. Observando a tabela abaixo, somente a pergunta 5 é subjetiva. As demais, se respondidas positivamente, obrigatoriamente deverão provocar manutenção preventiva abrangente ou específica do equipamento. Assim, inclusões opcionais de equipamentos no programa de manutenção preventiva serão devidas a uma resposta positiva à pergunta 5, mas principalmente em virtude da experiência acumulada pelo grupo na execução da manutenção corretiva.

SECRETARIA DA SAÚDE GERÊNCIA DE ... 4530 FUNC.

Tabela para auxílio na seleção de equipamentos para o Programa de manutenção preventiva

Tipo do equipamento: _____
Modelo: _____
Nº de série/código: _____
Fabricante: _____

QUESTÕES	S	N
1 - O equipamento tem partes móveis que requerem ajuste ou lubrificação?		
2 - O equipamento tem filtros que requerem limpeza ou trocas periódicas?		
3 - O equipamento tem bateria que requer manut. periódica ou substituição?		
4 - O uso do equipamento pode ocasionar algum dano ao usuário ou operador?		
5 - Você acredita que a manutenção preventiva irá reduzir uma determinada falha que ocorre de maneira freqüente?		
6 - Existe a necessidade de uma calibração freqüente do equipamento?		
7 - Em caso de paralisação deste equipamento, outros serviços ficarão comprometidos?		
8 - Existe alguma solicitação da administração para a manutenção		

Data ___/___/___ **Responsável** _____

Para o caso de equipamentos de apoio e instalações de infra-estrutura predial, apresentamos a seguir uma lista de materiais e locais que necessariamente devem ser incluídos em um programa de manutenção preventiva.

Dispositivos de Infra-estrutura

- Tratamento de água para geração de vapor e condicionamento de ar
- Limpeza de canaletas, calhas e ralos de água pluvial
- Limpeza de fossa séptica e caixas de gordura

- Limpeza e sanificação de reservatórios de água potável

Equipamento de Apoio

- Máquina de lavar
- Secadores
- Prensa
- Calandra
- Caldeiras
- Compressores
- Conjunto de Bombas de recalque
- Equipamentos de ar condicionado e refrigeração
- Painéis elétricos que contenham contatores e relés
- Grupo Gerador (emergência)
- Disjuntores de alta tensão
- Bombas de Vácuo
- Autoclaves
- Transformadores

Método para a elaboração de roteiros de MP

Um dos problemas mais sérios enfrentados por grupos de manutenção de equipamentos hospitalares no Brasil é a falta de um roteiro do próprio fabricante do equipamento para a execução da Manutenção Preventiva, o que dificulta muito o trabalho do grupo de manutenção, que, além de ter que executar a MP, deve também elaborar roteiros de MP e avaliar o nível e a periodicidade de ocorrência da MP.

A implementação do programa de Manutenção Preventiva pode ser feita através do controle rigoroso das datas e horários para a MP de cada equipamento incluído no programa, o conhecimento das pessoas responsáveis pelo serviço onde o equipamento está sendo utilizado, o estabelecimento de um roteiro detalhado com todos os procedimentos a serem realizados, a lista das ferramentas e dos equipamentos para teste, e o material de consumo (graxas, detergentes, desengraxantes, etc.) necessário. A implementação de um programa de manutenção preventiva deve sempre ser discutida e aprovada conjuntamente com os usuários, a administração e o corpo técnico. Deve ser um processo dinâmico que está sempre se autocorrigindo e se ajustando para satisfazer às necessidades dos clientes.

SECRETARIA FLS 045320 GERENCIA

O conteúdo dos procedimentos de MP deve ser o mais completo possível para garantir que a inspeção seja feita da mesma maneira todas as vezes, assegurando um nível mínimo de inspeção adequada. Por isso, os roteiros de manutenção preventiva não devem ser muito superficiais, com instruções do tipo "verifique e limpe a unidade". Por outro lado, as explicações dos roteiros não precisam ser tão detalhadas a ponto de requerer um esforço extensivo de leitura, o que não aumentará a efetividade da MP. Um roteiro de MP deve ser fácil de entender e composto basicamente por procedimentos de:

- *Inspeção geral:* consiste na inspeção visual (verificação da integridade física da carcaça do equipamento e de seus componentes internos, como placas de circuito impresso, folgas, desgastes nas engrenagens e botões, amassados, ou ferrugens na pintura) e limpeza do equipamento (procedimentos a serem feitos, produtos de limpeza utilizados e ferramentas necessárias);
- *Troca de peças e acessórios com a sua vida útil vencida:* essas instruções para substituição de partes e peças normalmente estão incluídas nos manuais do equipamento fornecidos pelos fabricantes;
- *Lubrificação geral:* descrição dos tipos de lubrificantes necessários, periodicidade, locais de aplicação, equipamentos e ferramentas que devem ser utilizados e orientações para abertura do equipamento ou partes dele;
- *Aferição e posterior calibração do equipamento:* como e onde deve ser feita a leitura e verificação de indicadores e níveis (corrente, tensão, potência, rotação, pressão, vazão, etc.), quando necessário;
- *Testes de desempenho e de segurança (elétrica, radiológica, mecânica, biológica):* explicação da execução dessa tarefa através da leitura e verificação de níveis de líquidos lubrificantes e indicadores em geral e observação de anomalias como calor, vibração, vazamentos ou odores, quando necessário.

No início de cada roteiro deve ser colocada uma listagem de ferramentas e equipamentos de testes para a execução de cada uma das tarefas descritas Levando-se em consideração que a manutenção preventiva normalmente demanda um tempo muito maior do que a manutenção corretiva e que sua execução requer a paralisação de um equipamento em funcionamento, é importante que a pessoa que irá executá-la seja rápida e eficiente.

Além dos itens acima para elaboração dos procedimentos de MP, devem ser levadas em consideração as recomendações dos fabricantes e normas governamentais, do EAS ou de algum órgão fiscalizador aos quais os equipamentos estão sujeitos. Adicionalmente, deve-se observar os históricos de manutenção corretiva dos equipamentos para identificar as

falhas mais freqüentes e criar procedimentos específicos para tentar reduzir a ocorrência dessas falhas. Isso vem demonstrar a importância da elaboração do histórico do equipamento. Por menor que seja a intervenção durante a manutenção corretiva, ela deve ser registrada no histórico do equipamento para uma possível utilização na elaboração do roteiro de MP.

Para facilitar a aplicação dos roteiros de MP de equipamentos médicos, assim como reduzir o custo desse programa, os procedimentos podem ser divididos em duas categorias:

- *MP abrangentes:* é feita uma avaliação geral da segurança e desempenho dos equipamentos, ou seja, engloba todos os procedimentos de um roteiro de MP. É comum a execução desses procedimentos anualmente.
- *MP específicas:* são verificados e trocados os itens que se degradam entre as inspeções abrangentes. Geralmente as inspeções são feitas para obedecer às normas de funcionamento ou às recomendações dos fabricantes dos equipamentos.

A tabela seguinte mostra uma sugestão de intervalos entre manutenções preventivas para diversas categorias de equipamentos médicos.

SECRETARIA DE GERÊNCIA FLS Nº 4534 FUNC.

CATEGORIA DO EQUIPAMENTO**	INTERVALOS E CRITÉRIOS GERAIS
Equipamentos alimentados via rede elétrica	Intervalo anual: a MP abrangente deve incluir a verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho. A MP específica anual deve incluir a verificação da segurança elétrica (requerida por algumas normas)
Equipamentos alimentados por bateria	Os mesmos procedimentos para a categoria de equipamentos alimentados via rede elétrica, com a inclusão de testes da capacidade ou tensão da bateria a cada MP abrangente ou específica. Algumas baterias necessitam de um ciclo de descarga - carga para melhorar o seu desempenho e aumentar a sua vida útil. Para minimizar as chamadas de emergência e possíveis desativações, deve-se considerar a possibilidade de trocar periodicamente as baterias, baseado na sua vida média.
Equipamentos controlados ou alimentados por sistemas mecânicos, eletromecânicos, pneumáticos ou fluídos.	Intervalo trimestral ou semestral. Os roteiros de MP devem incluir verificação visual, testes de segurança elétrica e de desempenho, limpeza, lubrificação. A execução de uma MP abrangente ou específica vai depender da classe do equipamento.
Equipamentos de ressuscitação ou de manutenção da vida	Intervalo trimestral ou semestral. Por causa da natureza crítica destes equipamentos e do mau uso a que estão sujeitos, eles requerem verificações mais freqüentes. Esses equipamentos devem ser verificados pelo menos semestralmente.
Equipamentos localizados em áreas de cuidados especiais	Como na categoria anterior, esses equipamentos podem necessitar de verificações mais freqüentes. Entretanto, a sua presença ou utilização dentro de uma área de cuidados especiais, não significa que haja uma obrigatoriedade de aumentar a freqüência de MP.
Equipamentos de monitoração crítica	Intervalo semestral ou anual. Enquanto as falhas desses equipamentos podem ter conseqüências adversas, a experiência indica que a maioria das falhas de seus componentes ocorre aleatoriamente e a freqüência de MP tem pouco ou nenhum efeito na sua ocorrência
Equipamentos que apresentam altos riscos aos usuários	Intervalo quadrimestral ou semestral. Equipamentos com alto potencial de danos, tanto ao operador como ao paciente, requerem regularmente testes visuais e de desempenho para garantir a sua segurança.

SECRETARIA FLS Nº 4535 FUNC. GERENCIA

* Esta tabela e os intervalos de MP listados são aplicáveis somente para equipamentos relacionados a cuidados com os pacientes em um sistema de manutenção e controle de equipamentos. Ela não cobre verificações diárias e testes antes da utilização que devem ser feitas em carrinhos de anestesia, respiradores, disfibriladores, bisturis elétricos, e outros equipamentos que têm um grande potencial de dano para os seus pacientes ou usuários.

** Note que muitos equipamentos podem ser incluídos em mais de uma categoria. Por exemplo, os disfibriladores podem ser incluídos em todas as categorias, exceto a de equipamentos de monitoração crítica.

Estabelecimento da periodicidade da manutenção preventiva

O estabelecimento da periodicidade dos procedimentos de MP é uma tarefa bastante complexa e não há uma fórmula que possa resolver a todas as questões. A sugestão que apresentamos aqui é o estabelecimento da periodicidade de acordo com a freqüência das falhas que a MP tenta evitar. Para isso, deve-se levar em consideração:

- As condições de operação do equipamento (risco que o equipamento apresenta em caso de falha, probabilidade do equipamento falhar devido a condições inseguras de operação, como, por exemplo, a existência de radiações ionizantes, ou equipamentos elétricos expostos à ação de líquidos e fluidos biológicos);
- A facilidade de realizar a MP (ergonomia de manutenção) no equipamento, ou seja, equipamentos com MP mais complexa exigem mais tempo de MP;
- Freqüência de utilização do equipamento (equipamentos bastante utilizados vão necessitar de mais atenção, ou seja, uma MP mais freqüente);
- A experiência do pessoal clínico e técnico (a experiência com o equipamento vai ajudar a determinar a freqüência de MP).

Normalmente, costuma-se considerar que a freqüência dos procedimentos de MP é adequada quando o número de equipamentos incluídos no Programa de Manutenção Preventiva, que apresentam falhas ou necessitam de conserto entre cada MP é menor do que 5%. A tabela seguinte sugere critérios para saber se a freqüência dos procedimentos de MP está sendo adequada, muito alta, ou muito baixa.

Freqüência dos Procedimentos de MP		
Muito alta	**Adequada**	**Muito Baixa**
– Equipamento sempre calibrado, sem necessidade de mudanças.	– Equipamento ligeiramente fora de calibração, sem Ter a sua operação afetada.	– Equipamento sempre fora de calibração, gerando resultados errôneos na operação.
– Equipamento não precisa de limpeza. – Peças e botões ajustados sem folgas. – Não há necessidade de lubrificação	– É necessária alguma limpeza. – Lubrificação fará o equipamento funcionar adequadamente. – Desajustes (folgas leves nos componentes).	– Filtros de ventilação sujos, impedindo um fluxo de ar adequado. – Desgaste devido á lubrificação inadequada. – Falta de porcas ou parafusos; – Botões frouxos e com folgas que tornam incertos os valores ajustados para o funcionamento dos equipamentos.
	– Nenhuma reclamação sobre a operação do equipamento	– Reclamações freqüentes sobre a operação do equipamento.
	– Freqüência reduzida de manutenções corretivas	– Freqüência de MC aumenta ou fica inalterada.

Para a elaboração de um roteiro de MP, pode-se tomar como exemplo o caso de uma bomba de infusão, que se enquadra nas categorias de equipamentos alimentados via rede elétrica, por bateria, por sistemas eletromecânicos, e geralmente, se localiza em áreas de cuidados especiais (terapia intensiva). É composta basicamente por uma bomba peristáltica, que consiste em um motor de passo alimentado via rede elétrica e, ou bateria. Esse equipamento possui circuitos eletrônicos para fazer a programação das rotações da bomba e acionar os alarmes de nível do fluido, do sensor de bolhas, da falta de energia elétrica da rede e dispositivo de acionamento da bateria devido a interrupção de energia elétrica.

SECRETARIA DE GERENCIA FLS Nº 4537 FUNC.

Para a MP de uma bomba de infusão deve-se especificar procedimentos que verifiquem suas partes mecânicas (lubrificação e verificação visual dos roletes e engrenagens) e suas partes elétricas e eletromecânicas (aferição e possível calibração do motor de passo, dos alarmes nos circuitos eletrônicos, do carregador de baterias, e verificação da integridade física das chaves de comando e de controle). Observe que algumas dessas atividades podem ser adotadas em procedimentos de *inspeção* (testes dos alarmes, da bateria, do carregador de baterias). Também se deve incluir alguns procedimentos anuais de testes de segurança elétrica do equipamento. Com isso, um roteiro básico de MP de uma bomba de infusão fica da seguinte maneira:

Exemplo de roteiro de procedimentos de MP

Aparelho: Bomba de infusão Lifemed/FARS-600

Procedimentos de Manutenção Preventiva:

Parte Mecânica (período trimestral)

– *Roletes*: ver se estão rodando livres, sem obstruções nem falhas;

– *Engrenagens*: observar as folgas, ajustes, integridade dos dentes e lubrificação;

– *Inspeção Visual*: observar se não há amassados, rachaduras na carcaça ou falhas na pintura. Efetuar a limpeza se necessário.

Parte Elétrica (período trimestral)

– *Motor de passo e circuito eletrônico*: verifique o tempo e o volume de infusão através do uso de um cronômetro, um porta-soro plástico descartável, uma bureta e uma pipeta;

– *Alarme de nível*: simule o funcionamento normal do aparelho, esvazie o contador de gotas com o aparelho ligado, e verifique se o alarme (som e a lâmpada indicadora) de nível será ativado.

– *Alarme de fim de infusão*: verifique se o alarme (som e a lâmpada indicadora) de fim de infusão é ativado ao término da série de infusões definidas no manual de manutenção preventiva (sugerida pelo fabricante).

– *Alarme de bateria*: simule o funcionamento normal do aparelho, desconecte o plug da tomada e verifique se o alarme de bateria começa a tocar.

– *Chaves de comando e de controle*: posicione cada dígito das chaves de comando e de controle em todas as posições possíveis, e verifique se há alguma irregularidade de funcionamento.

– Verificar o desempenho do carregador de bateria e da bateria.

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4598 GERÊNCIA FUNC

Segurança Elétrica (período anual):

- Medição de correntes de fuga e de isolação através do analisador de segurança elétrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na elaboração deste manual, autores tiveram um grande cuidado de torná-lo o mais simples e objetivo possível. Muitas tabelas e procedimentos para a elaboração das atividades relativas ao programa de manutenção foram colocadas como sugestão, esperando que o leitor possa adaptá-las para as condições econômicas e políticas do EAS onde está sendo montado o grupo de manutenção. Na literatura em que os autores se basearam para elaborar o manual existe uma grande variedade de procedimentos que podem ser adotados para a montagem de um programa de manutenção, algumas bastante acadêmicas e outras muito práticas, mas específicas para o local onde alguns autores trabalharam. Neste manual, procurou-se um balanço entre a academia e a prática adquirida durante vários anos participando de um grupo de Engenharia Clínica no Centro de Engenharia Biomédica da UNICAMP. Assim, procurou-se apresentar o que existe de mais atual em gerenciamento de manutenção para equipamentos hospitalares, mas sempre com enfoque no que é possível realizar no Brasil. Acreditamos que este manual será importante para auxiliar o leitor a implantar um centro de manutenção de equipamentos hospitalares, desenvolver procedimentos de gerenciamento de manutenção, mas principalmente executá-los sem se perder em grandes divagações acadêmicas.

Mais uma vez os autores lembram que os formulários apresentados neste manual, assim como, a seqüência de procedimentos para execução dos procedimentos de gerenciamento da manutenção, foram colocados como sugestão, mas são perfeitamente executáveis por um grupo de manutenção.

GLOSSÁRIO

Contrato em Comodato: é um tipo de contrato onde um determinado fornecedor deixa o equipamento para ser utilizado na EAS condicionado à aquisição do material de consumo que ele fornece.

Equipamentos de infra-estrutura: são definidos aqui como equipamentos e dispositivos que fornecem, suprem ou retiram energia, água, gases, fazem o condicionamento ambiental, a iluminação, etc. Como exemplo: central de gases, sistema de ar condicionado, grupo gerador, transformadores de energia elétrica, filtros de limpeza de água, sistema de tratamento de lixo e esgoto hospitalar, iluminação de emergência, etc.

Equipamentos de apoio: São definidos aqui como equipamentos que dão suporte ao pessoal de saúde (médico, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) no tratamento ao paciente. Como exemplo: centrais de

esterilização, equipamentos de laboratório, processadoras de filmes de raios-X, estufas, geladeiras, congeladores, etc.

Equipamentos de aplicação direta: são definidos aqui como equipamentos utilizados diretamente no paciente para a obtenção de diagnósticos ou aplicação de terapias. Como exemplo: ventiladores mecânicos, bisturis elétricos, Tomografia computadorizada, equipamentos de ultra-som, etc.

Equipamentos de baixa complexidade: são equipamentos cuja complexidade dos circuitos eletrônicos e, ou mecânicos não apresentam grande dificuldade para manutenção. Os recursos humanos não precisam ser especializados em equipamento médicos e o treinamento que demandam é bastante simples. Equipamentos deste tipo podem ser: banho-maria, berço aquecido, estufa esfigmomanômetro, balança mecânica, bebedouro, ar condicionado, etc.

Equipamentos de média complexidade: são equipamentos que exigem um pessoal com formação básica e treinamento mais adequado para execução do reparo. Enquadra-se nesta categoria equipamentos do tipo: Incubadora, centrífuga, ventilador (tipos mais simples), monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, equipamento para hemodiálise, etc.

Equipamentos de alta complexidade: são equipamento que demandam técnicos qualificados e com treinamento bastante especializado. Em muitos casos, os técnicos possuem nível superior e seu treinamento, em alguns casos é desenvolvido no exterior. Enquadra-se nesta categoria: Ressonância Nuclear Magnética, Tomógrafos, analisadores químicos (alguns tipos), gama câmara, acelerador linear, ultra-som (diagnóstico por imagem), etc.

Estoque mínimo: quantidade mínima de peças que devem ser constantemente mantidas no almoxarifado. Quando o número de uma determinada peça estiver abaixo da quantidade mínima previamente estabelecida, imediatamente deve ser gerada uma solicitação de aquisição para sua reposição.

Garantia de aquisição: período (normalmente de 12 meses) em que a empresa fornece gratuitamente, o serviço e as peças de reposição para o reparo de alguns dos problemas que ocorrem com o equipamento. Dependendo do contrato, o serviço durante a garantia é feito somente na fábrica e o custo para envio e retorno do equipamento fica por conta do EAS.

Garantia de serviço: período (normalmente 3 meses) em que a empresa e assistência técnica, após ter realizado uma manutenção corretiva, fornece gratuitamente o serviço e, em alguns casos, as peças de reposição no caso de ocorrer um defeito no equipamento, idêntico ao já reparado.

4540

Inspeção: procedimento que faz parte do programa de manutenção preventiva e que consiste na calibração e verificações simplificadas do funcionamento do equipamento. Ex: verificação do pH dos reagentes de uma processadora de filmes de equipamento de raios-X, verificação do nível de óleo lubrificante do grupo gerador, teste de funcionamento do sistema de alarmes em equipamentos de hemodiálise, etc.

Lucro cessante: no caso específico deste manual, é o faturamento que o hospital deixa de ter quando o equipamento, por qualquer razão para de produzir.

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF MEDICAL INSTRUMENTATION-AAMI (a). **Guideline for establishing and administering medical instrumentation maintenance program.** AAMI, Arlington, VA, EUA, 1984.

ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF MEDICAL INSTRUMENTATION-AAMI (b). **Standards and Recomended Practices.** Biomedical Equipment. Arlington: v.2, 1993.

BRONZINO, J.D. **Management of medical technology:** a primer for clinical engineers. Stoneham: Butterworth-Heinemann, 1992.

CATTINI, O. **Como fazer o manual de manutenção da sua empresa.** Management Center do Brasil-MCB, 1983.

EMMERGENCY CARE RESEARCH INSTITUTE-ECRI. **Health Devices:** inspection and preventive maintenance system. PA, EUA: ECRI, Plymouth Meeting, 1984.

FEINBERG, B. N. **Applied clinical engineering.** 1ed. New Jersey: Prentice-Hall. Inc., Englewood Cliffs, 1986.

HEALTH EQUIPMENT INFORMATION-HEI. **Management of equipment.** HEI, n.98, Jan. 1982.

MARTINS, M.C.; MEI, J.R.; FURUSATO, E.H.; NAGAE, M.; KORBER, H.R.; WALL, , E. & CALIL, S.J. Uma proposta de priorização de equipamentos médico-hospitalares para manutenção preventiva. **Revista Brasileira de Engenharia.** Caderno de Engenharia Biomédica, v. 7, n.1, p.561-571, 1990.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4541 FUNC

BRASIL, Ministério da Saúde Portaria conjunta SVS/SAS n.1 de 17 de Maio de 1993. **Diário Oficial,** Brasília, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde Portaria n. 2043 de 12 de Dez. 1994. **Diário Oficial,** Brasília, 13 de Dez. 1994a. Seção 1, p.19314.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Equipamentos para estabelecimentos assistenciais de saúde;** planejamento e dimensionamento. Brasília, 1994b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 2663 de 20 de Dez. 1995. **Diário Oficial,** Brasília, 22 de Dez. 1995, Seção 1.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria conjunta SVS/SAS n. 1 de 23 de Jan. de 1996. **Diário Oficial,** Brasília, 24 de Jan. 1996.

RAMÍREZ, E. F. F. **Metodologia de priorização de equipamentos médicos para programas de manutenção preventiva em hospitais.** , Campinas, Dezembro 1996, Dissertação (Mestrado em .Engenharia Elétrica), Faculdade de Engenharia Elétrica e de Computação da UNICAMP.

RAMÍREZ, E.F.F. & CALIL, S.J. Classificação de critérios de priorização de equipamentos médico-hospitalares em manutenções preventivas. In: FÓRUM NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 3, 1996, Campos do Jordão. **Anais...** São Carlos: [s.n.], 1996. p.167-168.

TOWARD. **An understanding of medicai equipament cost of ownership.** Andover, Mass.: Hewlett-Packard Co. 1991.

VETERANS HEALTH ADMINISTRATION – Engineering Service, **VA Hand-book 7610 (230),** June. 1988.

WEBSTER J.G. & COOK A.M. (Orgs). **Clinical Engineering: Principies and Practices. N.J.,** EUA: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1979.

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
FLS 242
4542
FUNC.

ANEXO I

RELAÇÃO DE FERRAMENTAS QUE DEVEM SER INCLUÍDAS PARA UTILIZAÇÃO EM MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS ELETRÔNICOS, MECÂNICOS E DE REFRIGERAÇÃO.

Conjunto de ferramentas para a maleta de eletrônica

QT DESCRIÇÃO

01 Chave de fenda 3/16" x 1"

01 Chave de fenda 3/16" x 6"

01 Chave de fenda 1/8" x 4"

01 Chave de fenda 1/8" x 6"

01 Chave de fenda ¼ "x 6"

01 Chave de fenda 5/16" x 8"

01 Chave Philips 3/16" x 1"

01 Chave Philips 3/16" x 3"

01 Chave Philips 1/8" x 3"

01 Chave Philips ¼" x 5"

01 Chave canhão 8 mm x 6"

01 Alicate de bico chato 6" com cabos isolados

01 Alicate de bico fino 6" com cabos isolados

01 Alicate universal 8" com cabos isolados

01 Alicate desencapador de fios/apertador de terminais

01 Pinça reta serrilhada 165 mm

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS 4543 FUNC.

01	Estilete de lâmina retrátil
01	Sugador de solda com ponta de teflon
01	Ferro de solda 220V/25W
01	Ferro de solda 110V/25W
10m	Solda para componentes eletrônicos
01	Chave inglesa 6"
01	Jogo de chave de precisão fenda/Philips
01	Multímetro digital de 4 ½ dígitos, proteção contra choques mecânicos, medição de tensão, corrente, resistência, capacitância, teste de diodo, display de barras adicional numérico e teste de continuidade
01	Chave de fenda cotoco ¼" x 1.11/2"
01	Chave Philips cotoco ¼" x 1.11/2"
01	Chave de fenda angular dupla 3/8" x 6"
01	Chave teste néon
01	Jogo de chave Allen de precisão 0,05mm a 5mm
01	Termo contráctil (várias medidas)
01	Caixa de fusíveis (vários valores)
01	Spray limpa contatos
01	Caixa com terminais climper
01	Extrator de CI
01	Espelho de dentista
01	Lanterna tipo caneta
01	Mala tipo executivo com duas divisórias

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4544
SF
FUNC.
GERÊNCIA

Conjunto de ferramentas para a maleta de mecânica

QT DESCRIÇÃO

01 Chave de fenda 3/16" x 3"

01 Chave de fenda 3/16" x 5"

01 Chave de fenda 1/8" x 4"

01 Chave de fenda 1/8" x 6"

01 Chave de fenda ¼" x 4"

01 Chave de fenda 1/4" x 6"

01 Chave Philips 3/16" x 1.11/2"

01 Chave Philips 1/4" x 1.11/2"

01 Jogo de chave para relojoeiro fenda/Philips

01 Chave de fenda com ponta ajustável

01 Jogo de chave fixa mini de 4mm a 10mm

01 Jogo de chave fixa mini de 5/32" a 13/32"

01 Chave inglesa 6"

01 Chave inglesa 10"

01 Chave Philips 1/8" x 2.3/8"

01 Chave Philips 1/8" x 6"

01 Chave Philips ¼" x 6"

01 Chave Philips ¼" x 4"

01 Chave Philips 3/16" x 3"

01 Chave Philips 3/16" x 5"

01 Chave Philips cotoco 3/16" x 1.11/2

01 Chave Philips cotoco ¼" x 1.11/2

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 454
FUNC.

01 Chave teste neon

01 Escala de aço de 300mm

01 Espelho de inspeção

01 Estilete de lâmina retrátil 180mm

01 Ferro de solda cerâmico 110V 30W com ponta aterrada

01 Ferro de solda cerâmico 220V 30W com ponta aterrada

01 Lanterna de bolsa retangular

01 Lima meia cana 6"

01 Lima redonda 6"

01 Lima quadrada 6"

01 Lima triângulo

01 Jogo de lima agulha 12 peças

01 Martelo plástico ponta F 24mm

01 Martelo bola 100g

01 Paquímetro de 0 a 150mm int/ext.

01 Pincel ½"

01 Pincel nº 8

01 Pinça reta 160mm (com isolação)

01 Pinça curva 160mm (com isolação)

01 Punção de centro 150 x 6mm

01 Saca pino cônico 110 x 2mm

01 Saca pino cônico 125 x 3mm

01 Saca pino cônico 140 x 4mm

SECRETARIA DA SECRETARIA GERENCIA FLS Nº 4546 FUNC

01 Trena de 02m

01 Alicate bico curvo 7. ½"

01 Alicate bico reto 7. ½"

01 Alicate bico reto 4. ½"

01 Alicate bomba d'água 9.1/2"

01 Alicate corte diagonal 6" com cabos isolados

01 Alicate universal 8" com cabos isolados

01 Jogo de chave Allen 1.5, 2, 2.5, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10mm

01 Chave Allen 0,05"

01 Jogo de chave Allen 1/16", 1/8", 7/32", 5/64", 9/64", ¼", 3/32", 7/64", 3/16"

01 Chave correia para tubos F max 5.½"

01 Mala tipo executivo com duas divisões

01 Chave canhão 3mm

01 Chave canhão 4mm

01 Chave canhão 5mm

01 Chave canhão 6mm

01 Chave canhão 7mm

01 Chave canhão 5/16"mm

01 Chave canhão 9mm

01 Chave canhão 10mm

01 Chave canhão 11mm

01 Chave canhão 12mm

01 Chave canhão 13mm

01 Chave canhão 14mm

OBS: As chaves de fenda, Philips, alicates e chave inglesa devem ser de aço cromovanadium.

Conjunto de ferramentas para a maleta de refrigeração

(TODOS OS ÍTENS DA MALETA DE MECÂNICA, MAIS OS ÍTENS ABAIXO)

QT DESCRIÇÃO

01 Conjunto de manômetros de alta baixa pressão com mangueira – 30 a 250Lb 0 a 500Lb

01 Flangeador de tubos de cobre (3 peças)

01 Medidor multiamperimétrico (tipo alicate)

01 Detector de vazamentos (eletrônico)

01 Chave catraca

01 Alicate estrangulador de pressão para tubos de cobre

01 Curvador de tubos

01 Cortador de tubos

01 Alargador de tubos

OBS: As chaves de fenda, Philips, alicates e chave inglesa devem ser de aço cromovanadium.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4548 FUNE. SES

ANEXO II

CONJUNTO DE EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS PARA UTILIZAÇÃO COMUM PELO GRUPO DE MANUTENÇÃO

Manutenção de equipamentos eletrônicos

QT Descrição

01 Osciloscópio de 50 MHz, 02 canais, analógico

02 Fonte de alimentação simétrica de 0 a 30 V, 5A

01 Carregador de bateria 12V, 50^{A}

01 Aspirador de pó 80W, 110/220V

01 Secador de cabelo 1000W

01 Tacômetro óptico-digital

01 Frequencímetro de 5 a 100MHz

01 Gerador de funções

01 Variador de voltagem monofásico com indicação digital

Manutenção de equipamentos de refrigeração

QT Descrição

01 Conjunto de solda oxi-acetileno

01 Cilindro com capacidade de 1,5 e 10 kg para Freon

01 Bomba de vácuo de 30mm Hg/in^2, rotativa simples, duplo estágio com rotor de palhetas

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4549
FUNC.

Manutenção de equipamentos mecânicos

QT	DESCRIÇÃO
01	Furadeira de Bancada
01	Prensa de 15 toneladas
01	Solda elétrica
01	Solda de Oxi-acetileno

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4550
FUNC.

ANEXO III

RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS BÁSICOS PARA TESTE E CALIBRAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES UTILIZADOS EM CONTROLE DE QUALIDADE, MANUTENÇÃO PREVENTIVA E INSPEÇÃO

Equipamentos eletrônicos

QT	DESCRIÇÃO
01	Analisador de bisturi (*)
01	Analisador de desfibrilador/cardioversor (*)
01	Analisador manual de segurança elétrica (*)
01	Multímetro TRUE RMS com capacímetro, testador de diodos e transistores, frequencímetro, etc.
02	Simulador de ECG para teste de eletrocardiógrafos e monitores

(*) equipamentos essenciais ao grupo de manutenção

Conjunto de dispositivos para calibração e ajuste de balanças

QT	DESCRIÇÃO
01	Conjunto de pesos padrão para calibração de balanças analíticas
01	Conjunto de pesos padrão de 100g a 5Kg para calibração de balanças

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4551
SF
FUNC.

ANEXO IV

ESPECIFICAÇÃO BÁSICA DE ALGUNS EQUIPAMENTOS UTILIZADOS PARA A MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Especificação básica de alguns equipamentos para manutenção de materiais eletrônicos

1) Osciloscópio com as seguintes especificações mínimas:

- Ultraportátil de pequenas dimensões ("handheld");
- Largura de banda de 100 MHz;
- 2 canais;
- Saída isolada do terra do chassis;
- Sensibilidade de pelo menos 5mV/div;
- Memória digital;
- Alimentado à bateria.

2) Gerador de funções com as seguintes especificações mínimas:

- Gerador de ondas senoidal, triangular e quadrada;
- De 1Hz a 10 MHz;
- "Display" indicador de freqüência;
- Ajuste de tensão de saída e tensão de "off-set";
- Alimentação 110/220V @ 60 Hz.

3) Multímetro digital com as seguintes especificações mínimas:

- Portátil alimentado a bateria;
- 3 3/4 dígitos;

- Precisão básica de 0,1%;
- Proteção contra choques mecânicos;
- Medidas de tensão, corrente, resistência e capacitância;
- "Display" de barras adicional ao "display" numérico;
- Seleção automática de escala.

4) Fonte de alimentação dc com as seguintes especificações mínimas:

- 0 A 5V @ 2A FIXA;
- 0 A 30V @ 2A simétrica ajustável no painel;
- Regulação de 10mV/I_L=1A;
- Fator de ripple < 10mV_{p-p} com carga máxima;
- Indicador de tensão e, ou corrente de saída através de mostradores no painel;
- Carcaça aterrada;
- Tensão de alimentação 110/220V.

5) Osciloscópio analógico com as seguintes especificações mínimas:

- Largura de banda de 50 MHz;
- 2 canais;
- Medidas dos sinais de tensão, período e freqüência na tela através de cursores;
- "Delay";
- Tensão de alimentação de 110/220V @ 60Hz.

6) Década resistiva com as seguintes especificações mínimas:

- Década resistiva a ser utilizada na calibração de diversos equipamentos cujo princípio de funcionamento se baseia na variação da resistência do

sensor. Faixa de operação de aproximadamente 100 miliOhms a 4553 MegaOhms e uma potência dissipada aproximadamente 4 W. Deve possuir baixa resistência de contato interno.

Especificação básica de equipamentos para a manutenção de materiais mecânicos

1) Guilhotina mecânica

Guilhotina mecânica com comando elétrico, para corte de chapas de aço 1010/1020 com espessura aproximada de até 2mm, com comprimento máximo de corte de 1200mm.

2) Serra hidráulica

Serra hidráulica de arco com curso de 80 a 150mm, com pelo menos três velocidades de corte com sistema de refrigeração e lâmina de corte de aproximadamente 32mm.

3) Serra fita

Serra fita com altura útil de corte de aproximadamente 200mm, distância de coluna à fita de aproximadamente 400mm com três velocidades de corte.

4) Torno mecânico

Torno mecânico utilizado na usinagem de peças mecânicas com:

- Barramento de aproximadamente 1,5 metros;
- Motor de dupla polaridade;
- Freio eletromagnético da árvore;
- Placas de 3 e 4 castanhas com fixação;
- Avental com desengate automático;
- Mesa com sistema de eliminação de folga, suporte transversal, suporte giratório, suporte longitudinal, suporte de quatro ferramentas, suporte de ferramenta traseiro;
- Cabeçote móvel;

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4554 FUNC.

- Relógio indicador de roscas;
- Batente com desengate automático;
- Conjunto completo para refrigeração de corte;
- Luneta fixa com diâmetro de 4,5 a 50mm;
- Luneta acompanhadora para diâmetro de 4,5 a 50mm;
- Bucha de redução para árvore principal com cone morse número 3 e respectivo ponto com angulo de 60 graus para cone morse número 3;
- Ponto com angulo de 60 graus, para cone morse número 3 do cabeçote móvel.

5) Prensa hidráulica

Prensa hidráulica de 10 toneladas com distância útil entre colunas de 524mm, distância útil de mesa móvel ao pistão de 830mm, com fuso de aproximação rápida, bomba e pistão isolado.

6) Dobradeira

Dobradeira manual para chapas de aço para até aproximadamente 4 mm, com comprimento aproximado de dobra de 1050mm e sistema de fixação de chapas intercambiáveis.

7) Furadeira de coluna

Furadeira de coluna com as seguintes especificações mínimas:

- Variação de velocidade de rotação do fuso;
- Mesa basculante giratória com curso vertical de 400 mm;
- Altura da coluna de 1500 mm;
- Cabeçote com curso vertical de aproximadamente 280 mm;
- Distância do fuso à barra de 810 a 1090 mm aproximadamente;
- Fuso com curso de aproximadamente 120 mm;

- Distância do fuso à coluna de aproximadamente 240 mm;
- Para mandril de até 1 polegada.

8) Solda elétrica

Conjunto de solda elétrica com as seguintes especificações mínimas:

- Sistema de regulagem de núcleo móvel;
- Faixa de regulagem de 30 a 200 amperes;
- Sistema de refrigeração com ventilação forçada;
- Alimentação 220V.

9) Guilhotina mecânica

Guilhotina mecânica com comando elétrico para corte de chapas de aço 1010/1020 com espessura aproximada de até 2mm, com comprimento máximo de corte de 1200mm.

10) Esmeril de coluna

Moto esmeril de coluna para uso geral, com rolamentos blindados com lubrificação permanente, totalmente blindado à prova de pó e umidade, com rebolo de 5" x 1/2" x 1/2" aproximadamente. Um dos rebolos deve ser uma escova rotativa de aço para serviços gerais, de 220V.

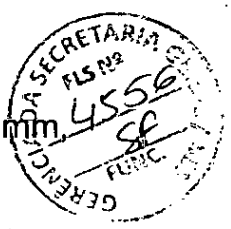
11) Conjunto de solda e corte

Conjunto de solda e corte oxi-acetileno com cilindros, manômetros reguladores, mangueiras, carrinho para locomoção e canetas de corte e solda c/ jogo de bicos, maçarico para solda e para corte, óculos, luvas, etc., para corte de chapas e perfis de até 2,5mm de espessura.

12) Esmerilhadeira portátil

Esmerilhadeira portátil com dupla isolação, capacidade de disco de corte com diâmetro de 115mm, discos de desbaste com diâmetro de 116mm, disco de lixa com diâmetro de 115mm, tensão de trabalho de 220V, potência aproximada de 400W.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4555 FISC.



13) Tesoura elétrica portátil para chapas metálicas

Tesoura elétrica industrial portátil para chapas metálicas de até 2,0mm, potência aproximada de 300Watts, 220V.

14) Furadeira elétrica portátil profissional

Furadeira de impacto, duas velocidades, dupla isolação, capacidade de perfurar aço de 10/16mm, madeira 30/50mm, alumínio 12/25mm, concreto 50mm (coroa dentada), alvenaria em geral 90mm, com carga de impacto de 6240/13600 IPM, diâmetro do mandril 5/8", potência aproximada de 620W.

LISTAGEM DE EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NA MANUTENÇÃO DE MOBILIÁRIO

1) Serra circular com mesa móvel

Serra circular com mesa móvel para serrar madeiras de grandes dimensões.

2) Plaina desengrossadeira

Plaina desengrossadeira com capacidade de corte, largura de 82mm, profundidade de 3mm, potência aproximada de 750W, tensão de trabalho de 220V.

3) Tupia moldureira

Tupia moldureira com as seguintes especificações mínimas

- Mesa com dimensões aproximadas de 700mm x 700mm;
- Curso útil vertical do eixo da árvore de 75mm;
- Diâmetro do eixo porta-serras e fresas 25, 4mm;
- Comprimento útil do eixo porta serras e fresa de 100 mm;
- Diâmetro do eixo rasgado porta ferramentas de 32mm;
- Dimensões do rasgo porta ferramentas de 8 x 80mm;
- Conemorse 3 do eixo-árvore;

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4557 FUNC.

– Potência aproximada do motor 3HP.

4) Serra tico-tico portátil

Serra tico-tico profissional com base móvel, dupla isolação, capacidade de cortar aço doce de até 6mm, metal não ferroso de até 20mm, madeira até 30mm, tensão de trabalho 220V, potência aproximada de 390W.

5) Grampeador para estofados

Grampeador mecânico manual para tapeçaria, para uso de grampos da linha 76/8.

6) Grampeador pneumático para estofados

Grampeador pneumático para tapeçaria, para uso de grampos da linha 80/10.

7) Máquina de costura industrial

Máquina para costura industrial linha reta para ramo de tapeçaria, com motor acoplado, com alimentação em 220V, mesa de 1200mm x 500mm x 40mm com gavetas. Deverá acompanhar 01 pé para colocar zíper, 01 pé para costura reta, 06 carretilhas, 01 estojo de limpeza, catálogo técnico.

DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4558 FUNC.

ANEXO V

CONJUNTO DE EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS DE UTILIZAÇÃO GERAL

Ferramentas

1) Compressor de ar

Compressor para ar comprimido ISENTO DE ÓLEO para serviço intermitente com as seguintes especificações mínimas:

- Reservatório com purgador e capacidade de 250 litros (140 LBS);
- Cabeçote com dois pistões;
- Válvula de segurança;
- Manômetro indicador da pressão interna do reservatório.

2) Pistola para pintura

Pistola para pintura com reservatório de 1 litro com regulador de leque, regulador da agulha e pressão mínima de trabalho de 50 libras.

3) Jateadora de micro esfera de vidro

Máquina para jato de areia seca, completa com tanque mangueira, bicos manômetros, equipamentos de proteção do operador, etc., com câmara de jateamento que caiba até uma cadeira.

4) Lixadeira/politriz

Lixadeira profissional com dupla isolação, 2 velocidades, capacidade de lixas de 170x280mm, potência aproximada de 700W, tensão de trabalho de 220V.

5) Dobradeira de tubos

Curvador manual de tubos, com alavanca e catraca, para tubos de cobre e aço com espessura de até 3mm e diâmetro de até 1.1/4", curvaturas uniformes até 180 graus.

SECRETARIA DA SECRETARIA
FLS Nº 459

6) Cortador para serralheria (policorte)

Máquina de corte para utilização em serralheria com capacidade de corte de aço, perfilados (tubos, perfis, etc.), metais ferrosos, não-ferrosos, etc. Deve possuir mesa de corte com capacidade de articulação, lâmina de 12" com capacidade de corte sem rebarbas e motor blindado.

7) Saca pino paralelo

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4560

ANEXO VI

SUGESTÃO DE EQUIPAMENTOS PARA INCLUSÃO NA PROGRAMAÇÃO PARA FUTURAS AQUISIÇÕES DE ACORDO COM O CRESCIMENTO DAS RESPONSABILIDADES DO GRUPO DE MANUTENÇÃO E DO PARQUE DE EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES

Equipamentos Eletrônicos

QT	DESCRIÇÃO
01	Osciloscópio portátil digital 100MHz com 2 canais e memória
01	Analisador de rede elétrica e temperatura ambiente
01	Simulador de multi parâmetros com cabos
01	Luxímetro
01	Ponta de alta tensão de 1 a 40KV
01	Jogo de filtros para calibração de espectrofotômetros
01	Radiômetro para fototerapia
01	Analisador de bombas de infusão
01	Medidor de KV digital não invasivo
01	Medidor de mAs/mA
01	Medidor de tempo de exposição para equipamentos de RaioX
01	Sensor de umidade/temperatura
01	Ponte RLC com acessórios

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4561
SAF
FUNEC

Equipamentos mecânicos

01 Torno com luneta, placa de 4 castanhas e 3 castanhas

01 Serra hidráulica

01 Dobradeira

01 Refratômetro para aferição da concentração de gases anestésicos em vaporizadores

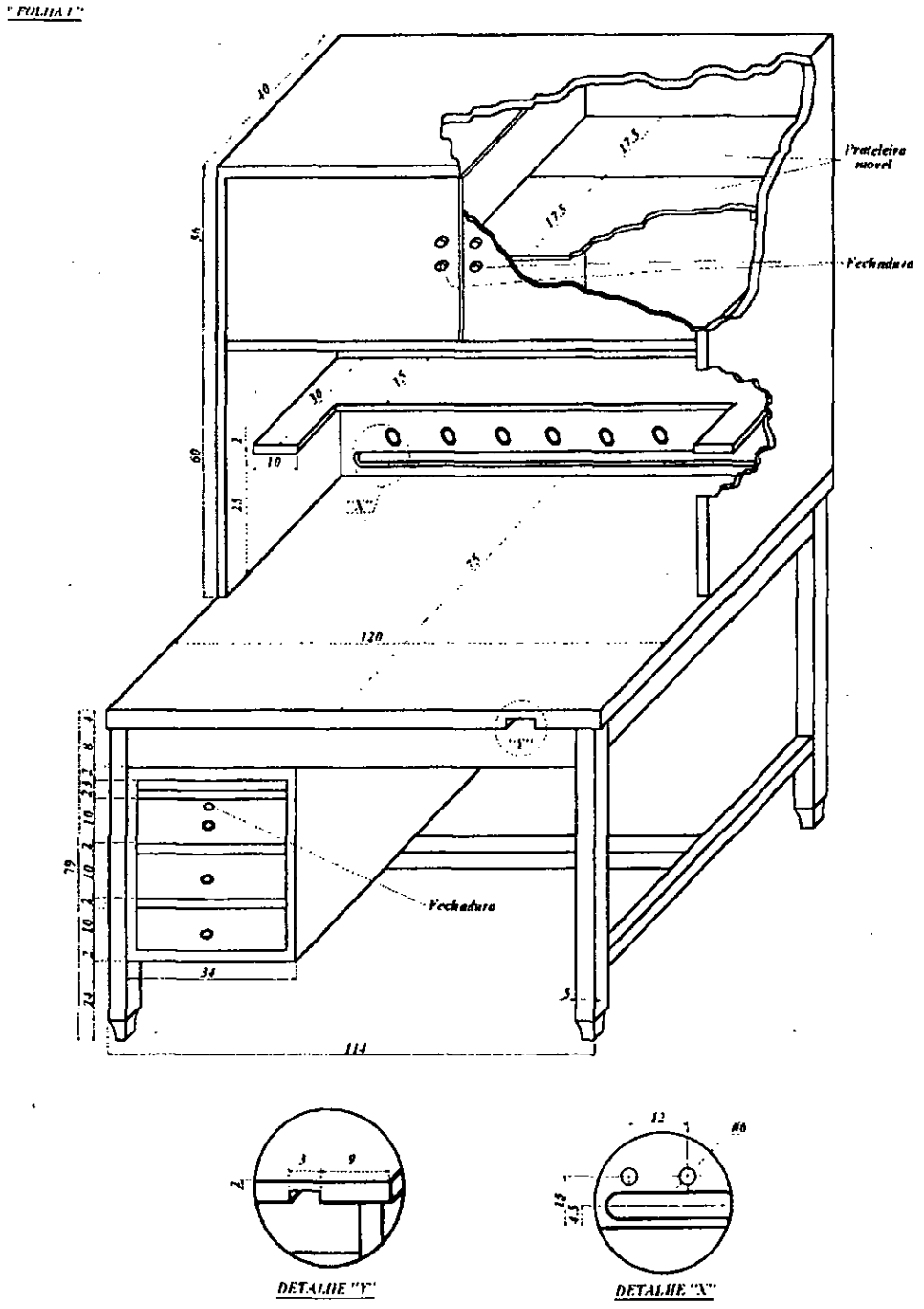
01 Serra fita

01 Guilhotina

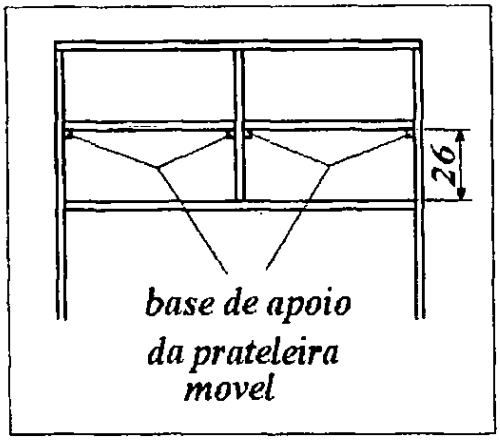
GERÊNCIA DA SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4562
FUNE

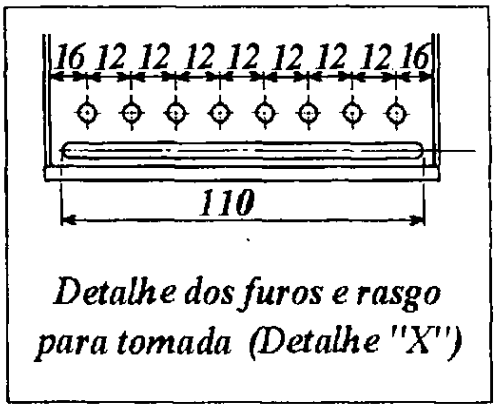
ANEXO VII

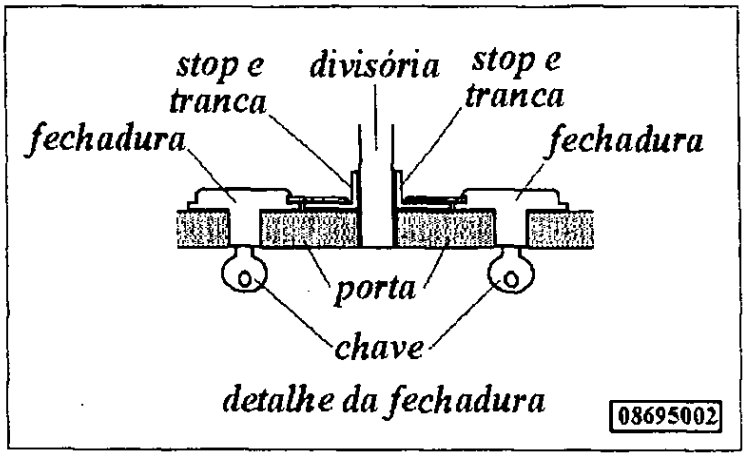
SUGESTÃO PARA O PROJETO DE BANCADA DE TRABALHO PARA OFICINA MECÂNICA E ELETRÔNICA



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4563
FUNC.







DA SECRETARIA FLS Nº 4564 FUNC.

ANEXO VIII

SUGESTÃO DE UMA PROPOSTA A SER APRESENTADA PARA A ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL PARA A IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE MANUTENÇÃO

O grupo de manutenção a ser implantado deverá se responsabilizar pela manutenção e conservação do seu parque de equipamentos.

Seu objetivo principal será o de reduzir os custos de manutenção com os diversos tipos de equipamentos médico-hospitalares, aumentando sua disponibilidade e segurança.

Abaixo são descritos os recursos materiais, físicos e humanos necessários para a implantação de um grupo de manutenção no hospital.

A tabela deve ser preenchida com os valores financeiros para contratação dos técnicos, aquisição de material para manutenção e necessidade de área física.

No gráfico que segue, é mostrado o cronograma de atividade para cada etapa de implantação do grupo de manutenção. Em conseqüência, os recursos financeiros devem ser liberados de acordo com o custo de cada etapa.

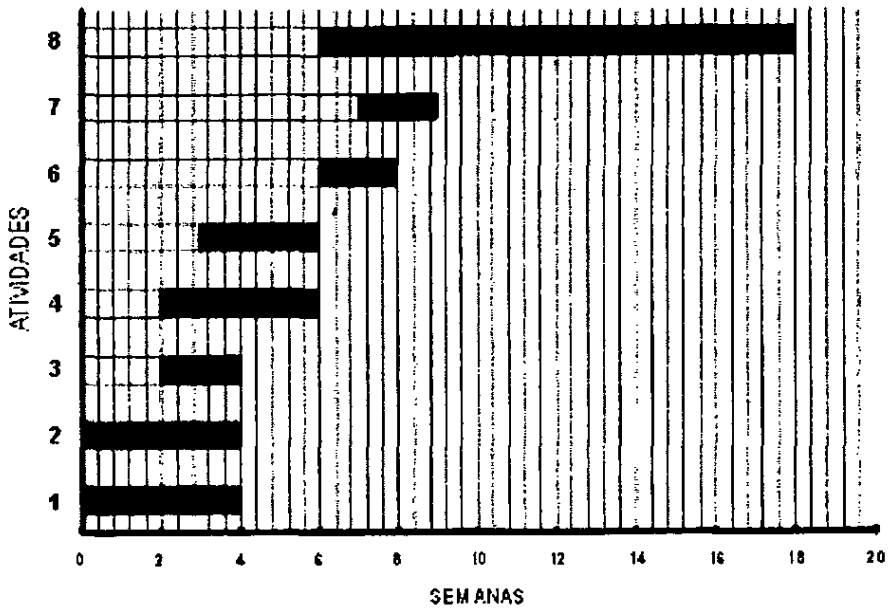
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES FLS Nº 4565 FUNC.

Tabela dos recursos necessários

DESCRIÇÃO DOS RECURSOS	
RECURSOS HUMANOS	GASTO ANUAL COM SALÁRIOS
_____ técnicos com formação em eletrônica	
_____ técnicos com formação em mecânica	
_____ técnicos administrativos	
RECURSOS MATERIAIS	VALOR TOTAL (R$)
Equipamentos de teste	
Equipamentos de calibração	
Equipamentos para manut. mecânica	
Equipamentos para manut. Eletromec.	
Equipamentos para manut. eletrônica	
Equipamentos para apoio administrativo	
Ferramentas para manut. eletromecânica	
Ferramentas para manut. mecânica	
Mobiliário	
Custo da implementação da oficina de manut.	
ÁREA FÍSICA NECESSÁRIA	M^2
Área de oficina mecânica	
Área de oficina eletrônica	
Área de oficina eletromecânica	
Área para administração (secretaria, chefia, etc)	

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4566 FUNC.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



1- Reforma de área para pessoal técnico

2- Contratação de pessoal técnico

3- Aquisição de ferramentas para manutenção

4- Aquisição de mobiliário (bancadas, armários, etc.)

5- Aquisição de equipamentos para manutenção (osciloscópios, furadeiras, etc)

6- Contratação de pessoal administrativo

7- Aquisição de material administrativo

8- Aquisição de equipamentos de teste e calibração

É importante lembrar que a tabela e o gráfico acima são apenas sugestões quanto à forma de apresentação do relatório. Os prazos de execução das atividades devem ser adaptados de acordo com os recursos financeiros e as dificuldades administrativas impostas devido às características do EAS (Estabelecimento público ou privado).

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4567 FUNC.

ANEXO IX

SUGESTÃO DE MATERIAL DE REPOSIÇÃO QUE DEVE SER MANTIDO EM ALMOXARIFADO PARA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS, DE APOIO E DE INFRA-ESTRUTURA

Reposição de material hidráulico

- Kit de reparo para válvula de descarga;
- Reparo para torneira (o-ring);
- Sifão para tanque (cromado);
- Sifão para lavatório (cromado);
- Sifão para pia (cromado);
- Ligação flexível cromada para lavatório e pia;
- Torneira de jardim . de ½ ";
- Torneira tipo bóia para caixa d'água;
- Fita veda rosca;
- Cotovelos, luvas, Tês, uniões, . de ½ ", ¾ " e 1".

Material elétrico

- Fusíveis (especificação de acordo com os equipamentos médicos e de apoio);
- Disjuntores termomagnéticos (especificação de acordo com os equipamentos médicos e de apoio);
- Lâmpadas fluorescentes de várias potências (tensões de acordo com sistema de alimentação);
- Lâmpadas incandescentes de várias potências (tensões de acordo com sistema de alimentação);

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4568
FUNC.

- Reatores de partida rápida;
- Disjuntores termomagnéticos (especificação de acordo com os equipamentos médicos e de apoio);
- Ignitor de partida para lâmpada fluorescente ("starters");
- Fita isolante.

Material para grupo gerador

- Elemento combustível (filtro);
- Elemento lubrificante (filtro);
- Elemento ar (filtro);
- Elemento respiro (filtro);
- Anel do filtro de respiro;
- Correia da bomba d'água;
- Correia do alternador;
- Correia do ventilador;
- Purgador termostático;
- Purgador termodinâmico;
- Purgador termostático.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4569
FUNC

CAPÍTULO 2

GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS EXTERNOS

Elaborado por:
Prof. Dr. Egon Luiz Müller Júnior

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4590
FUNC

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 135

TIPOS DE CONTRATOS DE SERVIÇOS..... 135

CONTRATO DE SERVIÇO
POR PERÍODO DETERMINADO..... 137

CONTRATO DE SERVIÇO SOB DEMANDA..... 141

AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DE MANUTENÇÃO..... 143

MONITORAÇÃO DE SERVIÇOS EXTERNOS..... 150

BIBLIOGRAFIA..... 151

SECRETARIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4571 UNIC

INTRODUÇÃO

Uma das principais atividades dos departamentos de engenharia clínica é gerenciar os serviços contratados. O entendimento dos seguintes termos é essencial para o gerenciamento de serviços contratados:

- Contrato: convergência de vontades com estipulação de vontades entre as partes;
- Contratante: é a parte que paga pelo serviço ou bem que irá receber;
- Contratado: é a parte que fornece o serviço ou o bem, e recebe por isto.

Os pontos chave na definição do contrato são as exigências contidas nele. Quanto maior o número de exigências especificadas em um contrato maior será o seu valor. É importante para a contratante (estabelecimento assistencial de saúde - US) definir exatamente quais são as exigências para cada equipamento.

TIPOS DE CONTRATOS DE SERVIÇOS

Dentre os vários tipos de contratos usados para serviços externos, os mais utilizados são:

- *Contrato de serviço por período determinado:* esse tipo de contrato geralmente é feito para equipamentos mais sofisticados (raios X, ressonância magnética, tomografia, etc.). Este contrato de serviço é mais adequado, ao valor dos equipamentos necessários para teste e calibração, a dificuldade de obtenção de peças de reposição e provavelmente o salário diferenciado a ser pago para o técnico não justificam a manutenção interna. Geralmente, são feitos nas seguintes modalidades:
- *Serviço completo:* inclui um número específico de manutenção preventiva (MP) realizadas em intervalos regulares, chamadas ilimitadas para reparo, incluindo todas as peças (exceto material de consumo), todo trabalho, despesas de viagem e disponibilidade de 24 h por dia, sete dias por semana, 365 dias por ano;

- *Serviço com hora limitada:* inclui um número específico de chamadas de MP em intervalos regulares, chamadas ilimitadas para reparo, inclui todas as peças (exceto material de consumo), todo trabalho e despesas de viagem durante dias específicos da semana (normalmente de segunda a Sexta, das 8 h as 16 h);
- *Serviço limitado:* inclui um número específico de chamadas de MP em intervalos regulares, todas as peças (exceto material de consumo) e despesas de viagem até um número máximo de chamadas de serviços especificados no contrato.
- *Contrato de serviço sob demanda:* esse tipo de contrato é geralmente utilizado para equipamentos de média e baixa complexidade, nesta modalidade destacam-se dois tipos:
- *Contrato de serviço sob demanda:* é feito um contrato formal com um determinado prestador de serviço, inclui MP e serviço de reparo fornecido após requisição pelo cliente, é pago baseado no tempo e no material utilizado. Embora, pouco utilizado no Brasil, este tipo de contrato pode trazer algumas vantagens em termos de custos, tendo em vista a exclusividade, durante a vigência do contrato, do prestador de serviço, que em princípio foi também escolhido em função do preço e qualidade.
- *Solicitação de conserto para empresas prestadoras de serviços*: Nesse caso, a empresa só é chamada quando ocorre a necessidade de uma MC, sendo que o responsável pelo grupo deve sempre verificar o preço cobrado pelo serviço e a qualidade do serviço prestado, comparando-o com outras empresas. Para grupos de manutenção pertencentes a instituições públicas, de acordo com o valor do serviço, será necessária a abertura de um edital, com cláusulas que prevejam o valor e a qualidade do serviço.

Qualquer que seja o tipo de contrato a ser adotado, o modo pelo qual ele será negociado com a empresa e gerenciado pelo grupo de manutenção é um dos pontos críticos que define como o grupo de engenharia clínica, e conseqüentemente o seu responsável, será visto pelo restante do pessoal de saúde e principalmente pela administração da (US).

GERÊNCIA DA SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4573 SF FUNESC

CONTRATO DE SERVIÇO POR PERÍODO DETERMINADO

Quando ocorre a quebra de um equipamento que está sob contrato de serviço por período determinado, as atividades a seguir devem ser executadas na seqüência ilustrada na figura 1:

- *Contato com a empresa contratada:* quando o responsável contata a empresa requerendo o serviço é necessário anotar data, horário, nome e número telefônico da pessoa que recebeu a requisição e a previsão de atendimento, caso o serviço seja executado no local.
- *Serviço executado no local:* quando o técnico da empresa vem ao local para executar o serviço é importante que um técnico do grupo de manutenção acompanhe o serviço. Deve ser anotada data, horário, duração, serviço executado, peças substituídas, nome de quem executou o serviço e do técnico que acompanhou.
- *Envio do equipamento*: normalmente, requer a necessidade de embalagem de carregamento especial (em caso de grande porte), de transporte e seguro para transporte. De qualquer modo, o responsável pelo grupo de manutenção deve seguir todo o protocolo fixado pela administração da US para a retirada e transporte do equipamento (caso não exista um protocolo o grupo deve criar um).

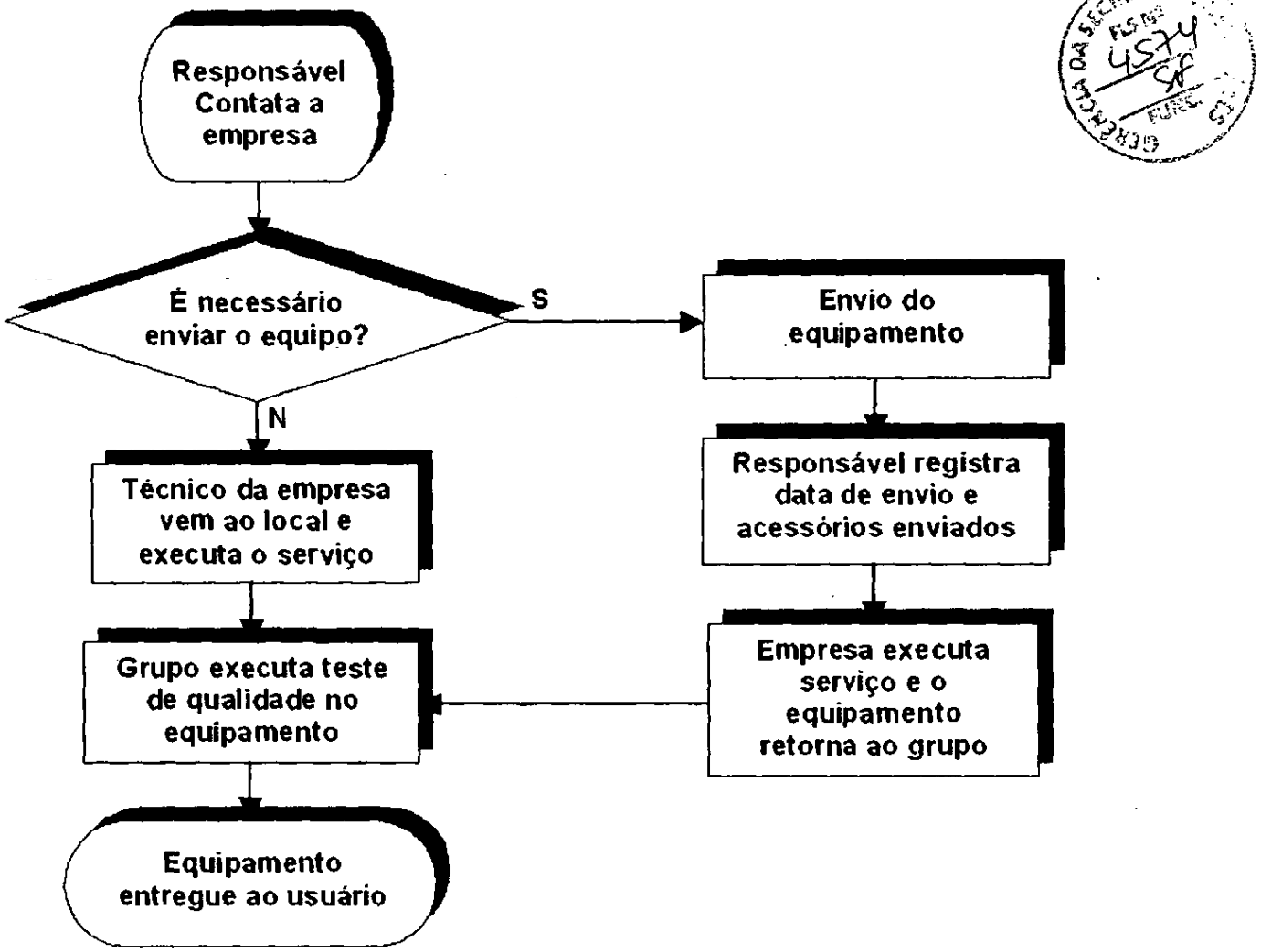


Figura 1: Atividades executadas para equipamentos em contratos de serviço por tempo determinado.

– *Data de envio e acessórios enviados:* é importante anotar o número da OS, a data de envio, o nome da empresa, seu número de telefone, a pessoa de contato e a data prevista para entrega do equipamento em um sistema de controle informatizado ou em uma agenda para este fim. O controle de envio de equipamentos deve ser rigoroso e são anotados todos os itens (transdutores, sensores, cabos, etc.) que foram enviados junto com o

SECRETARIA GERENCIA FLS Nº 4575 FUNC.

equipamento para evitar qualquer dúvida no momento de sua devolução pela empresa. A figura 2 mostra uma ficha para controle de serviços externos sugerido por (Calil e Teixeira, 1998).

- *Teste de qualidade*: após o serviço executado é importante que o equipamento retorne ao grupo de manutenção e não diretamente ao usuário. O grupo deve criar alguns protocolos de testes que devem, obrigatoriamente, ser efetuado após a manutenção de equipamentos, principalmente aqueles que oferecem riscos ao paciente e ao operador. Cada teste deve ser baseado nos recursos materiais (equipamentos de teste, fantomas e simuladores) disponíveis no grupo. Uma vez elaborados, estes testes podem ser efetuados pelo próprio técnico e, através deles, verificar diversos itens do equipamento, desde o estado da pintura externa, até a sua calibração.

SECRETARIA DA GERÊNCIA FLS Nº 4676 FUNC.

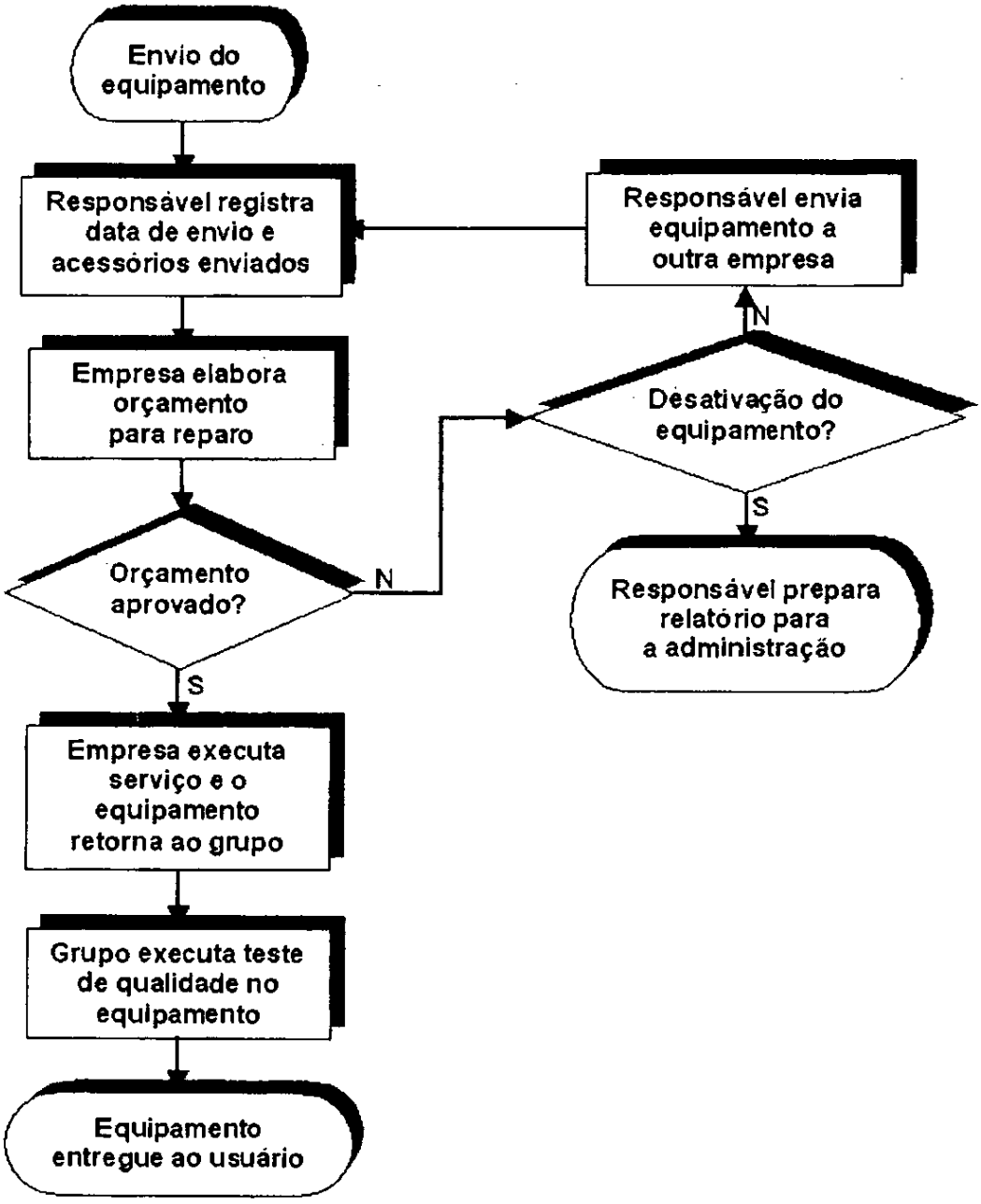
FICHA PARA CONTRLE DE SERVIÇO EXTERNOS	
Grupo de Manutenção do Hospital _____ Nº de controle _____	
Nº da OS _____	Data__/__/__
Nome do equipamento: _____ Marca: _____ Modelo: _____	Nº de série: _____
Acessórios acompanhantes: _____ _____ Descrição do defeito: _____ _____ Descrição das condições: _____ _____	
Data de saída: _____ Motorista: _____ Tipo de vaículo: _____ Placa: _____ Destino:_____	Data de retorno: _____ Motorista: _____ Tipo de veiculo: _____ Placa: _____ Destino: _____
Empresa: _____ Endereço: _____ Cidade:_____	Tel: _____
O equipamento pertencente ao Hospital (nome do hospital impresso) foi recebido nesta empresa apresentendo somente o problema constante neste formulário: ☐ Sim ☐ Não Esclarecimento em caso de não concordância: _____	
Recebido por: _____ Data: __/__/__	Cargo: _____ Assinatura: _____
Obs: Em caso de reparo, favor enviar junto com o equipamento a descrição dos serviços executados e a relação de paças substituídas.	

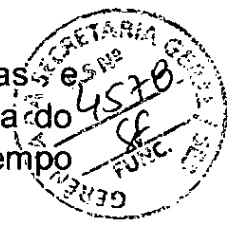
Figura 2: sugestão de ficha de controle de serviços externos.

SECRETARIA GERAL DA SAÚDE
FLS Nº 4577
FUNC.

CONTRATO DE SERVIÇO SOB DEMANDA

A seqüência de atividades executadas quando um equipamento encontra-se em contrato de serviços sob demanda são ilustradas na figura 3.





As atividades iniciais (envio do equipamento e registro de datas e acessórios enviados) e finais (teste de qualidade do equipamento e entrega do equipamento ao usuário) são idênticas às executadas nos contratos por tempo determinado.

Um detalhe importante é que deve estar especificado na ficha de controle externo, que o equipamento está sendo enviado para orçamento, e que o serviço somente será realizado com a autorização por escrito da US. A pessoa responsável por receber o equipamento na empresa deve assinar a ficha.

As outras atividades executadas para equipamentos em contratos sob demanda são:

- Elaboração do orçamento: para serviços solicitados ou com contratos sob demanda é necessário que a empresa faça um orçamento do serviço a ser executado. Nos casos de solicitação de serviços, o responsável pelo grupo pode ficar sem opção de um segundo orçamento quando o conserto é efetuado na fábrica. O serviço de manutenção externo e sem contrato pode ser bastante problemático, tendo em vista que muitas empresas cobram para efetuar um orçamento de reparo e não é recomendável o envio do equipamento para mais do que duas empresas. É normal que, para a elaboração de cada orçamento, as empresas abram o equipamento. Isso o deteriora significativamente e poderá onerar ainda mais a sua manutenção e durabilidade.
- Aprovação do orçamento: no caso de empresas públicas, a aprovação do orçamento pode ser bastante demorada, pois depende de uma série de fatores (disponibilidade de verbas, limites de licitação, necessidade de concorrência, etc.). A não aprovação do orçamento implica na retirada do equipamento, e todas as atividades desenvolvidas anteriormente para o seu envio devem ser repetidas para expedi-lo a outra empresa. No caso de não aprovação do orçamento, o responsável solicita os serviços de outra empresa.
- Desativação do equipamento: dependendo do valor do orçamento e do motivo da avaria, talvez a melhor opção seja investir na aquisição de um novo equipamento. Para essa decisão deve ser

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4579 FUNC.

avaliado o custo da mão-de-obra, a dificuldade de obtenção de peças de reposição, o número de vezes que este equipamento vem apresentando falhas nos últimos anos, a existência de tecnologias mais modernas com um menor custo de operação, a disponibilidade financeira da US, etc. A decisão de desativar o equipamento deve ser justificada e discutida com a administração da US.

O sistema de controle de serviços externos deve indicar com antecedência (caso seja um sistema informatizado) ou estar programado na agenda de atividades o acompanhamento, pelo responsável no grupo, do tempo previsto para a conclusão do serviço de reparo e a volta do equipamento ao serviço. É importante que este acompanhamento seja executado de forma rigorosa para forçar as empresas contratadas a cumprirem o prazo estabelecido.

Quando o equipamento retornar após o serviço ser executado ou de uma empresa cujo orçamento não foi aprovado, é importante que um técnico do grupo de manutenção verifique, se tanto o equipamento, quanto às partes e acessórios enviados, retornaram e encontram-se, pelo menos externamente, nas mesmas condições em que foram enviados.

AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DE MANUTENÇÃO

O grupo de engenharia clínica é responsável pela indicação de como será feito o serviço de manutenção nos equipamentos. O grupo deve definir qual a opção de serviço que trará a melhor relação custo/benefício para a instituição. A forma mais indicada para avaliar qual a melhor opção de serviço é elaborar um formulário de avaliação de custos de serviços, um exemplo deste formulário é ilustrado na Tabela I. Neste formulário pode-se observar que o custo não depende apenas da mão de obra e das peças de reposição, uma série de outros fatores devem ser analisados e quantificados.

SECRETARIA FLS Nº 4580

Categoria dos custos	Serviço Interno	Serviço pelo Fabricante		Serviço Terceirizado		Empresa Seguradora
		Contrato	Demanda	Contrato	Demanda	
Mão de obra		N/A		N/A		1,2
Contrato	3		N/A		N/A	1,2
Exclusão de tarefas	N/A		N/A		N/A	
Peças de reposição		2		2		1,2
Custo de armazenag.		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Custo de treinamento		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Depreciação de equip. de teste		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
"Software" de diagnóstico		N/A	N/A	2	2	1,2
"Software" de atualização		N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor do seguro	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	
Custo de deslocamento		2	2	2	2	1,2
Diversos (tempo de parada, hora extra, etc.)						1
Gerenciamento						
Extras (taxas, etc.)						
Total						

N/A - Não Aplicável;

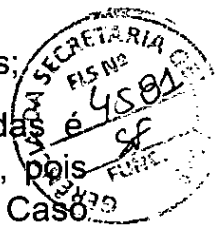
1 - Somente para manutenção preventiva;

2 - Depende das condições contratuais;

3 - Custo estimado de necessidades especiais (ex. calibração de equipamento de teste).

Alguns desses fatores podem ser facilmente quantificados, enquanto outros devem ser analisados cuidadosamente:

- Mão de obra: geralmente o custo é feito pela hora trabalhada, para determinar o custo de serviço interno é necessário possuir uma estimativa de quanto tempo o equipamento ficará em reparo por um período de tempo;
- Contrato: deve-se ter em mente que depende das exigências contratuais;



- Exclusão de tarefas: pode ser determinado nas condições contratuais;
- Peças de reposição: custo das peças, se as peças são importadas é interessante verificar se a contratada possui armazém alfandegário, pois as instituições públicas podem conseguir as isenções de impostos; Caso as peças devam ser importadas, há um tempo de espera até a chegada das mesmas, que deve ser analisado no tempo de parada;
- Custo de armazenagem: em todo tipo de armazenagem há um custo relacionado, deve-se fazer uma análise cuidadosa para determinar a necessidade ou não de se manter uma peça em estoque;
- Custo de treinamento: necessário para a capacitação dos integrantes do grupo;
- Depreciação dos equipamentos de teste: deve ser considerada a depreciação dos equipamentos do grupo que são utilizados na manutenção e teste dos equipamentos médicos;
- "Software" de diagnóstico: custo do "software" de diagnóstico;
- "Software de atualização: custo do "software" de atualização;
- Valor do seguro: determinado em contrato com a empresa seguradora;
- Custo de deslocamento: incluem despesas de viagem e hospedagem do técnico, deve ser considerada a proximidade do local de atendimento;
- Diversos: fatores como tempo de parada deve ser analisado, o custo financeiro por não realizar o serviço e o custo social, no tempo de parada devem ser considerados proximidade do local de atendimento, disponibilidade de peças, confiabilidade da empresa, etc;
- Gerenciamento: custo de gerenciamento;
- Extras: despesas como taxas, transporte, etc.

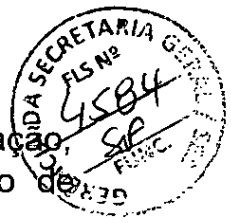
SECRETARIA 4582

Após a identificação do custo total e de todas as considerações não financeiras para cada opção de serviço, pode-se fazer a seleção final. Para isto, deve ser analisado o equipamento envolvido, a região geográfica, o nível do serviço, o tempo de resposta solicitado e as características da US. Esta análise pode ser feita utilizando uma matriz onde são atribuídos pesos e notas para cada característica analisada, como ilustrada na tabela II.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4583 FUNC.

Característica	Serviço interno		T	Serviço do fabricante		T	Serviço terceirizado		T	Seguro de manutenção		T
	P	N		P	N		P	N		P	N	
Custo estimado												
Tipo de serviço												
Proximidade ao local de atendimento primário												
Número de pessoas para atendimento primário												
Proximidade ao local do pessoal de suporte técnico												
Garantia do tempo de resposta												
Proximidade ao local das peças												
Disponibilidade de peças												
"Software" de diagnóstico												
Manual de serviço												
Horas cobertas pelo valor do serviço												
Custo das horas fora do horário contratado												
Número de chamadas para reparo por ano												
Disponibilidade se empréstimo de equipamentos												
Estabilidade organizacional												
Tempo no negócio												
Suporte do fabricante												
Qualidade do serviço												
Tempo de colocação das peças de reposição												
Reparos feitos corretamente na primeira vez												
Reparos feitos no tempo adequado												
Satisfação geral												

P – peso; N – nota; T – total.



As características acima devem ser avaliadas cuidadosamente:

- Custo estimado: o custo estimado do serviço, tem uma maior pontuação, o que apresenta o melhor preço e está relacionado com o tipo de serviço;
- Tipo de serviço: descreve qual o tipo tem maior pontuação, aquele que apresenta um serviço mais completo;
- Proximidade ao local de atendimento primário: o atendimento primário pode ser na própria US ou na prestadora de serviço; tem maior pontuação a empresa mais próxima ao US (reflete no tempo de resposta);
- Número de pessoas para atendimento primário: tem maior pontuação quem possuir o maior número de pessoas, ou seja, maior disponibilidade para executar o atendimento (também reflete no tempo de resposta);
- Proximidade ao local do pessoal de suporte técnico: quanto mais próximo maior a pontuação (reflete no tempo de reparo);
- Garantia do tempo de resposta: aplica-se quando estabelecido um tempo limite para resposta, recebe maior pontuação a empresa que garante o menor tempo de resposta;
- Proximidade ao local das peças: quanto mais próximo maior pontuação, (reflete no tempo de reparo);
- Disponibilidade de peças: se os equipamentos são importados, deve-se analisar a existência de peças em estoque no país ou se existe a necessidade de importação;
- "Software" de diagnóstico: a existência de "Software" de diagnóstico diminui o tempo de reparo;
- Manual de serviço: a existência de manual de serviço contribui para velocidade do reparo;
- Horas cobertas pelo valor do serviço: recebe maior pontuação a empresa que apresenta o maior número de horas;
- Custo das horas fora do horário contratado: recebe maior pontuação a empresa que apresenta o menor custo;

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4498

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 14

IMPLANTAÇÃO 15

Realização do inventário 16

Proposta de Questionário para Inventário 17

Levantamento do valor de aquisição atualizado do equipamento 27

ELABORAÇÃO DA PROPOSTA INICIAL DE TRABALHO 29

Classificação dos equipamentos por grupos de compatibilidade 30

Local de realização da manutenção 31

Definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado 35

Especificação do perfil e cálculo do número de pessoas para o grupo 36

Especificação da área física necessária 40

Organização dos custos de implantação e manutenção do grupo 46

Elaboração de proposta para apresentação à administração 47

GERENCIAMENTO DE MANUTENÇÃO 50

Gerenciamento dos serviços de manutenção: recebimento 50

Gerenciamento dos serviços de manutenção: manutenção 58

Gerenciamento dos serviços de manutenção: controle periódico 66

PREFEITURA SECRETARIA GERAL FLS Nº 449 71 SF FUR

MANUTENÇÃO CORRETIVA 71

Rotina de Manutenção Corretiva 72

Sub rotina de serviços terceirizados 81

Sub rotina de orçamento 86

Sub rotina de garantia 86

Sub rotina de aquisição de peças de reposição 89

MANUTENÇÃO PREVENTIVA 91

Método para priorização de equipamentos em manutenção preventiva 92

Método para a elaboração de roteiros de MP 95

CONSIDERAÇÕES FINAIS 102

GLOSSÁRIO 102

BIBLIOGRAFIA 104

ANEXOS 106

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4450 FU

INTRODUÇÃO

O objetivo deste manual é orientar uma equipe de manutenção a gerenciar suas atividades e conscientizá-la da sua importância. Ele foi especialmente elaborado para pessoas que estão iniciando um grupo de manutenção ou que querem reformular o sistema de gerenciamento já existente. Apresentamos sugestões de metodologias que deverão ser adaptadas à realidade de cada Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), conforme suas especificidades, ou seja, o tipo de EAS, sua função e, se hospital, o número de leitos, a característica do parque de equipamentos instalados, etc.

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos médico-hospitalares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento - é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos ou nas atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos. É necessário conhecer a história do equipamento dentro do EAS, a que grupo ou família de equipamentos ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que se refira ao equipamento e que possa, de alguma maneira, subsidiar o serviço de manutenção, visando obter segurança e qualidade no resultado do trabalho. Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Cabe, portanto, ao responsável pelo grupo, a partir do conhecimento do EAS, de sua infra-estrutura e do parque de equipamentos instalados, estabelecer um sistema de gerenciamento de serviços capaz de garantir a presteza e confiabilidade na execução.

Porém, todo um sistema perfeito de gerenciamento dos serviços de manutenção não será útil se não estiver efetivamente vinculado a um sistema de gerenciamento dos recursos humanos envolvidos nessa

SECRETARIA GERAL FLS Nº 454 CF FU

atividade. É imprescindível que os técnicos participem sempre de cursos de treinamento, principalmente quando novos equipamentos forem adquiridos, que haja monitoração constante de sua produtividade e da qualidade dos serviços por eles realizados, que saibam interagir com o corpo clínico de maneira cordial e eficiente, que conheça os termos médicos para entender e se fazer entender. É ainda imprescindível que o pessoal de apoio administrativo também esteja envolvido no tipo de trabalho do grupo de manutenção, que não se resume apenas nos serviços de manutenção propriamente ditos, mas, no auxílio na aquisição de novos equipamentos, na realização ou acompanhamento de testes no momento do recebimento desses equipamentos e eventualmente na instrução aos usuários sobre a sua utilização adequada.

Assim, além do gerenciamento do serviço de manutenção, cabe ao responsável pela equipe de manutenção estabelecer um sistema de gerenciamento dos recursos humanos sob sua responsabilidade capaz de garantir que todo o pessoal que compõe a equipe, sejam da área técnica ou administrativa, execute seu trabalho com qualidade. Deste modo, um sistema de gerenciando da manutenção de equipamentos médico-hospitalares só será completo se abarcar o gerenciamento dos serviços e dos recursos humanos.

IMPLANTAÇÃO

Ao ser designado ou contratado para a elaboração de uma tarefa que envolva um razoável investimento financeiro para a aquisição de recursos materiais e humanos, é de fundamental importância que o responsável por esta tarefa conheça e entenda a situação atual do ambiente em que está trabalhando. Esse conhecimento permitirá que ele apresente à sua chefia uma proposta de trabalho com todas as metas a serem atingidas e respectivas justificativas, os recursos materiais e humanos necessários, os prazos para o cumprimento desses objetivos e, principalmente, o investimento financeiro necessário para atingir cada meta.

A elaboração deste tipo de proposta é necessária não só para a montagem de um grupo de manutenção, mas para a implantação ou reformulação de qualquer atividade dessa área que envolva recursos financeiros, materiais ou humanos.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4452 SAÚDE GERÊNCIA

O objetivo deste capítulo é orientar o leitor nas várias etapas de elaboração de uma proposta para a implantação e implementação de um departamento ou grupo de manutenção em uma unidade de saúde (hospitais, centros de saúde, clínicas especializadas). É importante lembrar que a metodologia proposta neste manual leva em consideração que o grupo de manutenção será implantado em um hospital de aproximadamente 100 a 150 leitos, com um parque de equipamentos de média complexidade tecnológica.

As atividades a serem desenvolvidas são apresentadas seqüencialmente. Assim, antes de definir os recursos materiais, humanos e financeiros que fazem parte da proposta, o responsável pelo grupo de manutenção deve elaborar um inventário dos equipamentos médico-hospitalares, de apoio e de infra-estrutura existentes no hospital.

Realização do inventário

O conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos (de infra-estrutura, apoio e aplicação direta ao paciente) existente é de fundamental importância para a estruturação de um departamento de manutenção. Embora exista uma tendência de se atribuir pouca importância à realização de um inventário, é recomendável aproveitar essa oportunidade, para a obtenção de dados que serão bastante úteis na elaboração da proposta de implantação e gerenciamento do departamento ou grupo de manutenção.

A obtenção dos dados para o inventário é uma tarefa relativamente simples, embora em muitos casos, demorada, dependendo do parque de equipamentos instalados. O maior problema a ser enfrentado é o processamento desses dados para a obtenção de informações que servirão como base para o sistema de gerenciamento e como argumentos para a proposta de implantação do grupo de manutenção. A realização do inventário exige recursos materiais e humanos capazes de processar os dados obtidos nessa tarefa.

DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4453

Proposta de Questionário para Inventário

Apresentamos a seguir um exemplo de questionário que serve como auxílio para a realização do inventário. Os dados nele contidos podem fornecer informações fundamentais para o conhecimento da quantidade e qualidade dos equipamentos existentes, assim como a opinião dos usuários em relação à efetividade de cada equipamento. Embora contenha várias questões, seu preenchimento será proporcional aos recursos computacionais existentes na unidade.

Incluímos também uma relação parcial de equipamentos médico-hospitalares existentes em uma unidade de saúde que, apesar de não ser completa, serve como guia para orientar o inventariante sobre os equipamentos mais comuns existentes em um EAS.

Independentemente dos recursos para o processamento de dados obtidos no questionário, o preenchimento do primeiro conjunto de questões (questões de 1 a 4) é obrigatório, tendo em vista que os dados ali contidos compõem parte do sistema de cadastramento dos equipamentos. Esse conjunto serve para identificar os equipamentos existentes na unidade com relação ao *tipo* (ventilador, disfibrilador, etc.), ao *fabricante* (Takaoka, Spacelab, etc.), ao *modelo* (MONTEREY, FARS-600, etc.), ao *número de série* e ao *valor de aquisição atualizado.*

SECRETARIA GERENCIA FLS Nº 4454 FUNC.

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO
INDIVIDUAL DE EQUIPAMENTO

Formulário N.° _____
(não preencher)

1) - Tipo: _____ Código do equip |_|_|_|_|_|_|_|

2) - Fabricante: _____

3) - Modelo: _____ N.° Série |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4) - Valor de aquisição atualizado R$ _____

5) Número de reparos do equipamento nos últimos 6 meses: _____

6) Idade aproximada do equipamento:
a. [ ] menos de 1 ano
b. [ ] entre 1 e 2 anos
c. [ ] entre 2 e 4 anos
d. [ ] entre 4 e 10 anos
e. [ ] mais de 10 anos
f. [ ] desconhecida

6a) Esclarecer a situação do equipamento em caso de desconhecimento:
novo = N
semi-novo = S [ ]
Velho = V

7) Condição de funcionamento do equipamento:
a. [ ] funciona satisfatoriamente
b. [ ] funciona precariamente
c. [ ] não funciona

8) Especificar número médio de utilização/intervenções por semana executados com este equipamento especificamente: [ ]

9) Informar o número de operadores que utilizam o mesmo equipamento [ ]

10) Quantos dos operadores tiveram cursos de operação do equipamento [ ]

11) Esclarecer como é feita a manutenção do equipamento
a. [ ] somente internamente
b. [ ] somente através do fabricante/representante
c. [ ] somente prestadores de serviços
d. [ ] mais que uma alternativa
e. [ ] não houve manutenção até o momento

12) Em caso de já haver ocorrido manutenção no equipamento, sua opinião sobre a qualidade da manutenção executada foi:
Ruim = R
Média = M [ ]
Boa = B

13) Quando o equipamento é enviado para manutenção, qual o tempo médio (em dias) para seu retorno em operação? ??? (dias)

Comentários: _____
_____

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4455 SF FUNC.

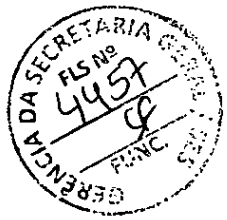
Formulário Para Cadastramento Individual de Equipamento

Relação de alguns equipamentos existentes em unidades de saúde

1. acelerador linear
2. agitador (laboratório)
3. amalgamador
4. aminoscópio
5. analisador de função pulmonar
6. analisador de oxigênio
7. analisador sangüíneo
8. aquecedores de sangue
9. aspirador cirúrgico
10. aspirador torácico
11. aspirador uterino
12. aspiradores (emergência e traqueal)
13. audiômetro
14. autoclave
15. balança analítica (laboratório)
16. balança de adulto
17. balança eletrônica
18. balança infantil
19. balão intra-aórtico
20. bebedouro
21. berço aquecido
22. bicicleta ergométrica
23. bisturi elétrico
24. bomba de cobalto
25. bomba de infusão
26. bomba de vácuo
27. cadeira de rodas
28. caixa de prova (oftalmoscopia)
29. calibrador de decibelímetro
30. calorímetro
31. cama elétrica
32. caneta de alta rotação
33. capinógrafo
34. carro de anestesia
35. central de gases
36. centrífuga
37. centrífuga refrigerada
38. ceratômetro
39. colposcópio

SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA
FLS Nº 4456
FUNC.

40. coluna pantográfica
41. compressor para central de gases
42. compressor para equipo odontológico
43. cpompressor para inalação
44. condicionador de temperatura
45. congelador ("freezer")
46. contador de célula
47. decibelímetro
48. disfibrilador
49. destilador
50. detetor fetal
51. disco esquiascópico
52. ecógrafo
53. eletrocardiógrafo
54. eletrocautério
55. eletroencefalógrafos
56. eletromiógrafo
57. endoscópio
58. equipamento de esterilização a gás
59. equipamento de esterilização a vapor
60. equipamento de hemodiálise
61. equipamento de raios-X
62. equipamento de raios-X odontológico
63. equipamento de vídeo
64. equipamento de ultra-som para diagnóstico
65. equipamento de ultra-som para monitoração
66. equipamento de ultra-som para terapia
67. equipo odontológico
68. esfigmomanometros
69. espectrofotômetro
70. estufa
71. fonocardiógrafo
72. forno de bier
73. gama câmara
74. geladeira
75. grupo gerador
76. hemodialisador peritonial
77. incubadora



78. incubadora de transporte
79. lâmpada cirúrgica
80. lâmpada de fenda ou biorrefrator
81. laser cirúrgico
82. lensômetro
83. litotriptor
84. luxímetro
85. marca passo externo
86. medidor de débito cardíaco
87. mesa cirúrgica
88. micro-motor para equipo odontológico
89. microscópio analítico
90. microscópio cirúrgico
91. monitor de ECG
92. monitor de temperatura
93. monitor fetal
94. monitores de apnea (neonatal)
95. monitores de oxigênio
96. monitores de pressão
97. nebulizadores ultra-sônicos
98. negatoscópio
99. oftalmoscópio
100. oftalmoscópio binocular indireto
101. oftalmoscópio direto
102. otoscópio
103. oxímetro (pulso)
104. processadora de filme de raios-x
105. projetor de optótipos
106. projetor de slides
107. refratômetro ou refrator
108. refrigerador comum
109. refrigerador para bolsa de sangue
110. réguas esquiascópico
111. ressonância nuclear magnética
112. retinoscópio
113. secadora de roupa (lavanderia)
114. serra de gesso
115. sistema de monitoração
116. televisão

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4538 FUNC.

fisiológica
118. tonômetro
120. umidificadores
121. unidade de autotransfusão
123. unidade de ondas curtas
125. unidades de anestesia
127. ventilador para terapia
128. ventiladores anestésicos
117. tomógrafo
119. transformador de energia elétrica
122. unidade de diatermia
124. unidade de potencial evocado
126. ventilador (tipo (eletrodoméstico)

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4459 FUNC.

Sistema de Codificação de Equipamentos

Em locais onde já exista um controle através do número de patrimônio, pode-se utilizar esse tipo de codificação. Nesse caso, o campo *código do equipamento* pode ser alterado para *número de patrimônio.* Por outro lado, geralmente o controle patrimonial envolve somente um código numérico ou alfanumérico de modo seqüencial, o que torna difícil a identificação do equipamento e, conseqüentemente, compromete o controle gerencial.

Neste manual sugerimos um tipo de codificação que só será viável, se o grupo possui, ou tem perspectivas de possuir, recursos computacionais. No caso de uma unidade com grande número de equipamentos, é praticamente impossível executar este tipo de controle de forma manual. Entretanto, a falta de recursos computacionais não deve ser um empecilho para a criação e implementação de um sistema de codificação, por mais simples que seja.

A criação de um sistema de codificação auxilia o gerente do grupo de manutenção a identificar o serviço ao qual o equipamento pertence, o número de equipamentos de um determinado tipo existem na unidade, as datas de compra de um determinado grupo de equipamentos, a quantidade e o tipo de equipamentos comprados em um determinado ano, e assim por diante. Todas essas informações são baseadas em uma codificação específica criada pelo próprio responsável pelo grupo de manutenção.

Na codificação para definição dos equipamentos, sugerimos oito dígitos de maneira que os dois primeiros dígitos deste campo identificam o serviço para o qual o equipamento está alocado; os dois seguintes, o tipo de equipamento; os outros dois quantificam os equipamentos adquiridos pela unidade de saúde em um determinado ano e, os dois últimos, o ano de aquisição do equipamento.

Segue abaixo um exemplo de codificação:

Lista de Códigos para definição de serviços dentro do EAS

AV - Ambulatório de Vascular

CC - Centro cirúrgico

EP - Enfermaria de Cirurgia Plástica

SECRETARIA DA GERÊNCIA FLS Nº 4460

EV - Enfermaria de Vascular

NE - Serviço de Neurologia

RA - Serviço de radiologia

UT - Unidade de terapia intensiva

Etc.

Lista de códigos para definição de equipamentos

VT - Ventilador para Terapia

BE - Bisturi Elétrico

RX - Equipamento de Raios-X

DS - Disfibrilador

DI - Delonizador

CV - Cardioversor

MC - Monitor Cardíaco

BI - Bomba de infusão

Etc.

Assim, no exemplo acima, o terceiro equipamento para ventilação adquirido no ano de 1994, pertencente ao Centro Cirúrgico do hospital, pode ser codificado, no campo *código do equipamento* existente no questionário, como: CC-VT0394. A quantidade de dígitos existentes neste bloco fica a critério da pessoa que desenvolve o sistema de codificação. Entretanto, é recomendável que para cada dado diferente que componha a codificação, seja definido um campo específico com a quantidade necessária de dígitos. Como sugestão para este tipo de controle é recomendável a utilização de um *software* gerenciador de banco de dados (ex: CLIPPER). Convém lembrar que, atualmente, como o gerenciamento

SECRETARIA FLS Nº 4461

de sistemas de manutenção ainda é um evento bastante novo nas unidades de saúde, informações relativas à data de aquisição do equipamento são difíceis de obter, principalmente em hospitais públicos, onde existe uma constante troca de administradores.

Ainda neste primeiro conjunto de questões pode-se incluir um campo para *o código do serviço.* Embora redundante no caso de implementação do sistema de codificação, este campo deve ser utilizado quando não existem recursos computacionais, tanto para o cadastramento quanto para pesquisas, e podem ser feitos de forma manual. Conforme mencionado anteriormente, o formulário é apenas uma sugestão e fica a critério do usuário a escolha dos campos a serem incluídos.

Conforme se verá neste capítulo, o conhecimento do valor atualizado de aquisição do equipamento, assim como do parque instalado, é de grande importância para a elaboração de relatórios que deverão ser periodicamente apresentados à chefia da unidade de saúde. Para isso, dentro do primeiro conjunto de questões, sugerimos a colocação de um campo onde é especificado o *valor de aquisição atualizado.* Esse dado pode ser obtido diretamente do setor administrativo em uma fase posterior a realização do inventário. Entretanto, o responsável pelo grupo deve ter sempre em mente que em um futuro próximo será muito importante a obtenção desta informação.

Finalmente, o campo denominado *Formulário N°* é um espaço de propriedade do digitador ou da pessoa que irá fazer o controle dos formulários. A notificação para *não preencher* só é necessária para o caso do inventário ser realizado por pessoas (estagiários, enfermeiras e auxiliares) que não fazem parte do grupo de manutenção.

Avaliação do questionário

A segunda parte do questionário (questões de 5 a 13) foi desenvolvida para a avaliação de algumas características atuais de operação e manutenção do equipamento. O modo de resposta às questões foi elaborado em um formato que facilita ao digitador a introdução dos dados no programa de processamento. Embora a utilização das questões no questionário aqui

SECRETARIA GERÊNCIA FLS Nº 4622 FUNC.

sugerido seja opcional ao usuário, as informações obtidas são fundamentais para a implantação e o gerenciamento do grupo de manutenção.

Apresentamos abaixo uma relação das informações obtidas através do questionário que podem ser utilizadas na implantação, dimensionamento e gerenciamento do grupo de manutenção:

- Os tipos e a quantidade de equipamentos disponíveis no serviço ou unidade;
- A freqüência de quebra de cada equipamento ou modelos de equipamentos;
- A freqüência de quebra de equipamentos por serviço;
- A idade de cada equipamento;
- A taxa de utilização por equipamento;
- O número de pessoas autorizadas a operar um equipamento;
- O número de pessoas treinadas para operação de um equipamento;
- O tempo em que este equipamento fica ocioso durante manutenção;
- O número de atendimentos que deixam de ser feitos por falta do equipamento;
- Se existe a possibilidade de rearranjo dos equipamentos no serviço ou unidade;
- Se existem equipamentos de reserva por serviço ou unidade;
- A taxa de ociosidade dos equipamentos;
- Os problemas existentes para a operação dos equipamentos;
- A média diária de atendimentos;
- A capacidade ociosa do serviço;
- Os problemas e limitações existentes para a execução de um determinado serviço;

SECRETARIA FLS Nº 4463 GERÊNCIA FUNS

- Tipo (preventiva e, ou corretiva), local (interna e, ou externa) e a qualidade da manutenção executada.
- O conjunto das informações acima é de grande importância para:
- O planejamento dos recursos necessários para a implantação do grupo de manutenção;
- A definição do perfil dos técnicos a serem contratados;
- A avaliação periódica do setor de manutenção;
- O estabelecimento de metas e cronogramas de execução de serviços de manutenção;
- O tipo de manutenção a ser executada por grupo de equipamentos;
- Os contratos de manutenção externos que devem ser mantidos;
- A elaboração de programa de manutenção corretiva;
- A elaboração do programa de manutenção preventiva;
- Os serviços que devem ser priorizados no atendimento de corretiva;
- elaboração do programa de treinamento a ser feito por técnicos de manutenção;
- A elaboração do programa de treinamento para os operadores de equipamentos.

É possível também a elaboração de um estudo para programação da desativação e possível substituição de equipamentos em virtude da quantidade de quebra, tempo de ociosidade, lucro cessante (equipamento deixa de produzir durante o período de manutenção) e custos de manutenção envolvidos.

Levantamento do valor de aquisição atualizado do equipamento

Conforme mencionado acima, o levantamento do valor atualizado do equipamento, assim como, do parque de equipamentos, é um dos itens importantes para gerenciamento de um departamento de manutenção.

SECRETARIA DE GERÊNCIA FLS Nº 4464 FUNC

Veremos mais adiante que vários cálculos gerenciais, relatórios e contratos se baseiam nesses valores.

Esses valores podem ser obtidos através de dois métodos:

- através do valor do equipamento na época de aquisição;

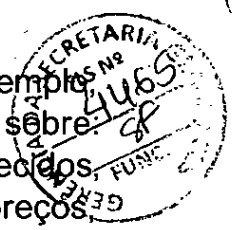
- através do custo de substituição do equipamento.

O primeiro método é o mais indicado, pois o valor do equipamento pode ser obtido através da nota fiscal e corrigido para a moeda atual, dependendo do ano de aquisição. O segundo método só deve ser utilizado em caso de inexistência de nota fiscal. Nessa hipótese, deverá ser atribuído o valor de um equipamento novo e que tenha recursos bastante semelhantes aos do equipamento pertencente à unidade de saúde.

Caso o valor do equipamento seja obtido através de nota fiscal, dependendo do ano de aquisição, é necessária a conversão deste valor para o valor em moeda atual, devidamente corrigido em função da inflação do período. Posteriormente a essa conversão deve ser efetuado o cálculo do valor real do equipamento, tendo em vista a depreciação que ocorreu ao longo dos anos de utilização. Os administradores, para efeito de contabilização, sugerem uma depreciação de 10% ao ano. Assim, para efeito de contabilidade, um equipamento de 5 anos teria um valor 50% menor que seu valor de aquisição. Para facilitar os cálculos sugerimos converter o valor registrado na nota fiscal em dólares americanos naquela data. Embora no Brasil tenha ocorrido um acréscimo, mesmo em dólares, no preço dos equipamentos, a porcentagem de erro que deve ocorrer no cálculo final será compensada pelo volume de trabalho que haveria se todos os cálculos de conversão e atualização estivessem baseados em moeda local.

Utilizando-se o método e o custo de substituição, estima-se que, na data de aquisição, o valor do equipamento existente na unidade de saúde seja o mesmo valor do equipamento novo. A depreciação é calculada de acordo com o número de anos de utilização do equipamento. Para a obtenção deste valor sugerimos três opções:

- Entrar em contato com fabricantes nacionais dos equipamentos;



- Utilizar alguma fonte de informações em nível internacional, por exemplo, o ECRI - Product Comparison Sistem (informações básicas sobre: funcionamento, estágio de desenvolvimento, problemas conhecidos, dados comparativos com fabricantes conhecidos incluindo lista de preços, dados atualizados, custo de substituição);
- Estimar o valor de equipamentos similares, no caso de equipamentos modelos não mais fabricados.

ELABORAÇÃO DA PROPOSTA INICIAL DE TRABALHO

Para a elaboração de proposta de implantação de uma equipe de manutenção em um EAS, deve-se adotar a seguinte seqüência de procedimentos:

- Classificação dos equipamentos por grupos de compatibilidade;
- Definição do local de realização da manutenção;
- Definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado;
- Especificação do perfil e cálculo do número de pessoas para o grupo;
- Especificação da infra-estrutura física necessária;
- Definição da infra-estrutura material necessária;
- Cálculo dos custos de implantação e manutenção do grupo.

Provavelmente, ao contratar a pessoa para implantar o grupo de gerência e manutenção, o responsável por essa contratação apontou os problemas relativos à área de equipamentos hospitalares que mais afligem o hospital. Esses problemas auxiliarão a priorizar os serviços do EAS (Ambulatórios, Centro Cirúrgico, UTI, etc.), para os quais deverão ser desenvolvidas as atividades do grupo de manutenção. Assim, para iniciar a implantação do grupo, recomenda-se:

- Priorizar os pontos críticos apontados pela administração do hospital;
- Para serviços hospitalares cujos operadores e o pessoal clínico em geral estejam satisfeitos com a manutenção externa e os custos dos contratos não sejam tão elevados, evitar, em um primeiro momento,

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 9466 FUNDAÇÃO GERÊNCIA

a transferência da manutenção de equipamentos para o grupo a ser implementado;

- Para equipamentos cuja complexidade de manutenção exija técnicos com treinamento especializado, tentar manter os contratos de manutenção existentes até o momento em que haja a possibilidade de treinamento de técnicos internos do grupo.

Classificação dos equipamentos por grupos de compatibilidade

Com essas premissas em mente, e acompanhando a seqüência de atividades definidas acima, deve-se primeiramente fazer a seleção e classificação dos equipamentos em grupos. Essa atividade tem como finalidade facilitar a quantificação dos recursos materiais e humanos, assim como a definição do perfil do pessoal a ser contratado para atuar em cada grupo de equipamento.

Agrupamento por sistema fisiológico, ou seja, equipamentos destinados ao tratamento ou diagnóstico de sistemas fisiológicos: cardiovascular, pulmonar, nervoso, endócrino, etc. Esse tipo de classificação causa uma superposição considerável de equipamento com o mesmo princípio de funcionamento. Nesse caso, sugerimos que o responsável pelo grupo de manutenção somente utilize essa classificação quando o EAS contar com um grupo de médicos especializados e com equipamentos de alta complexidade para o tratamento de um dos sistemas fisiológicos mencionados acima;

- Agrupamento por especialidade clínica, ou seja, equipamentos utilizados em serviços médicos tais como; pediatria, obstetrícia, cardiologia, radiologia etc. Nesse caso, vale a mesma observação feita para o item "c".

Pode-se notar que, em qualquer modo de divisão adotado, vários equipamentos se encaixam em mais de um grupo, como é o caso de equipamentos de raio X que se encaixam tanto no grupo de imagem como no grupo de diagnóstico. A maneira pela qual o responsável pelo grupo de manutenção irá dividir é particular, dependendo de cada tipo

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4967 GERÊNCIA FUNDAÇÃO

de hospital e de sua experiência pessoal. Entretanto, este tipo de divisão tem a finalidade de:

- Facilitar a instalação da infra-estrutura necessária para manutenção de cada grupo de equipamentos (local de gases para teste dos ventiladores, pontos de energia de diferentes tensões para equipamentos eletrônicos, tanque de limpeza de materiais empoeirados ou com graxa, capela de fluxo para limpeza de equipamentos de ótica, etc.);
- Facilitar o gerenciamento de equipamentos cuja manutenção será executada externamente;
- Auxiliar na definição do perfil dos técnicos que devem atuar em cada grupo de equipamentos;
- Facilitar o sistema de gerenciamento de produtividade e custo da mão-de-obra por grupo.

Local de realização da manutenção

É virtualmente impossível para um grupo de manutenção dar suporte para todos os equipamentos do hospital através de serviços internos. O hospital necessita de serviços externos para a manutenção de equipamentos de maior complexidade eletrônica, através de contratos para áreas específicas. No Brasil, os contratos são normalmente destinados a equipamentos de alta e média complexidade, que devem, em princípio, representar de 4% a 10% do parque de equipamentos instalados em termos quantitativos. Por outro lado, esses equipamentos podem atingir de 30% a 60% do valor total do parque.

Partindo do princípio de que o grupo de manutenção está na fase de implantação e que o pessoal contratado ainda não está familiarizado com a manutenção de equipamentos médicos, seria interessante que em um primeiro momento os equipamentos destinados à manutenção interna sejam *equipamentos de baixa complexidade. Os* equipamentos de *média complexidade e alta complexidade* devem ser deixados para etapas posteriores, quando o próprio responsável pelo grupo estiver mais familiarizado com o sistema e mais apto a solucionar os problemas que certamente ocorrerão nessa

SECRETARIA FLS Nº 4468

primeira fase. Um outro motivo para essa cautela é que normalmente a unidade de saúde possui um grande número de equipamentos de baixa complexidade, que irão exigir uma quantidade razoável de horas de serviço do pessoal técnico.

Considerando que a decisão sobre o local de manutenção é uma questão puramente técnica, ou seja, que não existe uma solicitação específica da administração para um determinado tipo ou grupo de equipamentos, a manutenção interna ou externa de cada grupo de equipamentos é baseada tanto na disponibilidade de recursos materiais e humanos quanto nos custos para treinamento e manutenção de pessoal especializado. Para a decisão entre manutenção interna ou externa, deve-se considerar vários fatores:

- Existência de pessoal treinado para a manutenção de cada tipo e modelo de equipamento. A contratação de pessoal com treinamento na área de equipamentos médicos é uma tarefa ainda bastante complexa. Normalmente, o pessoal disponível no mercado é proveniente de escolas técnicas que possuem somente o curso para técnicos em eletrônica ou mecânica;

- Existência de documentação técnica referente ao equipamento a receber manutenção internamente. Em muitos casos, devido ao desconhecimento por parte dos compradores de equipamentos, não houve a exigência em contrato ou edital, do fornecimento de documentação técnica, a não ser do manual de operação. Desta maneira, fica bastante complicado para um recém criado grupo, fazer manutenção em equipamentos sem a respectiva documentação técnica;

- Existência de equipamentos de teste e calibração para a avaliação do equipamento após a manutenção. Vários tipos de equipamentos, principalmente aqueles que representam riscos ao paciente (vide portaria conjunta SVS/SAS n°1, de 23/01/1996 do Ministério da Saúde), necessitam de testes de segurança e, ou calibração logo após uma manutenção preventiva ou corretiva. Nesses casos, o responsável pelo grupo de manutenção deve estar bastante atento, pois, em caso de algum acidente hospitalar por falha do equipamento, a equipe de manutenção poderá ser responsabilizada;

SECRETARIA FLS Nº 4469 Em

- Proximidade do fabricante ou representante técnico do equipamento. Em alguns tipos de manutenção externa, o custo do transporte do equipamento até o representante técnico ou deste para o hospital, pode se tornar mais caro que a própria manutenção. Nesses casos, seria importante investir ou programar futuros investimentos para o treinamento de pessoal interno. Determinados fabricantes de equipamentos ou grupos de manutenção, no Brasil, oferecem cursos ou estágios com esta finalidade;
- Possibilidade de aquisição de peças originais. É possível que uma equipe de manutenção possua pessoal treinado e equipamentos de teste para a manutenção de um determinado equipamento e opte por manutenção externa devido à dificuldade de obtenção de peças de reposição. A responsabilidade pela falta de calibração em um equipamento de sustentação de vida após sua manutenção é tão grande quanto a não colocação de determinadas peças ou dispositivos originais. Devido à falta de exigência contratual no momento da aquisição do equipamento, e dependendo da política interna da empresa fornecedora, esta pode recusar o fornecimento de peças de reposição ao grupo de manutenção. Também nesses casos é recomendável que, na fase de implantação do grupo, algumas manutenções sejam realizadas pelo fabricante ou representante técnico.

Apresentamos a seguir uma sugestão para auxílio na decisão entre a realização de manutenção interna ou externa, que consiste no preenchimento de uma tabela para cada equipamento ou grupo de equipamentos, na qual se atribui uma pontuação para cada parâmetro colocado.

EQUIPAMENTO:			
GRUPOS	PARÂMETROS	PONTOS	TOTAL
I	Solicitação da administração	?	
II	Necessidade de rápido "tempo de resposta"	?	
III	Existência de pessoal treinado	10	
	Pessoal qualificado, mas não treinado	8	
	Pessoal com baixa qualificação técnica	0	
IV	Fácil acesso a peças de reposição	2	
	Relativa dificuldade para obter peças de reposição	1	
	Total impossibilidade de obter peças de reposição	0	
V	Existência de equipamentos de teste e ferramental	2	
	Existência apenas de ferramental	1	
	Não existência de ferramental e equipamentos	0	
VI	Existência de documentação técnica	2	
	Não existência de documentação técnica	0	
TOTAL			

Tabela 1 - Pontuação atribuída a parâmetros que devem ser levados em consideração no auxílio da seleção de equipamentos para manutenção interna

A seleção de cada tipo de equipamento para manutenção interna é feita através da soma algébrica dos fatores técnicos incluídos nos grupos III+IV +V+ VI, que deve atingir um mínimo de 13 pontos. Assim, se para a manutenção corretiva de um determinado equipamento existir pessoal treinado (10 pontos), for fácil a obtenção de peças (2 pontos), existir apenas o ferramental para execução do trabalho (1 pontos) e não houver documentação técnica (0 pontos), este deverá ser incluído no grupo de equipamentos para manutenção interna tendo em vista que a soma totaliza 13 pontos. A inexistência de documentação técnica não deve ser um fator limitante na manutenção no caso do grupo possuir pessoal treinado no reparo do equipamento. Além disso, a grande maioria dos grupos de manutenção não possui documentação dos equipamentos sob sua

responsabilidade. Cabe ao responsável organizar seu gerenciamento de modo a exigir do fabricante a documentação necessária para manutenção no momento da aquisição do equipamento.

O grupo I foi colocado na tabela porque, conforme já explicado acima, a solicitação da administração é um parâmetro totalmente político e que pesa fortemente na decisão do responsável pelo grupo. Assim, mesmo que exista pessoal qualificado, mas não treinado, é importante que o responsável leve em consideração esse parâmetro.

O parâmetro considerado no grupo II leva em conta a necessidade resposta rápida na manutenção. Este parâmetro, normalmente, deve ser considerado para equipamentos que não possam ser substituídos em caso de quebra, ou seja, o EAS não possua equipamentos de reserva. Nesse caso, a consideração para inclusão ou não na lista de equipamentos para manutenção interna deve levar em consideração os demais fatores, principalmente a existência de pessoal treinado e de ferramental necessário, o fácil acesso a peças de reposição e a necessidade de ferramental.

Definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado

Entre os vários tipos de contratos que podem ser elaborados para manutenção externa de equipamentos hospitalares, sugerimos duas alternativas: *contratos de serviço por períodos determinados e contratos de serviço sob demanda.*

O *contrato de serviços por período* mais utilizado é o que inclui a mão de obra para manutenção corretiva (opcionalmente também a manutenção preventiva pode ser incluída) no valor do contrato entre a unidade de saúde e a empresa prestadora de serviço. Esse tipo de contrato é feito para equipamentos mais sofisticados (raios-X, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, gama câmara, acelerador linear, ultra-som, etc.), quando o custo de treinamento, o valor dos equipamentos necessários para teste de calibração, a dificuldade de obtenção de peças de reposição e provavelmente o salário diferenciado a ser pago para o técnico, não justificam a manutenção interna.

Entre as modalidades de *contrato de serviço sob demanda* podemos destacar duas: solicitação de concerto para empresas prestadoras de serviço

SECRETARIA FLS Nº 4472

com preço e qualidade de trabalho e contrato com uma empresa específica, para atendimento de um grupo específico de equipamentos, em que a solicitação de concerto seria feita sob demanda. O primeiro tipo de contrato é bastante utilizado pelas equipes de manutenção para equipamentos de média e baixa complexidade. Nesse caso, a empresa só é chamada quando ocorre a necessidade de uma manutenção corretiva, sendo que o responsável pelo grupo deve sempre verificar o preço cobrado pelo serviço, comparando-o com outras empresas, e a qualidade do serviço prestado. Para grupos de manutenção pertencentes a estabelecimentos públicos, de acordo com o valor do serviço, será necessária a abertura de edital, com cláusulas que prevejam o valor e a qualidade do serviço. Na segunda modalidade de contrato de serviço sob demanda existe um contrato formal com um determinado prestador de serviço, que é pago pela manutenção corretiva somente quando ocorre a quebra do equipamento, não existindo a obrigatoriedade de um pagamento mensal, como é o caso de contratos de serviço por período. Esse tipo de contrato deve ser utilizado para equipamentos de média e baixa complexidade, que raramente quebram e que não estão incluídos no programa de manutenção preventiva. Embora pouco utilizada no Brasil, este tipo de contrato pode trazer algumas vantagens em termos de preço, tendo em vista a exclusividade, durante a vigência do contrato, do prestador de serviço, que em princípio foi também escolhido em função do preço e da qualidade.

Qualquer que seja o tipo de contrato a ser adotado, o modo pelo qual ele será negociado com a empresa e gerenciado pelo grupo de manutenção é um dos pontos críticos que define como o grupo, e conseqüentemente o seu responsável, será visto pelo restante do pessoal de saúde e principalmente pela administração da unidade.

Especificação do perfil e cálculo do número de pessoas para o grupo

Uma vez separados por grupo de compatibilidade e definidos o número e o tipo de equipamentos serão mantidos internamente pelo grupo, pode-se fazer a quantificação e a especificação do perfil do pessoal a ser contratado.

A quantidade de pessoas necessárias para cada grupo de equipamentos está diretamente relacionada com a quantidade de horas de trabalho anual que o grupo deve efetivamente dispor para manter todos os equipamentos

SECRETARIA GERAL FLS Nº 2473

selecionados para serviço interno. Para este cálculo deve-se conhecer o número médio de horas necessárias para manutenção corretiva de cada equipamento (TMR), o tempo médio entre falhas de cada um destes equipamentos (TMF), e a quantidade de cada tipo de equipamento. Nesse cálculo, somente devem ser considerados os equipamentos selecionados pelo grupo para a manutenção corretiva interna. A manutenção preventiva também não deve ser considerada aqui, pois este procedimento só deverá ser adotado algum tempo (aproximadamente 12 meses) após a implantação do grupo de corretiva.

Para o cálculo anual da quantidade de horas de trabalho necessárias para manutenção corretiva (NHT/ano), temos:

NHT/ano = (n° de equipamentos do mesmo tipo) x (TMR) x (12meses/TMF)

Por exemplo, se a unidade dispõe de 6 monitores cardíacos, a média do número de horas para manutenção corretiva é de 2 horas por equipamento (TMR = 2 horas) e, se cada equipamento quebra em média 1,8 vezes por ano (para um TMF= 6,5 meses), será necessário dispor de um total de 21,6 horas técnicas por ano para este tipo de equipamento (6 equip. x 2 horas/corretiva x 1,8 vezes/ano).

Utilizando o mesmo procedimento de cálculo acima para todos os equipamentos enquadrados pelo grupo para manutenção corretiva interna e, somando todos os tempos (NHT/ano) obtidos, é possível obter o número total de horas técnicas que o grupo efetivamente deverá dispor para atender a manutenção interna do hospital. Infelizmente, tanto o TMF como o TMR são valores que ainda não são de fácil obtenção no Brasil. A tabela abaixo mostra valores de TMF, em meses, para os equipamentos médico-hospitalares com maior utilização dentro do complexo de saúde da Universidade Estadual de Campinas. Esses valores foram levantados com base em aproximadamente 24.000 ordens de serviços (últimos 30 meses) executadas pelo Centro de Engenharia Biomédica da UNICAMP. Os valores apresentados na tabela representam a média dos períodos transcorridos entre manutenções corretivas para cada tipo de equipamento, independentemente de sua marca. É possível que o valor médio apresente distorções entre um fabricante e outro, mas, como o número de OS's levantadas é bastante significativo, essas distorções podem ser reduzidas. Salientamos que esses autores desconhecem

SECRETARIA FLS Nº 4474 SF

publicações que informem valores de TMR e TMF para equipamentos de infra-estrutura no Brasil.

EQUIPAMENTO	TMF	EQUIPAMENTO	TMF
Agitador de plaquetas	30*	Estufa de uso comum	24
Agitador de tubos	30*	Foco cirúrgico	5,5
Agitador magnético	30*	Fonte de luz	11
Agitador orbital	24	Forno de bier	13,5
Aparelho de raios-X	09	Fototerapia	15
Aspirador cirúrgico	24	Freezer horizontal	30
Aspirador e compressor	15	Freezer vertical	12
Autoclave	10	Incubadora	7,5
Balança antropométrica	30*	Lâmpada de fenda	08
Balança eletrônica	30*	Laringoscópio	15
Banho-maria	30*	Mamógrafo	4,5
Berço aquecido	10	Máquina de hemodiálise	2,5
Bisturi elétrico	4,5	Mesa cirúrgica	7,5
Bomba de infusão	7,5	Mesa ginecológica	30*
Bomba de vácuo	30*	Microcentrifuga	15
Bomba de vácuo e ar	30*	Microscópio	20
Bomba para circulação extracorpórea	4,5	Microscópio cirúrgico	04
Broncoscópio	04	Microscópio eletrônico	02
Cardioversor	10	Monitor cardico	6,5
Centrífuga de bancada	30*	Monitor de pressão não invasiva	03
Centrífuga refrigerada	08	Monitor fisiológico	7,5
Colposcópio	8,5	Oftalmoscópio	20
Compressor de ar	15	Otoscópio	30*
Destilador	11	Oxímetro de pulso	09
Detetor fetal	15	Phmetro	15
Eletrocardiógrafo	06	Processadora	2,5
Eletroencefalógrafo	2,5	Refrigerador	30*
Equipo odontológico	06	Respirador	03
Estetoscópio	09	Serra de gesso	24

*Equipamentos cujo MTF émaior do que 30 meses, ou seja, que não apresentaram ocorrências no histórico de manutenção durante o período observado.

Os valores discriminados na coluna "TMF" significam o período, em meses, transcorrido entre as manutenções corretivas. Assim, por exemplo, o período médio entre manutenções corretivas de um aspirador compressor é de 15

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4475 SES FURP

meses, enquanto que para um broncoscópio esse período é de 4 meses. É muito importante salientar que os valores de TMF apresentados nessa tabela são oriundos de equipamentos pertencentes a um local somente (UNICAMP). Hospitais que possuem equipamentos mais antigos, mais novos ou com tecnologias diferentes, certamente terão valores um pouco diferentes.

Tendo o número total de horas que o grupo deve dispor para manutenção corretiva anual de todos os equipamentos selecionados para a manutenção interna, torna-se possível calcular o número de pessoas necessárias para realizar todo o trabalho. O primeiro valor a ser obtido é o número de horas por ano que um técnico realmente trabalha na manutenção corretiva, ou seja, o tempo total por ano que este técnico está, de fato, consertando um equipamento. Para esse cálculo temos:

- Total de horas de trabalho/ano = (40horas/semana x 52 semanas) = 2080 horas
- Total de horas a serem descontadas:

  Mínimo de 10 feriados por ano = 80 horas

  Férias anuais do funcionário = 160 horas

  Média anual de dias que o funcionário pode adoecer = 40 horas
- N° de horas que o técnico está disponível no hospital = 2.080 - 280 = 1.800 horas

Um outro ponto a ser considerado nesse cálculo é a produtividade do funcionário. Embora ele esteja presente no hospital, nem sempre está na bancada reparando um equipamento. De um modo geral, a literatura (Bronzino, 1992) sugere que seja usado um valor aproximado de 70% para o tempo em bancada. Mesmo bastante otimista para um cálculo inicial, esse valor deverá ser ajustado de acordo com a produtividade medida no desenvolvimento do trabalho pelo grupo de manutenção.

Assim, adotando o valor de 70% para a produtividade, o tempo total no período de um ano que o técnico estará realmente consertando um equipamento, ou seja, o tempo real para manutenção (TMC) será de 1.260 horas.

SECRETARIA GERAL Nº 2476 FUNF. SES

Dividindo a quantidade de horas de trabalho necessárias para manutenção corretiva (NHT/ano) por TMC, teremos o número total de técnicos necessários para a manutenção de todos os equipamentos selecionados pelo grupo para a manutenção corretiva interna.

Por exemplo, se após somarmos todos os NHT/ano de todos os equipamentos para manutenção corretiva interna, obtivermos um valor igual a 7500 horas, a divisão deste valor por um TMC de 1260 horas, indica a necessidade da contratação de 6 técnicos. Para facilitar o cálculo do número de técnicos para cada grupo de equipamentos (vide item 2.1 - Classificação dos Equipamentos por Grupo de Compatibilidade), o NHT/ano utilizado será o resultado obtido pela soma de todos os equipamentos de cada grupo de compatibilidade.

Queremos salientar novamente que não foi possível obter valores para a elaboração dos cálculos acima, para equipamentos de infra-estrutura. Por outro lado, a prática do pessoal de manutenção de infra-estrutura hospitalar demonstra que o custo anual desta manutenção é de aproximadamente 7% a 10% do valor total da obra.

Especificação da área física necessária

Os dados existentes no Brasil para a definição da área física ainda estão em estudo. Dados que descrevem as áreas necessárias por atividade estão disponíveis somente em livros estrangeiros (Veterans Health Administration). Dessa maneira, a informação contida na tabela abaixo é somente uma sugestão baseada em literatura estrangeira, mas que pode ser adotada também no Brasil.

O espaço de $37m^2$ é a área mínima para a instalação de um grupo de manutenção. Além desta área mínima, sugerimos um espaço de $9,3m^2$ para cada empregado que deve ser dividida entre o grupo de manutenção corretiva de equipamentos de eletrônica e de mecânica. Essa área total inclui um espaço entre as bancada para a colocação de algum equipamento de grandes dimensões (máquina de hemodiálise, ultra-som, estufas, etc.), espaço para a passagem de outro equipamento, arquivos, alguns equipamento mecânicos (furadeira de bancada, torno, esmeril de bancada, bancadas planas para trabalhos mecânicos, etc.).

SECRETARIA GERAL DA GERÊNCIA FLS Nº 147 SUS

Manut. corretiva e desenvolvimento	37m^2 (espaço mínimo) + 9.3 m^2/empregado
Recebimento e limpeza	9 m^2 (espaço minimo) + 2,3 m^2/empregado
Armazenagem	9 m^2 (espaço mínimo) + 2,3 m^2/empregado
Reuniões e biblioteca	14 m^2
Sala do diretor	14 m^2
Secret. e sala de espera	11 m^2 para 1 empregado mais 7,5 m^2/empreg Adicional
Banheiros	1 para até 20 ampregados

A área destinada ao recebimento e limpeza é um espaço onde o funcionário pode tanto abrir e limpar o equipamento como fazer os testes de inspeção para novos equipamentos adquiridos pelo EAS.

Na área de armazenamento, deve-se levar em consideração os armários necessários para o armazenamento de equipamentos e espaços no solo para o armazenamento de equipamentos de grandes dimensões.

Definição da infra-estrutura material necessária

Além das considerações já feitas, devemos considerar também os itens de materiais relacionados abaixo, que devem compor a infra-estrutura da equipe de manutenção.

- Ferramentas necessárias para os técnicos de eletrônica, mecânica e refrigeração (vide ANEXO I);
- Equipamentos essenciais para utilização em bancada (ANEXO II), equipamentos para teste e calibração de equipamentos médico-hospitalares (ANEXO III);
- Documentação técnica;
- Telefone e, ou Central de recados (bip);
- Escritórios, suprimentos operacionais (canetas, envelopes, papéis, etc.);
- Infra-estrutura predial para manutenção;

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4478 FUNC.

- Assinatura de revistas e publicações técnicas, compra de livros, etc;
- Diversos

Ferramentas necessárias para os técnicos de eletrônica, mecânica e refrigeração.

Como será visto nos capítulos sobre manutenção corretiva e preventiva, todas as vezes que um técnico é enviado para execução de um serviço fora da oficina (relacionado a um equipamentos ou manutenção predial), deve levar consigo uma maleta com um mínimo de ferramentas essenciais. Este procedimento reduz significativamente o tempo de reparo, assim como evita as idas e vindas entre a oficina e o local de execução do serviço. No Anexo I há uma lista com a relação das ferramentas básicas necessárias para técnicos de manutenção de equipamentos eletrônicos, mecânicos e de refrigeração. Cada técnico deve ter uma maleta para guardar estas ferramentas, assim como outros materiais específicos do conjunto de equipamentos pelos quais ele é responsável. No Anexo II apresentamos uma relação de equipamentos de utilização geral que devem fazer parte dos recursos do grupo de manutenção. Como o manual é destinado à implantação de um grupo de manutenção de equipamentos e materiais de infra-estrutura existentes em um hospital, a relação contempla um número bastante grande de equipamentos para manutenção de itens de hotelaria, eletrônicos, mecânicos e de infra-estrutura predial.

Material para teste e calibração de equipamentos sob manutenção

O Anexo III relaciona os equipamentos de teste e calibração que são muito utilizados por equipes de manutenção de equipamentos médico-hospitalares. É importante salientar que, embora nem todos os equipamentos possam ser adquiridos em função do alto custo total, alguns deles são fundamentais para o grupo (marcados com *), tendo em vista que são utilizados para teste de equipamentos médico-hospitalares para sustentação de vida dos pacientes.

Documentação técnica

Nem todos os equipamentos existentes no hospital possuem documentação técnica que auxilie sua manutenção. Enquanto alguns fabricantes se dispõem a entregar esta documentação gratuitamente, outros somente as vendem. Entretanto, nem todos os fabricantes estão dispostos a fornecer a documentação, tendo em vista que favorecem seus representantes técnicos

SECRETARIA DE GERENCIA FLS Nº 4479 FLHC.

na região. Assim, logo que o grupo de manutenção for implantado, seu responsável deve visitar os vários serviços clínicos e reunir toda a documentação relativa aos equipamentos do hospital, inclusive os manuais de operação ainda existentes (vide capítulo 3, sobre gerenciamento). Com isso, é possível identificar a documentação faltante e tentar providenciá-la junto ao fabricante ou a outros hospitais que possuam o mesmo equipamento. Por essa razão, é necessário programar uma reserva financeira para a aquisição da documentação dos equipamentos com maior prioridade, ou seja, daqueles que terão manutenção interna e que foram priorizados em função da tabela 1 de decisões, já apresentada no item "Local de Realização da Manutenção".

Telefone e, ou Central de recados (bip)

O sistema de comunicação do local onde está localizado o grupo de manutenção, assim como a comunicação entre os técnicos do grupo, é fundamental tanto para o gerenciamento como para a visão do usuário com relação à qualidade do serviço oferecido. Assim, caso a administração permita, além da obrigatoriedade de instalação de um sistema de telefonia, seria importante o aluguel de um sistema de comunicação do tipo "bip" ou "pager" que permita a implantação de um programa de plantão noturno ou de final de semana à distância, assim como a localização do pessoal técnico em casos de emergência. O grau de dificuldade que o usuário encontra para comunicação com o pessoal de manutenção reflete diretamente na visão de qualidade de serviço que o grupo pretende apresentar.

Escritórios, suprimentos operacionais (canetas, envelopes, papéis, etc.)

Com a implantação do grupo, é necessário que sejam considerados os custos relativos à aquisição de mobiliário para escritório (escrivaninhas, mesas para computadores e, ou máquinas de escrever, computadores e seus acessórios, impressoras, armários, prateleiras, arquivos de aço, cadeiras e mesa para reunião) e mobiliário para a oficina de manutenção (bancadas, armários, mesas e cadeiras).

Além do mobiliário, a manutenção exige uma série de materiais e atividades burocráticas que envolvem desde o gerenciamento diário do grupo até a comunicação escrita com os usuários dessa infra-estrutura. Assim, caso os materiais de escritório não sejam diretamente fornecidos pela administração do hospital, é necessário uma programação financeira para a aquisição de

papéis, canetas, borrachas, fita de maquinas de escrever, material de informática, etc.

Para o pessoal que trabalha com equipamentos eletrônicos, é importante que sejam instaladas nas bancadas, tomadas com configurações (pinos - redondos e chatos, triangulares, etc.) e tensões (110 V e 220 V) que permitam a conexão dos diferentes equipamentos existentes na unidade. O Anexo VII apresenta sugestão para o projeto de uma bancada para oficina mecânica. A eliminação do armário existente em cima e substituição por uma prateleira (tábua), permite sua utilização em oficina eletrônica. Nessa prateleira serão colocados equipamentos de teste e de geração de sinais.

Infra-estrutura predial para manutenção

Devido ao grande universo de equipamentos médico-hospitalares que utilizam diferentes princípios físicos e diferentes fontes de energia elétrica ou mecânica, é necessário que a oficina possua cada uma dessas fontes para que os equipamentos possam ser operados. Assim, é necessário que sejam instalados pontos de ar comprimido para o funcionamento de ventiladores mecânicos, rede elétrica para 110V e 220V com tomadas de diferentes tipos pelo motivo mencionado acima, uma rede de terra de acordo com as normas ABNT (NBR 5410, NBR 5419 e NBR 13534), iluminação de acordo com as orientações técnicas da NR-15, Anexo quatro da portaria de 08/06/78 do Ministério do Trabalho, níveis mínimos de iluminamento em Lux por atividade, um tanque grande com ponto de água para lavagem de equipamentos e peças sujas de graxa ou eventualmente de substâncias orgânicas, um ponto de ar comprimido para limpeza de materiais empoeirados através de ar pressurizado e um armário, preferencialmente na parte externa, para armazenamento das substâncias inflamáveis (querosene, éter, gasolina, álcool) utilizadas na limpeza e desengraxe de alguns componentes elétricos, óticos e mecânicos.

Assinatura de revistas e publicações técnicas, compra de livros, etc.

A aquisição de revistas, publicações especializadas, manuais de manutenção e livros técnicos, é fundamental para que as pessoas do grupo possam estar sempre atualizadas com o que ocorre na área de manutenção. Por menor que seja o número de pessoas que compõem esse grupo, é importante a existência

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4481 FUNC

de fontes de informações sobre os novos lançamentos de equipamentos médico-hospitalares a nível nacional e internacional, locais de aquisição de peças de reposição, dispositivos de infra-estrutura predial e sensores médicos. Essas informações, bem como os catálogos de equipamentos, são normalmente distribuídas gratuitamente pelos próprios fabricantes ou fornecedores dos materiais. A organização de uma pequena biblioteca que contenha todas estas informações é muito importante para o caso de especificações técnicas de novas aquisições, assim como, para a discussão com o corpo clínico sobre os recursos que cada equipamento pode oferecer. É também importante a aquisição de livros sobre sistemas de gerenciamento em manutenção e sobre os princípios de funcionamentos de alguns equipamentos médico-hospitalares tais como ultra-som, tomografia computadorizada, raios-X, ressonância nuclear magnética, etc. O entendimento básico do princípio de funcionamento desses equipamentos auxilia a discussão com os médicos e a programação de eventuais cursos de atualização para o corpo técnico do grupo de manutenção.

Diversos

O cálculo de uma reserva financeira para este item depende do tipo de estrutura do EAS, assim como das necessidades do grupo de manutenção. Em alguns casos, por exemplo, o local de manutenção fica distante dos locais onde estão os equipamentos, o que implica na necessidade de transporte. Dependendo da filosofia administrativa do EAS, o grupo deve possuir um meio de transporte, o que demanda gastos com manutenção e combustível, ou então o transporte do equipamento deve ser providenciado pela unidade que solicita o serviço. Um outro problema que depende da administração da unidade é a responsabilidade pelo transporte de pessoas para aquisição de peças de reposição. Assim, antes de fechar o orçamento para implantação do grupo e futuramente o orçamento anual para a manutenção do grupo, é importante que o responsável avalie itens como:

- Transporte de equipamentos e o custo do seguro para este transporte
- Transporte de pessoal para o local de reparo dos equipamentos
- Diárias para pessoal de compras ou treinamentos
- Despesas de viagem para eventuais treinamentos

- Despesas com pessoal para eventuais visitas ao fabricante fornecedor
- Despesas de viagem para eventuais visitas aos prestadores de serviço
- Despesas de viagem para visitas a outros grupos de manutenção
- Aquisição de equipamentos de laser (rádio, toca fitas, geladeira, etc.)
- Despesas com lanches, café, etc.
- Pagamento de aluguéis (sistemas de comunicação, área ocupada pela manutenção, equipamentos específicos, etc.)
- Aquisição de materiais de limpeza

Organização dos custos de implantação e manutenção do grupo

Uma das maneiras de simplificar o cálculo do custo de implantação e manutenção do grupo de manutenção e de facilitar a apresentação do relatório à administração é enquadrar cada um dos itens acima em duas classes, ou seja, *itens de custo variável* e *itens de custo fixo.*

Itens de custo variável são aqueles cujo valor se altera de maneira diretamente proporcional à produção do grupo; quanto maior a produção, maior o gasto que o grupo terá com esses itens. Itens de custo variável também podem ser entendidos como aqueles que não existirão se não houver força de trabalho. Nessa classe não enquadram:

- Despesas com treinamento dos funcionários
- Material de consumo para o escritório
- Aluguéis de sistemas de comunicação
- Peças de reposição de alta circulação (componentes eletrônicos, peças mecânicas de pequeno porte, substâncias de limpeza, etc.)
- Qualquer outra despesa que dependa do trabalho desenvolvido pelo grupo (viagens, combustível, diárias, etc.)

Itens de custo fixo são aqueles cujo valor não se altera, independentemente da quantidade de trabalho desenvolvido. Nessa classe são enquadrados:

- Salários e encargos dos funcionários do grupo de manutenção;
- Aluguel e, ou valor da área onde está localizada a equipe de manutenção;
- Depreciação do capital investido em equipamentos de teste e calibração;
- Sistemas de comunicação que sejam adquiridos em caráter permanente;
- Peças de reposição que devem ficar armazenadas em função da dificuldade ou demora em sua obtenção (tubos de raios-X, placas de circuito impresso de equipamentos fora da linha de fabricação, etc.). Os valores envolvidos são normalmente bastante altos e podem representar uma porcentagem significativa do total dos itens de custo fixo.

O conhecimento detalhado de cada um dos itens levantados acima é bastante complexo, tanto para EAS's que nunca praticaram o controle de gastos com equipamentos, como para pessoal iniciante na área de manutenção. Assim, é provável que o responsável pela elaboração da proposta tenha informações suficientes para o cálculo dos custos de alguns itens e fazer algumas estimativas para o restante dos itens. Qualquer que seja a qualidade da informação que esse responsável possa obter, dificilmente poderá negligenciar qualquer um dos itens listados, sob o risco de necessitar em futuro bem próximo de uma complementação no orçamento. Mesmo para um grupo iniciante, isto pode refletir negativamente na visão que a administração possa ter do responsável. Por outro lado, se todos os custos foram levantados e apresentados, mas a administração não contemplou o valor total do orçamento, uma eventual solicitação extra-orçamentária no futuro será plenamente justificável embora eventualmente também não seja atendida.

Elaboração de proposta para apresentação à administração

Uma vez terminado todo o levantamento de dados sobre o parque de equipamentos existentes no EAS e calculados os recursos necessários para a implantação do grupo de manutenção, deve ser elaborada e apresentada à administração, uma proposta para a implantação da equipe de manutenção contendo os resultados desse trabalho. Essa proposta, embora deva ser bastante concisa, deve apresentar todos os recursos necessários para a implantação do grupo. Uma estratégia que pode ser utilizada para esse caso, é a divisão da proposta em duas partes. A primeira conteria uma rápida descrição

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4484 GERÊNCIA

dos recursos humanos, materiais e financeiros necessários para a implantação do grupo (máximo de três páginas). Uma sugestão do formato desse relatório é apresentada no Anexo VIII.

A segunda parte da proposta seria mais descritiva, com a forma e conteúdo sugeridos abaixo. Assim, caso o administrador queira maiores informações sobre as solicitações apresentadas na primeira parte da proposta, ele encontrará na segunda parte, todos os cálculos e justificativas referentes a cada item solicitado. A utilização dessa estratégia tem como objetivo evitar que várias páginas sejam lidas para entender o que realmente está sendo solicitado.

Mostramos a seguir uma forma de apresentação e do conteúdo para a elaboração da segunda parte da proposta:

Introdução: fazer uma descrição resumida da finalidade do grupo, os serviços a serem implantados prioritariamente e a justificativa da priorização. Críticas a determinados grupos e problemas devido à má administração eventualmente detectados em cada um dos serviços do EAS não devem, em hipótese alguma, ser colocados na proposta.

Metodologia Utilizada: descrever os métodos utilizados para o cálculo dos valores de cada item de custo fixo e de custo variável. Expor o método utilizado para o cálculo do número de técnicos com os respectivos perfis para cada grupo de equipamentos, o método empregado para o cálculo da área física e as justificativas para a aquisição dos equipamentos de teste.

Cronograma de Atividades: elaborar um cronograma para mostrar a época de implantação de cada atividade (curto, médio e longo prazo) a ser desenvolvida pelo grupo, com a justificativa para as datas de implantação apresentadas. Nesse caso, é importante não só uma justificativa política, mas também a apresentação de uma fundamentação econômica, principalmente se esta tem a intenção de diluir ao longo do tempo, os custos iniciais da implantação de uma determinada atividade.

Cronograma de Desembolso: o cronograma de desembolso está fortemente ligado ao cronograma de atividades. Entretanto, algumas atividades não dependem de investimentos financeiros, mas desenvolvimentos educacionais

SECRETARIA DA GERÊNCIA FLS Nº 4485 FUNC.

(treinamento) ou gerenciais. Assim, esse item deve ser ordenado de modo que os desembolsos sejam efetuados somente quando as atividades a desenvolver efetivamente demandem um investimento financeiro.

Conclusão: expor as expectativas do responsável pelo grupo, ou seja, as metas que ele pretende atingir, uma vez que alguns problemas relativos aos equipamentos já foram estudados e o tipo de apoio (não só financeiro) que ele espera da administração para atingir as metas propostas.

Uma vez elaborada, a proposta contendo os custos para implantação e manutenção do grupo de manutenção deve ser apresentada de maneira formal à administração do EAS. Esse momento será importante para a definição dos valores que serão investidos e, fatalmente, determinará a dimensão e a qualidade de serviço que o grupo poderá oferecer. Devido à necessidade de novos investimentos, é altamente provável que as pessoas da administração do EAS façam um grande número de questionamentos e questionem uma série de valores calculados e apresentados na proposta. Assim, é fundamental que a pessoa que a elaborou e que certamente irá apresentá-la, tenha conhecimento de cada detalhe de cada informação obtida para execução dos cálculos, assim como a teoria utilizada para a elaboração de cada um dos cálculos.

É recomendável que a apresentação seja feita com a utilização de recursos áudio visuais (transparências, slides, etc.) e que uma cópia da proposta seja distribuída para cada uma das pessoas da administração do EAS que tenha poder de decisão, mesmo que algumas dessas não possam assistir a palestra.

Após a apresentação, é bem provável que haja a necessidade de uma redefinição de metas e conseqüentemente dos custos envolvidos. É importante que nesse momento o responsável pelo grupo de manutenção entenda perfeitamente as alterações solicitadas pela administração e tenha versatilidade e criatividade suficientes para fazê-las sem prejudicar as metas principais por ele definidas. Esse responsável deve entender que a manutenção é uma atividade quase sempre encarada pelo pessoal de saúde como uma atividade secundária para o atendimento clínico, uma atividade não produtiva (mas, de despesa) pela administração e, principalmente, muito concorrida pelos prestadores de serviço que fatalmente irão perder parte do mercado se o grupo de manutenção for implantado no EAS.

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4486

GERENCIAMENTO DA MANUTENÇÃO

Os métodos de gerenciamento para monitoração de um equipamento pertencente ao EAS devem ser desenvolvidos e executados a partir da solicitação de aquisição por parte do grupo médico ou de qualquer outro setor de apoio aos serviços existentes na unidade. Ao grupo de manutenção cabe uma participação efetiva no processo de especificação do equipamento, contato com os fabricantes ou fornecedores, avaliação dos equipamentos disponíveis no mercado, elaboração de critérios e exigências técnicas que devem constar do contrato de aquisição, verificação da conformidade com o que foi solicitado, aceitação e instalação do equipamento adquirido. Após a instalação, os métodos de gerenciamento devem ser dirigidos à manutenção e desativação do equipamento. Embora o processo burocrático varie bastante entre as instituições públicas e privadas, os procedimentos técnicos são bastante semelhantes. A explicação para algumas dessas atividades exigiria um manual quase tão extenso quanto este e fugiria do escopo principal, que é o gerenciamento da manutenção. Dessa maneira, enfocaremos aqui somente os procedimentos gerenciais que devem ser desenvolvidos após a chegada do equipamento no EAS.

Uma vez autorizada, pela administração do EAS, a implantação do grupo de manutenção, é necessário desenvolver o sistema de gerenciamento a ser praticado pelo grupo. Esse sistema deverá definir:

- Os controles envolvidos para o *recebimento* dos equipamentos adquiridos pelo EAS;
- Os controles envolvidos para um equipamento desde a solicitação do serviço para sua *manutenção* até seu retorno em operação;
- Os *controles periódicos* em relação ao grupo de manutenção e em relação à qualidade dos serviços por ele oferecidos.

Gerenciamento dos serviços de manutenção: recebimento

O recebimento de um equipamento que chega ao EAS envolve três atividades; avaliação, aceitação e instalação. No processo de *avaliação* do equipamento recém adquirido a primeira atividade é a abertura da embalagem que envolve o equipamento SEMPRE na presença do fornecedor, com exceção

SECRETARIA FLS Nº 2487 GERENCIA FUNC

de casos em que o fornecedor autorize por escrito que a embalagem pode ser aberta sem sua presença. Esse procedimento evita problemas entre fornecedor e comprador por eventuais danos que ocorram no equipamento durante o transporte ou por falta de partes (peças, dispositivos, acessórios e documentação) que deveriam estar incluídas na embalagem. Na abertura da embalagem, um membro do grupo de manutenção deve estar sempre presente e ter em mãos a relação do material adquirido, assim como as exigências técnicas contratuais definidas antes da aquisição. Caso falte algum item, este deverá ser anotado e reconhecido pelo fornecedor. É recomendável que toda a documentação que acompanha o equipamento seja devidamente arquivada de modo a facilitar futura utilização. Alguns grupos de manutenção tiram cópia do manual de operação para entrega aos operadores do equipamento e arquivam o original para que eventuais perdas durante seu manuseio possam ser repostas. Porém, alguns operadores podem exigir o original tendo em vista a melhor qualidade de impressão e apresentação do original. Nesses casos recomenda-se que durante o processo de aquisição sejam exigidos dois manuais de operação.

A *aceitação* do equipamento depende não só da avaliação, mas de testes que possam ser executados pelo grupo, que podem variar desde a simples demonstração de que o equipamento está em perfeitas condições de funcionamento até a utilização de equipamentos de testes (vide relação destes equipamentos no Anexo II) e o uso de fantomas específicos (materiais que simulam tecidos biológicos, placas que definem resolução de equipamentos de imagem, etc.). A administração deve estar em sintonia com o grupo de manutenção e somente executar o pagamento do equipamento após um parecer positivo relativo ao processo de aceitação. Os procedimentos de testes para aceitação são específicos para cada tipo de equipamento e devem ser elaborados pelo grupo de acordo com os recursos materiais disponíveis.

A *instalação* do equipamento pode envolver atividades bastante complexas e que podem até exigir a contratação de serviços externos ao EAS. O funcionamento adequado do equipamento a ser instalado pode depender dos mais diversos tipos de recursos (hidráulicos, mecânicos, potências elétricas estáveis e, ou elevadas, esgotos especiais, tratamento de dejetos, blindagem magnética, blindagem para radiações ionizantes, monitoração e controle de temperatura e umidade, iluminação especial, etc.). Assim, antes do processo

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4488 GERÊNCIA FUNDAÇÃO

de aquisição, é importante que o responsável pelo grupo de manutenção tenha se informado de todas as necessidades do equipamento (que certamente implicará em custos adicionais) e acompanhado todo o processo de execução da infra-estrutura exigida pelo equipamento. Um outro ponto importante é a verificação reconhecimento, *por escrito,* por parte do fabricante ou empresa fornecedora, de que toda as exigências feitas na pré-instalação para o funcionamento normal do equipamento foram atendidas. Isto evita que, em caso de problemas com o equipamento, a empresa alegue que o EAS não obedeceu às exigências ambientais (ar condicionado, umidificação, iluminação, etc.), de energia (potência da rede, nível de tensão, estabilidade da rede elétrica, etc.) ou qualquer outro pré-requisito para a instalação. Para isso, sugerimos um formulário simples, para lembra o responsável pela manutenção, assim como, o técnico que recebe o equipamento, que o instalador deve verificar e emitir um parecer sobre as condições de pré-instalação.

Para facilitar todo o processo de recebimento, apresentamos a seguir sugestões de formulários para cadastramento e instalação dos equipamentos. O preenchimento do Formulário para Recebimento e Instalação de Equipamento é o primeiro passo para o cadastramento e sua inclusão no inventário já elaborado pelo grupo de manutenção. Esse formulário possui todas as informações que serão utilizadas no sistema de gerenciamento de equipamentos e uma série de questões que devem ser respondidas pelo técnico durante o processo de recebimento e que têm o propósito de lembrar ao técnico os itens que serão muito importantes em fase posterior, para o gerenciamento do equipamento. Assim, no recebimento do equipamento a primeira parte a ser preenchida é a de concordância com a condição da pré-instalação. A segunda parte é a de recebimento, com todas as questões pertinentes ao equipamento respondidas. O segundo é o Formulário para Cadastramento e deve conter todos os dados provenientes do formulário de recebimento, mais nota fiscal, telefones, endereços, etc.

Como o preenchimento dos formulários não apresenta grandes dificuldades, explicaremos somente os itens que podem causar alguma dúvida ao leitor.

No Formulário para Recebimento e Instalação de Equipamento o quadro de pré-instalação deve ser preenchido e assinado por uma pessoa responsável pela empresa (vide acima, o texto que discute a instalação do equipamento). Ainda neste formulário existe um local para a anotação do nome da pessoa

que o preencheu. Por um outro lado nem sempre quem o preencheu é a pessoa responsável pela instalação. Existem casos em que a instalação é feita por um estagiário. Dessa maneira, existe também um campo determinado para que a pessoa responsável pela instalação do equipamento anote seu nome e assine, responsabilizando-se pelos dados registrados no formulário.

No Formulário para Cadastramento do Equipamento, no item:

- *Recursos:* deve ser colocado o tipo de contrato feito para a aquisição do equipamento, ou seja, se foi comprado pela EAS, se é *contrato em comodato* ou se foi alguma doação feita ao estabelecimento. No caso de comodato, normalmente o responsável por executar a manutenção é a empresa fornecedora, que deve ser chamada para eventuais reparos ou consertos.
- *Grupo executor:* define o grupo responsável pela instalação do equipamento.
- *Assistência técnica:* colocar o nome e, se possível, o telefone da empresa fornecedora dos serviços de garantia, que será a mesma que dará assistência técnica pós-garantia.
- *Unidade do EAS, Local da Unidade, Departamento, Serviço:* podem ser individualmente retirados do formulário caso o EAS não disponha de todas estas divisões em seu sistema de administração. Podemos citar como exemplo:

  Unidade do EAS: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

  Local da Unidade: Bloco III;

  Departamento: Neonatologia;

  Serviço: UTI Neonatal.

- *Manual:* anotar o número da pasta onde constam todas as informações relativas ao equipamento (manuais, catálogos, circuitos, etc.), se o cadastro do equipamento, assim como seu histórico, ficarem em um outro arquivo.
- *Responsável pelo departamento:* citar o nome da pessoa que responde pelo departamento onde o equipamento é instalado.

SECRETARIA DE GERÊNCIA FLS Nº 4490 FUNC.

- *Código/ "part number":* preencher com os códigos de todas as peças ou acessórios que acompanham o equipamento na sua entrega.
- *Descrição do material:* escrever por extenso o nome da peça, acessório ou material de consumo (tinta, papel, lubrificantes, lâmpadas, etc.) que acompanham o equipamento na sua entrega.

GERÊNCIA DA SECRETARIA PLS Nº 4491 FUNC.

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE EQUIPAMENTOS					
Equipamento:_____				N° do patrimônio	
Modelo: _____ Código do equipamento|_|_|-|_|_|_|_|_|_|				Grupo executor	
Fabricante: Marca:			Unidade do EAS		Local da Unidade
n° de série			RECURSOS Próprio ☐ Comodato ☐ Doação ☐	Departamento	
Assistência Técnica _____ Tel. Assist. Técnica _____				Serviço	
Custo em US$	Venc. da Garantia ___/___/___	Contrato de manutenção S ☐ N ☐	n° da Nota Fiscal	Telefone	Ramal
Data da instalação ___/___/___			Responsável pelo Departamento		
Manual (N° Pasta)	Tensão (Volts)		Potência (Watts)		

RELAÇÃO DO MATERIAL ENTREGUE COM O EQUIPAMENTO		
Quantidade	Código/ "part number"	Descrição do material

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 449 FUNC GERÊNCIA

FORMULÁRIO PARA RECEBIMENTO E INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

PRÉ-INSTALAÇÃO

1 - As necessidades de pré - instalação abaixo foram atendidas? S ☐ N ☐
2 - A pré - instalação foi aprovada pelo fabricante ou fornecedor? S ☐ N ☐

Vistoriada por: _____
nome / firma

Comentários: _____

INSTALAÇÃO

1 - Estado do Equipamento: Bom ☐ Danificado ☐

2 - Acompanha manual técnico e, ou esquemas?
S ☐ N ☐ Relacione os manuais? _____

Comentários: _____

3 - Quais partes e peças acompanham o equipamento?
Descrição e seus respectivos dados de identificação (Nº de série se houver):

4 - Qual a tensão de alimentação? 110 ☐ 220 ☐ 110/220 ☐ Outros ☐ _____

5 - Qual a potência do equipamento? _____ (W)

6 - O Equipamento possui bateria? S ☐ N ☐
Especificação: _____

7 - Tipos de fusíveis externos e, ou internos (Para 110 e 220 V)
Especificação: _____

8 - Utiliza lâmpada(s)? S ☐ N ☐ Quantas? _____
Especificação das lâmpadas: _____

9 - Utiliza Gás (es)? S ☐ N ☐
Especificação (concentração/pureza)_____

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 1493 FUNC.

FORMULÁRIO PARA RECEBIMENTO E INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

10 - Utiliza fluido refrigerante? S ☐ N ☐

Especificação: _____

11 - Consome outros tipos de materiais (papel, tinta, etc...)?

Especificação: _____

_____

12 - O equipamento passou nos testes de segurança elétrica? S ☐ N ☐

Comentários: _____

_____

13 - O equipamento passou nos testes de segurança radiológica? S ☐ N ☐

Comentários: _____

_____

14 - O equipamento está funcionando adequadamente? S ☐ N ☐

Comentários: _____

_____

15 - Usuário é instruído sobre a operação do equipamento? S ☐ N ☐ Instrução não necessária ☐

Em caso afirmativo, por quem? Pessoal interno ☐ Fornecedor ☐

Comentários: _____

_____

16 - O equipamento foi aprovado? S ☐ N ☐

Em caso negativo, preencha ou comente o motivo.

Falta de documentação técnica ☐ Equipamento não funciona ☐ Outros ☐

Falta de peças e/ou partes ☐ Demonstração incompleta ☐

Comentários: _____

_____

Avaliado por: _____ Data: ___/___/___

(nome da pessoa que preencheu o formulário)

Obs: Este parecer leva em consideração o ponto de vista técnico, não foi incluído o parecer do usuário.

Data: ___/___/___

_____

nome do responsável pela instalação

_____

assinatura do responsável pela instalação

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 494 FUNC. GERÊNCIA

Gerenciamento dos serviços de manutenção: manutenção

O primeiro ponto a ser lembrado ao se iniciar um serviço que envolve pessoas eminentemente técnicas é que a maioria delas não gosta de preencher papéis. Assim, é recomendável que todos os dados essenciais para o gerenciamento do grupo sejam reunidos em um só formulário, preferencialmente a Ordem de Serviço (OS), uma vez que os técnicos necessariamente deverão tê-la em mãos ao fazer a manutenção do equipamento.

Basicamente, uma OS deve conter:

- Identificação do equipamento
- Dados do serviço clínico solicitante
- Tipo de serviço solicitado
- Controle de falhas
- Controle do trabalho executado incluindo o controle de horas de serviço
- Controle do material utilizado com o custo de cada material.

Apresentamos a seguir, um modelo de Ordem de Serviço contendo as informações básicas para o gerenciamento inicial de um gupo de manutenção (equipamentos e predial). Para grupos encarregados da manutenção de equipamentos médico-hospitalares, assim como da infra-estrutura predial, os dados contidos nessa OS são aqueles mais utilizados para o gerenciamento. Entretanto, a quantidade de dados existentes em uma OS pode ser ampliada de acordo com o aumento de atividades oferecidas e a conseqüente necessidade de um gerenciamento mais elaborado. É importante lembrar que todos os dados existentes em uma OS devem ser utilizados para o gerenciamento atual. Dados que poderão fornecer informações em longo prazo devem ser colocados quando forem utilizados.

A OS proposta é dividida em quatro campos; cada campo, com vários quadros, deve ser preenchido de acordo com o fluxo de trabalho executado pelo sistema de manutenção.

Embora não esteja registrado em nenhum dos quatro campos, o primeiro item a ser preenchido pelo grupo de manutenção é o *Número da OS,* que pode ser codificado de maneira seqüencial para cada ano (exemplo: 130/96, 330/ 97, 001/98, etc.), independentemente do tipo de serviço realizado. A codificação utilizada para a numeração da OS pode também discriminar o tipo de serviço realizado através de uma numeração alfanumérica, de modo seqüencial, por ano (exemplo: para manutenções prediais, 130P/96, 330P/97, etc; e para manutenções em equipamentos, 130E/96, 330E/97, etc.) Esta última maneira de codificação para numeração pode facilitar a contagem mensal e consequentemente anual da quantidade de serviços realizados pelas diferentes equipes do grupo de manutenção.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FLS Nº 1495 SP FUNC. GERAL

O primeiro e o segundo quadro do primeiro campo da OS, devem ser preenchidos pelo *usuário.* Eles identificam o tipo de serviço solicitado, ou seja, manutenção de equipamentos médico-hospitalares ou manutenção da infra-estrutura predial. No quadro *Manutenção do equipamento* estão contidos os dados referentes ao equipamento a ser encaminhado à manutenção; esses dados servirão para o setor administrativo do grupo identificar e cadastrar corretamente o equipamento para o controle mensal e, ou anual de manutenção. Nesse quadro, o usuário fornece informações sobre o tipo de *equipamento,* seu *fabricante, N° de série, N° de Identificação* (pode ser o n° de patrimônio ou o código de identificação do equipamento, caso o EAS disponha de um sistema de codificação), o *modelo* do equipamento e o serviço que o usuário deseja solicitar ao grupo de manutenção (*serviço solicitado*). Conforme será explicado adiante, nem sempre o serviço solicitado pelo usuário é exatamente aquele qbue o grupo irá executar. Nesse quadro, também existem espaços para a especificação do item em que a *falha é apresentada* (*no equipamento* ou no *acessório do equipamento*) e para a *descrição do defeito* conforme entendimento do usuário.

Para o preenchimento do quadro *Manutenção predial,* há no verso da OS um quadro com a DESCRIÇÃO DOS TIPOS DE SERVIÇOS, que contem exemplos dos tipos de atividades contidas em cada serviço a ser solicitado, e orienta o usuário sobre o enquadramento do tipo de serviço que deseja solicitar. Ainda nesse quadro, é solicitado ao usuário que faça uma *descrição do serviço* a ser executado ou do defeito a ser reparado conforme seu entendimento.

No terceiro quadro do primeiro campo, deve ser informado o *serviço ou departamento* ao qual pertence o usuário, o *nome do funcionário solicitante* do serviço, *telefone* de contato em caso de necessidade de maiores informações por parte do grupo de manutenção, a *data* e a *hora* em que ocorre a solicitação, o *serviço* (radiologia, pediatria, laboratório, etc.) a que o usuário pertence e o *local* (n° de sala, nome do ambulatório, nome da enfermaria, etc.) onde está o equipamento. Ainda nesse campo, o usuário deve preencher o *grau de necessidade* do serviço solicitado, ou seja, se o serviço deve ser executado de acordo com a disponibilidade do pessoal da manutenção (normal) ou se existe um caráter de urgência na solicitação (urgente). Esses dados auxiliam o responsável pelo grupo a dividir com o usuário a priorização dos serviços a serem executados. Há, entretanto, o risco de o usuário pedir todos os serviços com urgência, para que suas solicitações sejam executadas com maior rapidez. Assim, a conscientização do usuário para o preenchimento correto desse item é fundamental. Para isso, a sugerimos que o chefe do grupo de manutenção organize uma reunião de esclarecimento com os responsáveis pelos serviços no hospital para esclarecer e definir as condições que caracterizam o serviço como urgente.

O segundo campo da OS (*Manutenção*), deve ser preenchido pelo pessoal do grupo de manutenção. O primeiro quadro desse campo contém os dados referentes ao local de execução da manutenção, ou seja, *Manutenção Interna*

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4496 FUNC

(executada pelo grupo) ou *Manutenção Externa* (executada por terceiros). Existe também nesse campo a informação referente ao *Grupo* para o qual a OS será enviada para execução do serviço de manutenção (vide capítulo 2 item 2.1 – Classificação dos equipamentos por grupo de compatibilidade).

Nesse campo o grupo de manutenção deve descrever o *tipo de serviço* executado. Às vezes ocorre que uma solicitação de manutenção preventiva gera uma manutenção corretiva. Para melhor controle da quantidade e tipo de serviço que o grupo executa, seria interessante que, em casos como esse, uma outra OS fosse aberta para a manutenção corretiva. Em outros casos, uma solicitação de manutenção corretiva é classificada pelo grupo de manutenção como uma rechamada, tendo em vista o curto período decorrente desde a última manutenção corretiva. As rechamadas podem ser utilizadas pelo grupo como um dos indicadores para avaliação da qualidade do serviço oferecido.

Dados que não devem ser omitidos pelo técnico quando preencher esse quadro: a *data* de atendimento e o horário em que chegou ao local para atender a solicitação de serviço (*hora de chegada do técnico*). Em casos de manutenção descentralizada, onde os equipamentos a serem mantidos estão distantes da oficina de manutenção, é importante que o técnico registre também o tempo gasto para deslocamento (*tempo de deslocamento*). Convém lembrar que este tempo de deslocamento deve ser multiplicado por dois, uma vez que o tempo de retorno do técnico para a oficina central, em princípio, igual ao tempo de ida ao local para atendimento, também representa custo para o grupo. A necessidade de controle desses dados relativos ao tempo, será explicada adiante no item - gerenciamento dos serviços de manutenção: controle periódico.

Ainda no segundo campo existem duas tabelas para controle do trabalho, e o seu preenchimento é de fundamental importância para o gerenciamento do grupo de manutenção. Na primeira tabela é feito o controle do material utilizado durante a manutenção. Existem colunas para identificação do *número da requisição* para aquisição da peça ou para o controle de estoque (para peças solicitadas ao almoxarifado), o *código* de identificação da peça, a descrição do *material utilizado* (nome da peça), a *quantidade* de cada tipo de peça utilizada e o *custo total* por tipo de peça. A descrição do *material utilizado* pode ser feita de modo padronizado através de abreviações que lembram o nome da peça (ex: resistência = RES, Capacitor = CAP, bobina = BOB, cabo de força = CAF, cabo de paciente = CAP, etc.). Uma lista dessa padronização deve ser gerada para que cada técnico a utilize no preenchimento e deve ser sempre atualizada de acordo com o surgimento de novas peças. Se houver disponibilidade de pessoal administrativo no grupo, o item referente ao custo total poderá ser preenchido por ele, caso contrário, será importante a colaboração de todos os técnicos para o preenchimento completo da OS.

A segunda tabela desse quadro é destinada ao controle do serviço realizado. Seu preenchimento deve ser cuidadosamente monitorado pelo responsável do grupo para que os técnicos o preencham da maneira mais completa e correta possível. Como será visto adiante, o controle mensal ou anual de quase todo sistema de manutenção será baseado nos dados existentes nessa tabela.

Na primeira coluna dessa tabela, o campo *código da pendência* deve ser preenchido no caso de, durante a realização de um trabalho, ocorrer uma interrupção devido a uma série de motivos, como falta de peças no almoxarifado, espera para aquisição de peças, etc. No verso da OS sugerimos a colocação de uma tabela (*Código de Pendência*) com os códigos e as respectivas descrições. A data de início do serviço e de cada reinicio (em caso de interrupção por pendência) do serviço deve ser colocada na segunda coluna. A identificação do(s) técnico(s) (*nome do técnico*) deve ser corretamente preenchida pelo(s) técnico(s) que participou(aram) do serviço executado. No preenchimento do tipo de *serviço realizado,* deve ser descrita a atividade realizada (troca de fusível, substituição de placa de áudio, troca de rolamento, pintura da parede, etc.). Tendo em vista que um ou mais técnicos, de diferentes equipes, podem participar de uma mesma OS, é importante que sejam registradas nessa tabela todas as etapas que foram necessárias para a realização do serviço.

O preenchimento correto da *hora de início* e *hora de término* do trabalho de cada serviço *realizado*, para cada dia de serviço, define o número total de horas gastas por técnico que trabalhou na OS. É fundamental, entretanto, que a forma de preenchimento seja padronizada para facilitar o processamento (digital ou manual) de cada OS. Sugerimos que a forma de preenchimento seja por horas e minutos (ex: data 05/02 - início as 09:15 horas - término as 13:35 horas - o ano de realização pode ser definido na numeração dada para a OS conforme visto acima).

O controle de falhas apresentado nessa OS é ainda bastante incipiente, devido à não existência de literatura para codificação de falhas de equipamentos hospitalares em geral. Assim, o *tipo de defeito aqui* sugerido para inclusão na OS, serve somente para distinguir entre um *erro de operação*, a *falha de componente e abuso na utilização* (queda do equipamento, ligação em tensões não compatíveis, impactos em partes delicadas, etc.). Esse tipo de controle alertará o responsável pelo grupo acerca das causas das solicitações de serviços, levando-o a tomar providências para tentar corrigir distorções (ex: excesso de erros de operação em um determinado equipamento deve gerar ações para treinamento do operador).

Antes da entrega definitiva do equipamento ao usuário, é interessante que seja feito um teste no equipamento para verificação não somente da falha que ocasionou o serviço originalmente, mas para qualquer outra anormalidade (botões soltos, falta de parafusos, carcaça apresentando pontos de ferrugens, limpeza em geral, calibrações, ajustes, etc.) que o técnico possa

ter esquecido de averiguar. Assim, seria recomendável que o grupo elaborasse um protocolo de verificações pós-manutenção com a finalidade de examinar a condição de todos os equipamentos antes de serem devolvidos ao usuário, mesmo aqueles que são enviados para conserto externo. Caso não seja possível a verificação de todos os equipamentos, o controle de qualidade poderia ser executado para aqueles equipamentos que representam risco ao paciente ou que são utilizados na UTI e no Centro Cirúrgico. Existe um quadro nesse campo para a identificação da pessoa que realizou o controle de qualidade (*Teste de desempenho realizado por*) e o número do protocolo (*Nº C.Q.*) que foi utilizado para o teste do equipamento. A identificação do número do protocolo é importante, já que equipamentos de um mesmo tipo, mas de modelos distintos, podem ter diferentes protocolos de teste.

O terceiro campo da OS deve ser preenchido pelo *usuário* e é destinado ao *Recebimento do serviço*. É importante que o grupo de manutenção controle se o serviço executado foi recebido e aceito pelo próprio solicitante ou por algum membro do departamento que gerou a solicitação do serviço. Pode ocorrer que o usuário que solicitou o serviço não seja notificado pelos membros de seu próprio departamento sobre seu término e algum tempo depois se queixe ao grupo ou à própria administração do EAS da demora no atendimento de sua solicitação. O nome da pessoa *responsável* que aceitou o serviço como executado, além de sua *assinatura* e *data* e *hora* do recebimento, são dados que podem evitar uma série de constrangimentos ao grupo de manutenção.

O quarto e último campo da OS a ser preenchido pela equipe de *Manutenção* tem a finalidade de auxiliar o responsável pelo grupo no *Controle de manutenção externa*, ou seja, quando o equipamento é enviado pelo fabricante, representante técnico ou empresa prestadora de serviço para a realização da manutenção. Nesse campo existe somente um quadro onde devem ser preenchidos itens que informam se o equipamento ainda se encontra dentro do período de *garantia*, se está sob *contrato* com a empresa para onde está sendo enviado para reparo, se a empresa foi contatada somente para este reparo, ou seja, se é uma contratação de serviço sob *demanda* ou se o equipamento ainda se encontra sob a *garantia de serviço* realizado recentemente e está sendo novamente enviado à empresa que procedeu a manutenção. Cada vez que o equipamento é enviado para conserto externo, deve ser gerado um número de controle para registro (*controle n°*). Um outro documento com esse mesmo número de controle deve ser gerado para o envio do equipamento ao conserto externo, que será como uma confirmação, tanto para equipe de manutenção como para o prestador de serviços, das condições de contrato e de envio do equipamento (vide item Rotina de Manutenção Corretiva).

Outras informações que devem ser preenchidas são: o nome da *empresa*, seu *telefone* e o nome da pessoa para *contato* e informação sobre a condição do equipamento, a data em que a empresa foi contatada (*Chamada realizada em*) no caso de impossibilidade de envio ao local de reparo, a hora de realização da chamada, a data em que a empresa atendeu a solicitação de concerto

SECRETARIA FLS Nº 4499 GERENC FUNC

(*atendido em*), ou seja, a data e hora em que o técnico da empresa se apresentou ao grupo de manutenção para diagnosticar e tentar reparar a falha ocorrida no equipamento. Nesse mesmo quadro deve também ser informada a data de *previsão de entrega* do equipamento, ou seja, quando o prestador de serviço prometeu que iria retornar o equipamento já consertado e qual a pessoa do grupo de manutenção que recebeu o equipamento (*Recebido por*) quando este retornou do prestador de serviço com o registro da *data* e a hora.

Ainda nesse quadro, existe um espaço para preenchimento do *código de pendência.* Essa informação será bastante útil para o grupo de manutenção se ocorrer um atraso na entrega do equipamento por parte da empresa e o usuário solicitar informações sobre os motivos desse atraso, ou ainda se o grupo adotar a filosofia de informar o usuário sobre o andamento da manutenção, tanto interna como externa. O *valor do serviço é* um dado que serve para uma série de atividades de controle: comparações de preços em consertos futuros, para que o grupo de manutenção tenha conhecimento dos valores envolvidos na manutenção, para controle de gastos mensais e anuais com manutenção, etc. Um outro dado a ser preenchido é a data de *vencimento da garantia do serviço* executado. Sendo normalmente de três meses a garantia de serviço que as empresas concedem, a data é muito importante para o caso de quebra do equipamento nesse período.

Durante a negociação com o prestador de serviços, seja ele fabricante, representante ou empresa independente, deve ser exigida a obrigatoriedade de entrega de uma cópia da ordem de serviço que foi por ele utilizada durante a manutenção do equipamento. A OS do prestador de serviço deve ser anexada à OS do grupo para um posterior controle e conferência do tipo de serviço executado e das peças que foram substituídas.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4500 FUNC.

ORDEM DE SERVIÇO – MANUTENÇÃO

Nº O.S.	

Manutenção de equipamento		Código do Equipam.|_|_|.|_|_|_|_|_|_|_|
Equipamento:		Fabricante:
Modelo:	Nº série:	Nº de identificação:
Serviço solicitado:	☐ MC ☐ MP ☐ Instalação ☐ Treinamento ☐ Calibração	
	Falha apresentada: ☐ no equipamento ☐ no acessório	
Acessórios acompanhantes:		
Falha Apresentada/seviço solicitado:		

MANUTENÇÃO PREDIAL →	Para verificação do tipo de serviço, ver classificação no verso
☐ ELÉTRICA ☐ SERRALHEIRA ☐ REFORMA ☐ PINTURA ☐ CHAVEIRO	
☐ BOMBEIRO ☐ MARCENARIA ☐ SERVIÇOS GERAIS ☐ JARDINAGEM ☐ OUTROS	
Descrição do Serviço:	

Serviço/Departamento_____	Local_____
Funcionário solicitante: _____	Telefone/ramal:_____
Grau de necessidade: ☐ normal ☐ urgente	**Data:_____ Hora:_____:_____**

☐ Manutenção Interna ☐ Manutenção Externa Grupo_____

Tipo de serviço: ☐ M.C. ☐ M.PRechamada ☐ Instalação ☐ Treinamento

Tempo de deslocamento (hh:mm) : _____:_____

Data do atendimento (dia/mês)____/____ Hora de chegada (hh:mm)____/____

Nº da Req.	Código	Material utilizado			Quant.	Custo R$
cod. Pend.	Data	Técnico	Serviço Realizado		Hora início	Hora térm.
	/					
	/					
	/					

Tipo de defeito → ☐ Erro de operação ☐ Abuso na utilização ☐ Outro (descrever abaixo)

Descrição da falha:_____

Responsável:_____ Data:___/___/___

Teste de desempenho realizado por:_____Nº C.Q_____

SECRETARIA GERÊNCIA DA FLS Nº 4501 FUNC. SES

RECEBIMENTO DO SERVIÇO

Nome:_____ Data:___/___/___

Assinatura:_____

CONTROLE DE MANUTENÇÃO EXTERNA:		Controle Nº	
☐ GARANTIA ☐ CONTRATO ☐ DEMANDA			
Empresa:_____Tel._____Pessoa p/contato_____			
Chamada realizada em: ____/____/____às___:___hs			
Atendido em: ____/____/____às___:____hs			
Previsão de entrega: ____/____/____às____:____hs			
Recebido por: _____ Data ____/___/____às____:____hs (Pessoal pertencente ao grupo de manutenção)			
Falha relatada_____			
Serviço realizado_____			
Código da Pendência: _____ Valor do serviço (R$):_____			
Vencimento da garantia do serviço:____/____/____.			

SECRETARIA GERAL DA SES FLS Nº 4502 FUNC.

DESCRIÇÃO DDS TIPDS DE SERVIÇOS :

ELÉTRICA	Ex : Troca de lâmpadas, revisões instalações elétricas, instalações telefônicas, aterramento
	elétrico , troca de disjuntores e interruptores, etc. :
BOMBEIRO	Ex: Desentupimento de rede de esgoto, sanitários, redes, pias, trocas de encanamentos,
	Torneiras, sifões, caixa de descarga, vazamentos em telhados, limpeza de caixas d'agua, etc.:
JARDINAGEM	Ex: capina de jardins, poda de árvores, etc.:
SERRALHEIRA	Ex: Conserto de móveis de aço, confecção e conserto de grades, janelas, portas de aço, etc.:
MARCENARIA	Ex: consertos de móveis de madeira, consertos de portões de madeira, etc.:
SERVIÇOS GERAIS	Ex.: Mudanças de móveis em geral, limpeza de calhas, retirada de entulhos, montagem e
	Desmontagem de móveis, etc.:
PINTURA	Ex: Pintura de móveis, pintura de parede, pintura externa, etc.:
CHAVEIROS	Ex: Abertura de fechaduras, confecção de chaves, conserto de fechaduras, etc.:
REFORMA	Ex.: Reforma de área física, divisórias, quebra de paredes, abertura de portas, etc.:
OBS: Todos os serviços de reformas serão programados e autorizados pela Coordenadora de Planejamento	

Código de Pendência:

01 - Falta de peça no almoxarifado
02 - Falta de mão de obra
03 - Peça em aquisição por licitação
04 - Peça em aquisição direta
05 - Falta de peça no mercado
06 - Aquisição de peças não autorizada
07 - Equipamento não disponível
08 - Acesso ao equipam. Não permitido
09 - Serviço aguardando programação
10 - Aguardando orçamento
11 - Inexistência de pessoal especializado
12 - Contrato de manutenção
13 - Falta de documentação técnica

Equipe

Manutenção predial fone:_____ pessoa de contato _____
Manutenção de equipamentos fone:_____ pessoa de contato _____

Gerenciamento dos serviços de manutenção: controle periódico

Nesse item trataremos da monitoração da produtividade do pessoal técnico e dos custos envolvidos para a manutenção do grupo e dos materias utilizados e consumidos por ele. Descreveremos também um modo bastante simples de monitorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo grupo de manutenção.

O problema que ocorre em qualquer tipo de monitoração ou controle de serviços é que nem sempre os técnicos estão conscientizados da necessidade

SECRETARIA GE... FLS Nº 4503 ... FUNC. ... GERÊNCIA

do preenchimento correto dos dados existentes em todos os formulários desenvolvidos, assim como a indisponibilidade de pessoal administrativo para a digitação e processamento desses dados. Dessa maneira, é fundamental a existência de pelo menos um computador para uso exclusivo do grupo de manutenção e de um bom esclarecimento aos técnicos sobre a importância do preenchimento correto da OS.

Para facilitar o processamento dos dados existentes na OS e, consequentemente, auxiliar o gerenciamento do grupo, apresentamos abaixo um formulário para o controle mensal de:

- Tempo gasto para atividades de MC e MP e outras
- Produtividade de cada técnico
- Gasto total do Departamento de manutenção
- Total de horas que o departamento trabalhou
- Valor da hora técnica (geral ou por grupo de equipamentos)
- Produtividade média (geral ou por grupo)
- Custo total do material gasto para os serviços executados
- Valor do estoque que o departamento manteve no mês
- Tempo médio de resposta para atendimento das solicitações
- Tempo médio para reparo dos equipamentos
- Número de rechamadas

A produtividade de cada técnico é medida através da divisão entre o *Tempo total* registrado nas OS e *Tempo Pago* ao funcionário. O *Tempo total* é resultante da soma dos tempos registrados em todas as ordens de serviço em que houve participação do funcionário durante o período de um mês, independentemente do serviço executado. A manutenção seja corretiva (MC) ou preventiva (MP), é a principal atividade de um grupo de manutenção e, fundamentalmente, a razão de sua existência. Tempos dedicados a outras atividades podem comprometer seriamente a qualidade do serviço prestado pelo grupo. Assim, na ficha mensal de controle existe a discriminação para os tempos dedicados em *MP*, *MC* e *outras atividades* para que o responsável pelo grupo possa ter um maior controle do que ocorre em seu departamento.

O cálculo do *Gasto total do Departamento* envolve todos os custos envolvidos para a manutenção do grupo (fixos e variáveis) durante o mês em questão. Para os casos em que faltam dados para o cálculo do custo total, seria interessante colocar pelo menos os custos variáveis. Esse gasto será a base para o cálculo aproximado do *Valor da Hora Técnica* (VHT).

O *total de horas trabalhadas* é obtido através da soma de cada *tempo total* registrado na tabela para cada técnico. Essa informação é útil para o estabelecimento de metas para os próximos períodos, verificação da produtividade média do departamento e comparação com os tempos registrados em períodos anteriores.

O VHT é obtido pela divisão entre o *gasto total do departamento* e o *total de horas trabalhadas.* Essa informação serve para verificar como o departamento está se comportando em relação ao VHT cobrado pelas empresas prestadoras de serviço, assim como comparação com o VHT de outros grupos de manutenção que fazem um controle semelhante ao proposto neste manual. O ponto principal para o conhecimento desse valor é a possibilidade de avaliar o progresso do grupo de manutenção a partir da implantação de novos métodos de gerenciamento e do pessoal que retorna de programas de treinamentos.

Outra informação importante para avaliar o grupo é a variação mensal do *número de rechamadas.* Com essa informação é possível verificar a ocorrência de problemas localizados no grupo (falta de treinamento em manutenção, negligencia ou descuido durante a manutenção e obsolescência do equipamento), ou no pessoal que opera o equipamento (falta de treinamento em operação e mau uso do equipamento).

O *custo total do material* informa o quanto o departamento tem despendido com peças de reposição e material de consumo (graxas, desengraxantes, desoxidantes etc.). Com essa informação, o responsável pelo grupo de manutenção tem a possibilidade de solicitar ampliação de verbas para o grupo ou transferência dos gastos com peças de reposição para o respectivo departamento do EAS (radiologia, neonatologia, etc.). Esse procedimento evitará que o cômputo deste tipo de gasto seja registrado na administração do EAS como gastos com o grupo de manutenção.

O *valor do estoque existente* é uma informação muito importante, mas difícil de ser controlada por grupos que tenham deficiência de pessoal administrativo. A atual tendência de administração financeira é a de manter o mais baixo possível o valor do estoque. Material estocado representa, espaço físico, pessoal para cadastrar e controlar, capital *e lucro cessante.* Assim, é importante que o responsável pelo grupo siga essa filosofia, mantendo em estoque somente material de consumo e peças de reposição essenciais para equipamentos que não podem ficar muito tempo em manutenção (tubo de raios-X, tubo de tomografia computadorizada, etc.) e equipamentos que já fora da linha de produção, mas que ainda possibilitam alguns anos de utilização no EAS. Em serviços públicos, o estoque de peças de reposição assume um caráter um pouco mais crítico. Devido à morosidade dos procedimentos para compra de peças, o valor do estoque em geral é significativamente maior que o setor privado.

O *tempo médio de resposta* mede o período transcorrido entre a solicitação de serviço por parte do usuário do equipamento e a presença do técnico no

SECRETARIA GERAL DA FIS Nº 4505 FUNC

local. Essa informação, obtida pela diferença entre *a hora de chegada do técnico* e a *hora da solicitação* existente na OS, dá uma idéia ao responsável pelo grupo, da disponibilidade de seus técnicos. Um excessivo *tempo médio de resposta* é um indicador da saturação dos serviços de manutenção ou da baixa produtividade do grupo. Essa informação também serve para o estabelecimento de metas futuras para melhoria da qualidade no atendimento.

Finalmente, *o tempo médio para reparo* indica o tempo médio que o grupo leva para fazer a manutenção dos equipamentos sob sua responsabilidade. É uma das informações mais importantes que o responsável pelo grupo tem em mãos e que pode ser obtida através dos dados sobre tempo de reparo existente na ordem de serviço. Se o tempo médio de reparo está abaixo dos tempos registrados para a manutenção externa, é um dado bastante valioso para constar em relatório mensal ou anual que necessariamente será solicitado pela administração do EAS. Se, por outro lado, esse tempo estiver acima dos registrados para conserto externo, o responsável deve verificar as prováveis causas o mais breve possível (falta de pessoal, baixa produtividade do grupo, excessiva demora nos processos de aquisição, falta de treinamento dos técnicos) e tomar as providências cabíveis. Uma excessiva morosidade em MC, além de refletir negativamente na imagem do grupo para a administração do EAS, ameaça a própria existência do grupo.

O processamento de todos esses dados pode gerar diagramas de evolução mensal ou anual que indicam parâmetros do tipo:

- Custo mensal do pessoal em relação ao valor do parque de equipamentos sob sua responsabilidade;
- Quantidade de horas trabalhadas em função do número de técnicos por equipe;
- Comportamento do VHT em função da produtividade média do grupo;
- Tempos registrados para MP, MC e outras atividades;
- Tempo médio de resposta para reparo;
- Evolução dos gastos do departamento decorrentes da quantidade de OS;

SECRETARIA GERÊNCIA DA FLS Nº 4506 SF FUNC.

FICHA MENSAL DE CONTROLE DO EAS

MÊS_____ de _____
(ano)

		Tempo registrado nas Ordens de Serviço					
Nome do funcionário	Tempo pago	Outras atividades	MP	MC	Nº OS concluídas	Tempo total	Produt.

Gasto total do Departam. R$_____ Custo total do material R$ _____

Total de horas trabalhadas _____horas Valor do estoque existente R$._____

Valor da hora técnica R$_____ Tempo médio de resposta _____horas

Produtividade de Média _____% Tempo médio para preparo_____ horas

Número de rechamadas_____ Número total de OS(s)_____

Modelo de ficha de controle mensal para levantamento dos vários indicadores para auxílio no gerenciamento do grupo de manutenção

Os gráficos ou diagramas gerados através deste formulário mensal podem ser utilizados não só para o próprio controle do grupo, mas para elaboração

Situações especiais de ressuscitação

2010 (Nova): Quinze situações específicas de PCR têm, agora, recomendações de tratamento específicas. Os tópicos revisados compreendem asma, anafilaxia, gravidez, obesidade mórbida (novo), embolismo pulmonar (novo), desequilíbrio eletrolítico, ingestão de substâncias tóxicas, trauma, hipotermia acidental, avalanche (novo), afogamento, choque elétrico/relâmpagos, intervenção coronária percutânea (ICP) (novo), tamponamento cardíaco (novo) e cirurgia cardíaca (novo).

2005 (Antiga): Foram incluídas dez situações específicas relacionadas ao comprometimento do paciente (isto é, condições peri-PCR).

Motivo: A PCR em situações especiais pode exigir tratamentos ou procedimentos especiais além daqueles executados durante o SBV ou o SAVC normal. Tais condições são infrequentes e, por isso, é difícil conduzir ensaios clínicos aleatórios para comparar os tratamentos. Consequentemente, essas situações únicas pedem que os profissionais experientes vão "além do básico" e usem consenso clínico e extrapolação das evidências limitadas. Os tópicos cobertos pelas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE foram revisados, atualizados e ampliados para 15 situações específicas de PCR. Os tópicos compreendem tratamento peri-PCR significativo, que pode ser importante para prevenir a PCR ou que requeira tratamento além dos cuidados de rotina ou típicos definidos nas diretrizes de SBV ou SAVC.

SÍNDROMES CORONÁRIAS AGUDAS

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

As recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE no tocante à avaliação e ao tratamento de síndromes coronárias agudas (SCAs) foram atualizadas a fim de definir o escopo de tratamento para os profissionais de saúde que cuidam de pacientes com suspeita ou diagnóstico de SCA nas primeiras horas após o início dos sintomas.

As principais metas de tratamento de pacientes com SCA estão consistentes com aquelas das Diretrizes da AHA para RCP e ACE anteriores e das Diretrizes da AHA/American College of Cardiology, dentre as quais:

- Reduzir a extensão da necrose miocárdica que ocorre em pacientes com infarto/enfarte agudo do miocárdio para, assim, preservar a função ventricular esquerda, prevenir a insuficiência cardíaca e limitar outras complicações cardiovasculares
- Prevenir importantes eventos cardíacos adversos: morte, infarto/enfarte agudo do miocárdio não fatal e necessidade de revascularização urgente
- Tratar complicações agudas e com risco de vida da SCA, como FV, TV sem pulso, taquicardias instáveis, bradicardias sintomáticas

Nesse contexto, são definidos vários componentes e estratégias de cuidados importantes.

Unidades de tratamento de pacientes com infarto/enfarte do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST

Uma abordagem bem organizada do tratamento do infarto/enfarte do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMST/EAMCSST) requer a integração da comunidade, do SME, do médico e dos recursos hospitalares em uma unidade de tratamento conjugada para o IAMST/EAMCSST. Isto compreende programas educativos para o reconhecimento dos sintomas da SCA, o desenvolvimento de protocolos de SME para as instruções iniciais fornecidas pela central de atendimento e para intervenções extra-hospitalares, além de programas baseados nos serviços de emergência/urgência e nos hospitais que visem o transporte interinstitucional tão logo a SCA seja diagnosticada e o tratamento definitivo seja determinado.

ECGs extra-hospitalares de 12 eletrodos

Um componente importante e essencial das unidades de tratamento de IAMST/EAMCSST é a realização de ECGs extra-hospitalares de 12 eletrodos com transmissão ou interpretação pelos profissionais do SME e notificação antecipada à instituição receptora. O uso de ECGs extra-hospitalares de 12 eletrodos é recomendado pelas Diretrizes da AHA para RCP e ACE desde 2000, com documentação que comprova a redução do tempo até a reperfusão com tratamento fibrinolítico. Mais recentemente, os ECGs extra-hospitalares de 12 eletrodos também demonstraram reduzir o tempo até a ICP primária, podendo, ainda, facilitar a triagem para hospitais específicos quando a ICP for a estratégia escolhida. Quando o SME ou os médicos do serviço de emergência/urgência acionam a equipe de cuidados cardíacos, inclusive o laboratório de cateterização cardíaca, são observadas reduções significativas nos tempos de reperfusão.

Triagem para hospitais capacitados a realizar a ICP

Estas recomendações fornecem critérios para a triagem de pacientes para centros capacitados a ICP após a PCR.

Cuidado total de pacientes após PCR com IAMST/EAMCSST confirmado ou suspeita de SCA

A realização da ICP tem sido associada a resultados favoráveis em pacientes adultos ressuscitados de uma PCR. É sensato incluir cateterização cardíaca nos protocolos pós-PCR padronizados como parte de uma estratégia geral para melhorar a sobrevivência neurologicamente intacta nesse grupo de pacientes. Em pacientes com PCR extra-hospitalar devida a FV, recomenda-se a angiografia de urgência com revascularização imediata da artéria relacionada ao infarto/enfarte. Após uma PCR, o ECG pode ser insensível ou induzir a erros, podendo ser oportuna a angiografia coronária após RCE em pacientes com PCR de presumida etiologia cardíaca, mesmo na ausência de IAMST/EAMCSST claramente definido. Achados clínicos de coma em pacientes antes da ICP são comuns após a PCR extra-hospitalar e não devem ser contraindicação para se considerar a angiografia e a ICP imediatas (consulte, também, "Cuidados pós-PCR", acima).

Alterações no tratamento geral imediato (incluindo oxigênio e morfina)

2010 (Nova): Não é necessário fornecer oxigênio suplementar para pacientes sem evidência de desconforto respiratório, caso a saturação de oxi-hemoglobinas seja ≥ 94%. Administre morfina com cautela a pacientes com angina instável.

2005 (Antiga): Recomendava-se oxigênio para todos os pacientes com edema pulmonar aberto ou saturação de oxi-hemoglobina arterial < 90%. Também cabia administrá-lo a todos os pacientes com SCA nas primeiras 6 horas de tratamento. A morfina era o analgésico de escolha para a dor que não responde a nitratos, mas seu uso não era recomendado em pacientes com possível hipovolemia.

Motivo: Os profissionais dos serviços médicos de emergência/urgência administram oxigênio durante a avaliação inicial dos pacientes com suspeita de SCA. Porém, há evidência insuficiente para sustentar seu uso rotineiro em SCA sem complicações. Se o paciente estiver dispneico, hipoxêmico ou apresentar outros sinais de insuficiência cardíaca, os profissionais deverão titular o tratamento com oxigênio para manter a saturação de oxi-hemoglobina ≥ 94%. A morfina é indicada em IAMST/EAMCSST quando o desconforto torácico não responde a nitratos. Deve-se usar morfina com cautela em angina instável/não-IAMSST/EAMCSST, visto que sua administração esteve associada a uma maior mortalidade em grande registro.

ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO/CEREBRAL (AVE/AVC)

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

A meta geral do tratamento de AVE/AVC é minimizar a lesão cerebral aguda e maximizar a recuperação do paciente. O tratamento do AVE/AVC é urgente, e estas diretrizes para AVE/AVC enfatizam, mais uma vez, os "Ds do tratamento do AVE/AVC" para destacar as etapas importantes no tratamento (e etapas que podem contribuir para atrasos no tratamento). Integrando educação pública, telefone de emergência, detecção e triagem pré-hospitalar, desenvolvimento de um sistema hospitalar para AVE/AVC e administração de unidades de AVE/AVC, o resultado do tratamento de AVE/AVC melhorou significativamente.

- A natureza urgente do tratamento de AVE/AVC exige o estabelecimento de parcerias locais entre centros médicos universitários e hospitais comunitários. O conceito de hospital "preparado para AVE/AVC" surgiu com o objetivo de garantir que as melhores práticas de tratamento do AVE/AVC (agudo e demais) sejam oferecidas de modo organizado em toda a região. É necessário mais trabalho para ampliar o alcance das redes regionais de AVE/AVC.
- Cada sistema de SME deve trabalhar com uma unidade de tratamento de AVE/AVC regional para assegurar triagem e transporte imediatos para um hospital preparado para AVE/AVC, quando possível.
- Embora o controle da pressão arterial seja um componente do tratamento de pacientes com AVE/AVC no serviço de emergência/urgência, a menos que o paciente esteja hipotenso (pressão arterial sistólica < 90 mmHg), o tratamento pré-hospitalar da pressão arterial não é recomendado.
- Um crescente 'corpus' de evidência indica melhoria na taxa de sobrevivência após 1 ano, nos resultados funcionais e na qualidade de vida quando os pacientes hospitalizados com AVE/AVC agudo são tratados em uma unidade de tratamento especializada em AVE/AVC por uma equipe multidisciplinar experiente no tratamento de AVE/AVC.
- As diretrizes para indicações, contraindicações e cuidados ao considerar o uso do ativador do plasminogênio tecidual recombinante (APt-r) foram atualizadas para manter a consistência com as recomendações da American Stroke Association/AHA.
- Embora se relate uma maior probabilidade de bom resultado funcional quando os pacientes com AVE/AVC isquêmico agudo recebem o APt-r em até 3 horas após o início dos sintomas de AVE/AVC, o tratamento de pacientes com AVE/AVC isquêmico agudo cuidadosamente selecionados com APt-r IV entre 3 e 4,5 horas após o início dos sintomas também demonstrou melhorar o resultado clínico; no entanto, o grau de benefício clínico é menor do que o alcançado com o tratamento nas 3 horas iniciais. No presente, o uso do APt-r IV em 3 a 4,5 horas após o início dos sintomas não está aprovado pela FDA (Food and Drug Administration dos EUA).
- do tratamento em unidades de AVE/AVC podem persistir por anos. A magnitude dos benefícios do tratamento em uma unidade de AVE/AVC é comparável à magnitude dos efeitos obtidos com o APt-r IV. Estudos recentes demonstram que o tratamento em unidades de AVE/AVC é superior ao tratamento em alas médicas gerais, sendo que os efeitos positivos
- A tabela para o controle de hipertensão em pacientes com AVE/AVC foi atualizada.

SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM PEDIATRIA

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Muitas das principais questões do SBV em pediatria são as mesmas do SBV/Adulto. Entre elas estão:

- Início da RCP com compressões torácicas, em vez de ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C); iniciar a RCP com compressões, em vez de ventilações, retarda menos a primeira compressão.
- Ênfase permanente na aplicação de uma RCP de alta qualidade.
- Modificação das recomendações acerca da profundidade adequada das compressões para, no mínimo, um terço da dimensão anteroposterior do tórax: isto corresponde, aproximadamente, a 1½ polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças.
- Procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" removido da sequência.

- Menos ênfase na verificação do pulso pelos profissionais de saúde: dados adicionais sugerem que os profissionais de saúde não podem determinar com rapidez e segurança a presença ou a ausência de pulso. Em crianças que não respondem e que não apresentam respiração, se o pulso não puder ser detectado em 10 segundos, os profissionais de saúde devem iniciar a RCP.
- Uso do DEA/DAE em bebês: para bebês, prefira o uso de um desfibrilador manual a um DEA/DAE para desfibrilação. Se não houver um desfibrilador manual disponível, prefira um DEA/DAE equipado com um atenuador de carga pediátrico. Se nenhum dos dois estiver disponível, use um DEA/DAE sem atenuador de carga pediátrico.

Alteração na sequência da RCP (C-A-B, em vez de A-B-C)

2010 (Nova): Iniciar a RCP em bebês e crianças com compressões torácicas, em vez de ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C). Inicie a RCP com 30 compressões (socorrista atuando sozinho) ou 15 compressões (para a ressuscitação de bebês e crianças por dois profissionais de saúde), em vez de 2 ventilações. Para a ressuscitação de recém-nascidos, consulte a seção Ressuscitação neonatal.

2005 (Antiga): A ressuscitação cardiopulmonar era iniciada com a abertura da via aérea e a aplicação de 2 respirações antes das compressões torácicas.

Motivo: Esta importante proposta de alteração, de aplicar compressões antes de ventilações (C-A-B) na sequência de RCP, suscitou vigoroso debate entre os especialistas em ressuscitação pediátrica. Como a maioria das PCRs pediátricas é asfixica, e não PCR primária súbita, tanto a intuição quanto os dados clínicos respaldam a necessidade de ventilações e compressões para a RCP pediátrica. No entanto, PCRs pediátricas são muito menos comuns do que PCRs (primárias) súbitas em adultos, e muitos socorristas nada fazem quando ficam inseguros ou confusos. A maioria das vítimas de PCR pediátrica não recebe nenhuma manobra de RCP dos presentes, de modo que qualquer estratégia que aumente a probabilidade de ação pelas pessoas presentes pode salvar vidas. Por isso, a abordagem C-A-B para vítimas de todas as idades foi adotada com a esperança de aumentar a chance de que pessoas presentes executem a RCP. Teoricamente, a nova sequência deve retardar as ventilações de resgate em apenas 18 segundos (o tempo necessário para aplicar 30 compressões) ou menos (com 2 socorristas).

Profundidade das compressões torácicas

2010 (Nova): Para obter compressões torácicas eficazes, os socorristas devem comprimir, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax. Isto corresponde, aproximadamente, a 1½ polegada (cerca de 4 cm) na maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) na maioria das crianças.

2005 (Antiga): Comprimir com força suficiente para deprimir o tórax até, aproximadamente, um terço ou metade de seu diâmetro anteroposterior.

Motivo: Evidência proveniente de estudos radiológicos do tórax em crianças sugere que pode não ser possível obter uma compressão até a metade do diâmetro anteroposterior. Compressões torácicas eficazes, contudo, exigem a aplicação de força e, segundo dados novos, recomenda-se a profundidade de cerca de 1½ polegada (4 cm) para a maioria dos bebês e cerca de 2 polegadas (5 cm) para a maioria das crianças.

Eliminação do procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração"

2010 (Nova): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da sequência de avaliação da respiração após a abertura da via aérea.

2005 (Antiga): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" era usado para avaliar a respiração após a abertura da via aérea.

Motivo: Com a nova sequência "compressão torácica primeiro", a RCP será executada se o bebê ou a criança não responder e não estiver respirando (ou apenas com gasping), sendo iniciada pelas compressões (sequência C-A-B).

Novamente, menos ênfase na verificação de pulso

2010 (Nova): Se o bebê ou a criança não estiver respondendo e não estiver respirando ou apenas com gasping, os profissionais de saúde poderão aguardar até 10 segundos na tentativa de sentir o pulso (braquial, em bebês, e carotídeo ou femoral, em crianças). Se, em 10 segundos, você não sentir o pulso ou estiver inseguro quanto a isso, inicie as compressões torácicas. Pode ser difícil determinar a presença ou ausência de pulso, especialmente em uma emergência/urgência, sendo que estudos mostram que profissionais de saúde e socorristas leigos não conseguem detectar o pulso confiavelmente.

2005 (Antiga): Se você for um profissional de saúde, tente palpar um pulso. Não demore mais do que 10 segundos.

Motivo: A recomendação é a mesma, mas há evidência adicional sugestiva de que os profissionais de saúde não conseguem detectar a presença ou ausência de pulso com rapidez e confiabilidade em crianças. Dado o risco de não aplicar compressões torácicas em uma vítima de PCR e o risco relativamente mínimo de aplicar compressões quando há pulso presente, as Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam compressões torácicas se o socorrista estiver inseguro quanto à presença de pulso.

Desfibrilação e uso do DEA/DAE em bebês

2010 (Nova): Para bebês, prefira o uso de um desfibrilador manual a um DEA/DAE para desfibrilação. Se não houver um desfibrilador manual disponível, prefira um DEA/DAE equipado com um atenuador de carga pediátrico. Se nenhum dos dois estiver disponível, use um DEA/DAE sem atenuador de carga pediátrico.

2005 (Antiga): Dados mostram que os DEAs/DAEs podem ser usados com segurança e eficácia em crianças de 1 a 8 anos de idade. Porém, os dados são insuficientes para que s e emita uma recomendação pró ou contra o uso de DEA/DAE em bebês com menos de 1 ano de idade.

Motivo: Relatórios de casos mais recentes sugerem que o DEA/DAE pode ser seguro e eficaz em bebês. Como a sobrevivência requer desfibrilação quando ritmos chocáveis/desfibriláveis estão presentes durante a PCR, a administração de um choque de carga alta é preferível a nenhum choque. As evidências que respaldam a segurança do uso de DEA/DAE em bebês são limitadas.

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

- Muitos dos principais problemas na revisão da literatura de SAVP resultaram no aprimoramento das recomendações existentes, e não de novas recomendações; são fornecidas novas informações para a ressuscitação de bebês e crianças com defeitos cardíacos congênitos selecionados e hipertensão pulmonar.
- Recomenda-se novamente monitorar a capnografia/capnometria para confirmar o correto posicionamento do tubo endotraqueal, podendo ser útil durante a RCP para a avaliação e a otimização da qualidade das compressões torácicas.
- O algoritmo de SAVP para a PCR foi simplificado a fim de enfatizar a organização do cuidado em torno de períodos de 2 minutos de RCP ininterrupta.
- A carga de energia de desfibrilação inicial de 2 a 4 J/kg, com formas de onda tanto monofásicas quanto bifásicas, é plausível; para facilitar o treinamento, pode ser usada uma carga inicial de 2 J/kg (a mesma da recomendação de 2005). A segunda carga administrada, e as subsequentes, devem ser de, no mínimo, 4 J/kg. Cargas superiores a 4 J/kg (não exceder 10 J/kg ou a carga adulta) também podem ser seguras e eficazes, especialmente se administradas com um desfibrilador bifásico.
- Em vista da crescente evidência da possível nocividade da alta exposição ao oxigênio, foi adicionada uma nova recomendação de titular o oxigênio inspirado (quando houver equipamento apropriado disponível), após o retorno da circulação espontânea, para manter uma saturação de oxi-hemoglobina ≥ 94% mas < 100% a fim de limitar o risco de hiperoxemia.
- Foram adicionadas novas seções sobre a ressuscitação de bebês e crianças com defeito cardíaco congênito, inclusive as com ventrículo único, com paliação do ventrículo único e as com hipertensão pulmonar.
- Várias recomendações de medicação foram revisadas. Dentre elas, não administrar cálcio, exceto em circunstâncias muito específicas, e limitar o uso de etomidato em choque séptico.
- As indicações para hipotermia terapêutica pós-ressuscitação foram um tanto esclarecidas.
- Novas considerações de diagnóstico foram desenvolvidas para morte cardíaca súbita de etiologia desconhecida.
- Os profissionais são aconselhados a consultar um especialista, se possível, quando administrarem amiodarona ou procainamida a pacientes hemodinamicamente estáveis com arritmias.
- A definição de taquicardia de complexo largo foi modificada de > 0,08 s para > 0,09 s.

Recomendações para monitorização do CO_2 exalado

2010 (Nova): A detecção do CO_2 exalado (capnografia ou colorimetria) é recomendada adjunta à avaliação clínica para confirmar a posição do tubo traqueal em neonatos, bebês e crianças com ritmo cardíaco de perfusão em todos os ambientes (por exemplo, pré-hospitalar, Serviço de Emergência/Urgência, UTI, enfermaria, Sala de Cirurgia) e durante o transporte intra ou inter-hospitalar (Figura 3A na página 13). A monitorização contínua por capnografia ou capnometria, se disponível, pode ser benéfica durante a RCP para ajudar a orientar o tratamento, especialmente a eficácia das compressões torácicas (Figura 3B na página 13).

2005 (Antiga): Em bebês e crianças com ritmo de perfusão, use um detector colorimétrico ou a capnografia para detectar CO_2 exalado e confirmar a posição do tubo endotraqueal em ambientes pré-hospitalar ou hospitalar e durante o transporte intra ou inter-hospitalar.

Motivo: A monitorização do CO_2 exalado (capnografia ou colorimetria) geralmente confirma o posicionamento do tubo endotraqueal na via aérea e pode indicar mais rapidamente a colocação incorreta/deslocamento do tubo ET do que a monitorização da saturação de oxi-hemoglobina. Como o transporte do paciente aumenta o risco de deslocamento do tubo, a monitorização contínua do CO_2 torna-se especialmente importante nesses momentos.

Estudos com animais e adultos mostram uma forte correlação entre a concentração de P_{ETCO_2} e as intervenções que aumentam o débito cardíaco durante a RCP. Valores de P_{ETCO_2} consistentemente menores que 10 a 15 mm Hg sugerem que os esforços devem se concentrar na melhoria das compressões torácicas e em assegurar que a ventilação não seja excessiva. Uma elevação abrupta e prolongada do P_{ETCO_2} pode ser observada logo antes da identificação clínica do RCE; portanto, a monitorização do P_{ETCO_2} pode reduzir a necessidade de interromper as compressões torácicas para verificar o pulso.

Cargas de energia de desfibrilação

2010 (Nova): É aceitável usar uma carga inicial de 2 a 4 J/kg para a desfibrilação; porém, para facilidade de treinamento, pode-se usar uma carga inicial de 2 J/kg. Em FV refratária, é plausível aumentar a carga. Os níveis de energia subsequentes devem ser de, no mínimo, 4 J/kg, podendo ser considerados níveis de energia mais altos, desde que não excedam 10 J/kg ou a carga máxima adulta.

2005 (Antiga): Com um desfibrilador manual (monofásico ou bifásico), use uma carga de 2 J/kg na primeira tentativa e de 4 J/kg nas tentativas subsequentes.

Motivo: São necessários mais dados para a identificação da carga de energia ideal para a desfibrilação pediátrica. Há evidência limitada disponível quanto as cargas de energia eficazes ou máximas para a desfibrilação pediátrica; alguns dados, porém, sugerem que cargas mais altas podem ser seguras e, possivelmente, mais eficazes. Em vista das evidências limitadas para respaldar uma alteração, a nova recomendação envolve uma pequena modificação que permite cargas mais altas, até a carga máxima considerada segura pela maioria dos especialistas.

Limitar o oxigênio aos níveis normais após a ressuscitação

2010 (Nova): Uma vez restabelecida a circulação, monitore a saturação arterial da oxi-hemoglobina. Pode ser oportuno, quando houver equipamento apropriado disponível, titular a administração de oxigênio para manter a saturação arterial de oxi-hemoglobina ≥ 94%. Havendo equipamento apropriado disponível, uma vez obtido o RCE, ajuste o F_{IO_2} para a concentração mínima necessária para a obtenção de saturação de oxigênio transcutâneo ou arterial ≥ 94%, com a meta de evitar hiperóxia sem deixar de assegurar a administração adequada de oxigênio. Como uma saturação arterial de oxi-hemoglobina de 100% pode corresponder a um P_{aO_2} em qualquer ponto entre aproximadamente 80 e 500 mm Hg, de um modo geral, convém ajustar gradualmente o F_{IO_2} quando a saturação for de 100%, contanto que a saturação possa ser mantida ≥ 94%.

2005 (Antiga): A hiperóxia e o risco de lesão por reperfusão foram abordados pelas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE de maneira geral, mas as recomendações de titulação do oxigênio inspirado não eram tão específicas.

Motivo: De fato, se houver equipamento disponível para titular o oxigênio, titule-o para manter a saturação de oxi-hemoglobina entre 94% e 99%. Dados sugerem que a hiperoxemia (isto é, P_{aO_2} alto) acentua a lesão oxidativa observada após a reperfusão de isquemia, como ocorre após a ressuscitação de uma PCR. O risco de uma lesão oxidativa pode ser reduzido titulando-se o F_{IO_2} para diminuir o P_{aO_2} (o que se consegue monitorando a saturação arterial de oxi-hemoglobina) sem deixar de garantir o adequado teor de oxigênio arterial. Dados recentes de um estudo com adultos[5] demonstram resultados piores com hiperóxia após a ressuscitação de uma PCR.

Ressuscitação de bebês e crianças com doença cardíaca congênita

2010 (Nova): Foram adicionadas orientações específicas para a ressuscitação no tratamento da PCR em bebês e crianças com anatomia univentricular, fisiologia tipo Fontan ou hemi-Fontan/Glenn bidirecional e para bebês e crianças com hipertensão pulmonar.

2005 (Antiga): Estes tópicos não foram abordados pelas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE.

Motivo: Variantes anatômicas específicas com doença cardíaca congênita interpõem desafios únicos à ressuscitação. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE delineiam recomendações para cada um desses cenários clínicos. Comum a todos os cenários é o possível uso precoce de oxigenação extracorpórea por membrana (OECM) como tratamento de resgate nos centros que dispõem desse recurso avançado.

SECRETARIA GERAL DA FLS Nº 4361 FUNC.

Controle da taquicardia

2010 (Nova): A taquicardia de complexo largo estará presente se a largura do QRS for > 0,09 segundo.

2005 (Antiga): A taquicardia de complexo largo estará presente se a largura do QRS for > 0,08 segundo.

Motivo: Em uma declaração científica recente,[6] a duração do QRS foi considerada prolongada quando fosse > 0,09 segundo, para crianças menores de 4 anos, e ≥ 0,1 segundo, para crianças entre 4 e 16 anos de idade. Por essa razão, o grupo de autores das diretrizes do SAVP concluiu ser mais apropriado considerar como prolongada uma largura de QRS > 0,09 s em pacientes pediátricos. Embora seja improvável que o olho humano perceba uma diferença de 0,01 segundo, uma interpretação do ECG pelo computador pode documentar a largura do QRS em milissegundos.

Medicações durante a PCR e os choques

2010 (Nova): A recomendação em relação à administração de cálcio é mais firme do que nas Diretrizes anteriores da AHA: a administração de cálcio de rotina não é recomendada para a PCR pediátrica na ausência de hipocalcemia, overdose documentada de bloqueador dos canais de cálcio, hipermagnesemia ou hipercalemia. A administração de cálcio de rotina em PCR não produz benefícios e pode ser nociva.

Está demonstrado que o etomidato facilita a intubação endotraqueal em bebês e crianças com efeito hemodinâmico mínimo, mas não é recomendado para uso de rotina em pacientes pediátricos com evidência de choque séptico.

2005 (Antiga): Embora as Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE observassem que a administração de cálcio de rotina não melhora o resultado da PCR, as palavras "não é recomendado", nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE, expressam uma declaração mais firme e indicam possível nocividade. O etomidato não foi abordado pelas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE.

Motivo: Evidências mais fortes contra o uso de cálcio durante uma PCR ocasionaram maior ênfase em evitar o uso de rotina desse fármaco, exceto para pacientes com hipocalcemia, overdose de bloqueador dos canais de cálcio, hipermagnesemia ou hipercalemia documentadas.

A evidência da possível nocividade do uso de etomidato em adultos ou crianças com choque séptico levou à recomendação de evitar o uso de rotina nessa situação. O etomidato causa supressão adrenal e a resposta do esteroide endógeno pode ser extremamente importante em pacientes com choque séptico.

Cuidados pós-PCR

2010 (Nova): Embora não existam resultados publicados de ensaios pediátricos aleatórios-prospectivos de hipotermia terapêutica, com base na evidência em adultos, a hipotermia terapêutica (até 32°C a 34°C) pode ser benéfica para

adolescentes que permaneçam comatosos após a ressuscitação de uma PCR por FV extra-hospitalar presenciada. A hipotermia terapêutica (até 32°C a 34°C) também pode ser considerada para bebês e crianças que permaneçam comatosos após a ressuscitação de uma PCR.

2005 (Antiga): Tendo por base a extrapolação de estudos com adultos e neonatos, quando pacientes pediátricos permanecerem comatosos após a ressuscitação, resfrie-os até 32°C a 34°C por 12 a 24 horas.

Motivo: Estudos adicionais com adultos continuaram demonstrando o benefício da hipotermia terapêutica para pacientes comatosos após uma PCR, inclusive para aqueles com outros ritmos que não o da FV. São necessários dados pediátricos.

Avaliação de vítimas com morte cardíaca súbita

2010 (Novo tópico): Quando ocorrer morte cardíaca súbita e inexplicável em uma criança ou um adulto jovem, obtenha o histórico médico e familiar prévio (inclusive histórico de episódios de síncope, convulsões, acidentes/afogamentos inexplicáveis ou morte inesperada súbita com menos de 50 anos de idade) e consulte os ECGs anteriores. Todos os bebês, crianças e adultos jovens com morte inesperada súbita devem, quando os recursos permitirem, sofrer autópsia completa e irrestrita, realizada, preferivelmente, por um patologista com treinamento e experiência em patologia cardiovascular. O tecido deve ser preservado para análise genética, a fim de determinar a presença de canalopatia.

Motivo: Existem crescentes evidências de que alguns casos de morte súbita de bebês, crianças e adultos jovens podem estar associados a mutações genéticas causadoras de defeitos no transporte iônico cardíaco, conhecidos como canalopatias. Elas podem causar arritmias fatais e seu correto diagnóstico pode ser extremamente importante para os parentes vivos.

RESSUSCITAÇÃO NEONATAL

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

As PCRs neonatais são predominantemente asfíxicas, motivo pelo qual a sequência de ressuscitação A-B-C com relação compressão-ventilação de 3:1 foi mantida, exceto quando há etiologia claramente cardíaca. Os principais tópicos neonatais em 2010 foram os seguintes:

- Uma vez iniciada a ventilação por pressão positiva ou a administração de oxigênio suplementar, a avaliação deve consistir na avaliação simultânea de 3 características clínicas: frequência cardíaca, frequência respiratória e avaliação do estado de oxigenação (determinado, idealmente, por oximetria de pulso, em vez de avaliação da cor)
- Previsão da necessidade de ressuscitar: cesariana eletiva (novo tópico)
- Avaliação contínua
- Administração de oxigênio suplementar
- Aspiração
- Estratégias de ventilação (sem alterações em relação a 2005)
- Recomendações para monitorização do CO_2 exalado
- Relação compressão-ventilação
- Termorregulação em neonato pré-termo (sem alterações em relação a 2005)
- Hipotermia terapêutica pós-ressuscitação
- Laqueadura retardada do cordão (nova em 2010)
- Suspensão ou interrupção dos esforços de ressuscitação (sem alterações em relação a 2005)

SECRETARIA GERAL DA ANVISA FLS Nº 4362 SIS

Previsão da necessidade de ressuscitar: cesariana eletiva

2010 (Nova): Bebês sem fatores de risco pré-natais, nascidos por cesariana eletiva sob anestesia regional, entre a 37ª e a 39ª semana de gestação, têm menor necessidade de intubação, mas uma necessidade ligeiramente maior de ventilação com máscara em comparação com bebês nascidos de parto vaginal normal. Tais partos devem contar com uma pessoa capaz de fornecer ventilação com máscara, mas não necessariamente capacitada a realizar intubação neonatal.

Avaliação da frequência cardíaca, frequência respiratória e oxigenação

2010 (Nova): Uma vez iniciada a ventilação por pressão positiva ou a administração de oxigênio suplementar, a avaliação deve consistir na avaliação simultânea de 3 características clínicas: frequência cardíaca, frequência respiratória e avaliação do estado de oxigenação. O estado de oxigenação deve ser determinado, idealmente, por oximetria de pulso, em vez de simples avaliação da cor.

2005 (Antiga): Em 2005, a avaliação se baseava na frequência cardíaca, na frequência respiratória e na avaliação da cor.

Motivo: A avaliação da cor é subjetiva. Agora, há dados acerca das tendências normais em saturação de oxi-hemoglobina monitorada por oximetria de pulso.

Oxigênio suplementar

2010 (Nova): A oximetria de pulso, com o sensor/eletrodo colocado na extremidade superior direita, deve ser usada para avaliar qualquer necessidade de oxigênio suplementar. Para bebês nascidos a termo, é melhor iniciar a ressuscitação com ar, em vez de oxigênio a 100%. A administração de oxigênio suplementar deve ser regulada misturando-se oxigênio e ar e a quantidade a ser administrada deve ter por guia a oximetria monitorada na extremidade superior direita (isto é, normalmente, o pulso ou a palma).

2005 (Antiga): Se cianose, bradicardia ou outros sinais de desconforto forem observados em um recém-nascido respirando durante a estabilização, a administração de oxigênio a 100% será indicada enquanto se determina a necessidade de intervenção adicional.

Motivo: Existe, agora, forte evidência de que bebês saudáveis nascidos a termo partam de uma saturação de oxi-hemoglobina arterial inferior a 60% e possam levar mais de 10 minutos ara atingir saturações > 90%. A hiperóxia pode ser tóxica, particularmente para bebês pré-termo.

Aspiração

2010 (Nova): A aspiração imediatamente após o nascimento (inclusive com aspirador nasal) deve ser reservada a bebês com obstrução óbvia à respiração espontânea ou que requeiram ventilação com pressão positiva. As evidências são insuficientes para a recomendação de alteração na prática atual de realizar aspiração endotraqueal em bebês não vigorosos com fluido amniótico meconial.

2005 (Antiga): A pessoa auxiliando o parto deve aspirar o nariz e a boca do bebê com um aspirador nasal após a saída dos ombros, mas antes da saída do tórax. Bebês recém-nascidos saudáveis e vigorosos, geralmente, não necessitam de aspiração após o parto. Quando o fluido amniótico apresentar manchas de mecônio, aspire a boca, a faringe e o nariz assim que a cabeça sair (aspiração intraparto), quer o mecônio esteja ralo ou espesso. Se o fluido contiver mecônio e o bebê tiver espiração ausente ou deprimida, tônus muscular diminuído ou frequência cardíaca < 100/min, realize laringoscopia direta imediatamente após o nascimento, para aspirar o mecônio residual da hipofaringe (sob visão direta) e intubação/sucção da traqueia.

Motivo: Não há evidência de que bebês ativos se beneficiem da aspiração das vias aéreas, mesmo na presença de mecônio, e há evidência de risco associado a tal aspiração. As evidências disponíveis não sustentam nem refutam a aspiração endotraqueal de rotina em bebês deprimidos nascidos em fluido amniótico meconial.

Estratégias de ventilação

2010 (Sem alterações em relação a 2005): A ventilação com pressão positiva deve ser administrada com pressão suficiente para elevar a frequência cardíaca ou criar expansão torácica; a pressão excessiva pode lesionar com gravidade o pulmão pré-termo. No entanto, a pressão ideal, o tempo de insuflação, os volumes correntes e a quantidade de pressão positiva expiratória final (PEEP) necessários para estabelecer uma capacidade residual funcional eficaz não foram definidos. A pressão positiva contínua nas vias aéreas pode ser útil na transição do bebê pré-termo. O uso da máscara laríngea deverá ser considerado se a ventilação com máscara facial falhar e se a intubação traqueal falhar ou não for viável.

SECRETARIA GERAL DE SAÚDE 4363 FUNC. GERÊNCIA

Recomendações para monitorização do CO_2 exalado

2010 (Nova): Recomenda-se o uso de detectores de CO_2 exalado para confirmar a intubação endotraqueal, embora existam falsos negativos raros diante de débito cardíaco inadequado e falsos positivos por contaminação dos detectores.

2005 (Antiga): Um monitor de CO_2 exalado pode ser usado para verificar o posicionamento do tubo traqueal.

Motivo: Há mais evidências disponíveis acerca da eficácia desse dispositivo de monitorização como adjunto para confirmar a intubação endotraqueal.

Relação compressão-ventilação

2010 (Nova): A relação compressão-ventilação recomendada permanece de 3:1. Se a PCR tiver conhecida etiologia cardíaca, uma relação mais alta (15:2) deverá ser considerada.

2005 (Antiga): Deve haver uma relação compressão-ventilação de 3:1, com 90 compressões e 30 respirações, perfazendo, aproximadamente, 120 eventos por minuto.

Motivo: A relação compressão-ventilação ideal permanece desconhecida. A relação 3:1 para recém-nascidos facilita a administração do volume-minuto adequado, considerada crítica para a vasta maioria dos recém-nascidos que sofrem uma PCR asfíxica. A consideração de uma relação 15:2 (com dois socorristas) reconhece que os recém-nascidos com PCR de etiologia cardíaca podem se beneficiar de uma relação compressão-ventilação mais alta.

Hipotermia terapêutica pós-ressuscitação

2010 (Nova): Recomenda-se que bebês nascidos com mais de 36 semanas de gestação com encefalopatia hipóxico-isquêmica de leve a moderada recebam hipotermia terapêutica. A hipotermia terapêutica deve ser administrada mediante protocolos claramente definidos, similares aos utilizados nos ensaios clínicos publicados e nas instituições com recursos para tratamento multidisciplinar e acompanhamento longitudinal.

2005 (Antiga): Estudos recentes com animais e humanos sugerem que a hipotermia (cerebral) seletiva do bebê asfixiado pode proteger o cérebro contra lesões. Embora esta seja uma área de pesquisa promissora, não podemos recomendar a implementação rotineira até que os devidos estudos controlados em humanos sejam realizados.

Motivo: Vários ensaios aleatórios multicêntricos controlados sobre hipotermia induzida (33,5°C a 34,5°C) em recém-nascidos, com idade gestacional ≥ 36 semanas, apresentando encefalopatia hipóxico-isquêmica de leve a moderada, demonstraram que os bebês resfriados tiveram mortalidade significativamente mais baixa e menor deficiência no desenvolvimento neurológico no acompanhamento de 18 meses.

Laqueadura retardada do cordão

2010 (Nova): Existem maiores evidências do benefício de retardar a laqueadura do cordão por, pelo menos, 1 minuto em bebês a termo e pré-termo que não necessitem de ressuscitação. Há evidência insuficiente para sustentar ou refutar uma recomendação de retardar a laqueadura do cordão umbilical em bebês que necessitem de ressuscitação.

Suspensão ou interrupção dos esforços de ressuscitação

2010 (Reafirmação da recomendação de 2005): Em um bebê recém-nascido sem frequência cardíaca detectável, a qual permaneça indetectável por 10 minutos, é apropriado considerar interromper a ressuscitação. A decisão de continuar os esforços de ressuscitação após 10 minutos de ausência de frequência cardíaca deve levar em consideração fatores tais como a etiologia presumida da PCR, a gestação do bebê, a presença ou ausência de complicações, o papel potencial da hipotermia terapêutica e a prévia expressão de sentimento os pais quanto ao risco aceitável de morbidez. Quando a gestação, o peso ao nascer ou anomalias congênitas estiverem associadas à morte precoce praticamente certa e a uma morbidez inaceitavelmente alta entre os raros sobreviventes, a ressuscitação não é indicada.

QUESTÕES ÉTICAS

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

As questões éticas relacionadas à ressuscitação são complexas, ocorrendo em diferentes ambientes (intra ou extra-hospitalar), entre diferentes prestadores de assistência (socorristas leigos ou profissionais de saúde) e envolvendo o início ou o encerramento do suporte básico e/ou avançado de vida. Todos os profissionais de saúde devem considerar fatores éticos, legais e culturais associados à prestação de atendimento a indivíduos com necessidade de ressuscitação. Embora os profissionais tenham um papel a desempenhar no processo de tomada de decisões durante a ressuscitação, eles devem guiar-se pela ciência, as preferências do indivíduo ou de seus representantes, bem como pelas exigências legais e dos programas de ações locais.

Encerramento dos esforços de ressuscitação em adultos com PCR extra-hospitalar

2010 (Nova): Para adultos que sofram PCR extra-hospitalar e que estejam recebendo apenas SBV, foi estabelecida a "regra de SBV para encerramento de ressuscitação", que considera o encerramento do SBV antes do transporte por ambulância, se todos os seguintes critérios forem atendidos:

- PCR não presenciada pelo profissional do SME ou primeiro socorrista
- Ausência de RCE após três ciclos completos de RCP e análises do DEA/DAE
- Nenhum choque aplicado com o DEA/DAE

Em situações em que as equipes de SAV do SME estiverem presentes para fornecer cuidados para um adulto com PCR extra-hospitalar, foi estabelecida uma "regra de SAV para encerramento da ressuscitação", que considera o encerramento dos esforços de ressuscitação antes do transporte por ambulância, se todos os seguintes critérios forem atendidos:

- PCR não presenciada (por qualquer pessoa)
- RCP não administrada por nenhuma pessoa presente
- Ausência de RCE após cuidados completos de SAV em campo
- Nenhum choque aplicado

A implementação destas regras envolve contatar o controle médico por telefone quando os critérios forem atendidos. Os profissionais do serviço médico de emergência/urgência devem receber treinamento sobre a sensibilidade de comunicação do resultado da ressuscitação para a família. Deve-se buscar apoio para as regras junto a agências colaboradoras, como Serviços de Emergência/Urgência hospitalares, consultórios de médicos-legistas, diretores médicos e a polícia.

2005 (Antiga): Nenhum critério específico havia sido estabelecido anteriormente.

Motivo: As regras de SBV e SAV para encerramento da ressuscitação foram validadas externamente em vários ambientes de SME nos Estados Unidos, no Canadá e na Europa. A implementação dessas regras pode reduzir em 40% a 60% a taxa de transporte hospitalar desnecessário, diminuindo, assim, os riscos rodoviários associados, que colocam em risco os prestados de assistência e o público, expõem inadvertidamente o pessoal de SME a possíveis riscos biológicos e elevam o custo de preparação do Serviço de Emergência/Urgência. *Nota:* nenhum desses critérios foi estabelecido para a PCR pediátrica extra-hospitalar (neonatos, bebês ou crianças), visto que nenhum preditor de resultado de ressuscitação foi validado para a PCR extra-hospitalar nessa população.

Indicadores prognósticos no paciente adulto pós-PCR tratado com hipotermia terapêutica

2010 (Nova): Nos pacientes de PCR adultos tratados com hipotermia terapêutica, recomenda-se que os sinais clínicos neurológicos, os estudos eletrofisiológicos, os biomarcadores e a geração de imagem sejam executados, quando disponíveis, três dias após a PCR. Atualmente, há evidência limitada para orientar decisões sobre a suspensão do suporte de vida. O clínico deve documentar todos os testes prognósticos disponíveis 72 horas após a PCR tratada com hipotermia terapêutica e usar seu melhor julgamento clínico, baseado nos testes, para tomar a decisão de suspender o suporte de vida, quando apropriado.

2005 (Antiga): Nenhum indicador prognóstico havia sido estabelecido para pacientes sob hipotermia terapêutica.

Para aqueles não submetidos à hipotermia terapêutica, uma meta-análise de 33 estudos do resultado de coma anóxico-isquêmico documentou que os três seguintes fatores estavam associados a resultados ruins:

- Ausência de resposta pupilar à luz no terceiro dia

- Ausência de resposta motora à dor no terceiro dia
- Ausência bilateral de resposta cortical aos potenciais evocados somatossensitivos do nervo mediano, quando usados em pacientes normotérmicos comatosos por, pelo menos, 72 horas após lesão hipóxico-isquêmica

A suspensão do suporte de vida é eticamente admissível sob essas circunstâncias.

Motivo: Com base na limitada evidência disponível, os prognosticadores potencialmente seguros de resultado ruim em pacientes tratados com hipotermia terapêutica após PCR compreendem a ausência bilateral de pico N20 em potencial evocado somatossensitivo ≥ 24 horas após a PCR e a ausência de reflexos corneanos e pupilares (ambos) 3 dias ou mais após a PCR. A limitada evidência disponível também sugere que uma pontuação motora de 2 ou menos na Escala de coma de Glasgow no terceiro dia após o RCE sustentado e a presença de estado epiléptico são prognosticadores possivelmente não confiáveis de resultado ruim em pacientes de PCR tratados com hipotermia terapêutica. De modo similar, a recuperação da consciência e das funções cognitivas é possível em alguns pacientes de PCR tratados com hipotermia terapêutica, a despeito da ausência bilateral ou de presença mínima de respostas N20 dos potenciais evocados somatossensitivos do nervo mediano, o que sugere que eles também podem não ser confiáveis. A confiabilidade dos biomarcadores séricos como indicadores prognósticos também é limitada pelo número relativamente pequeno de pacientes estudados.

TREINAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E EQUIPES

"Treinamento, implementação e equipes" é uma nova seção das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE, que aborda o crescente 'corpus' de evidências que orientam as melhores práticas de ensino e aprendizado na capacitação em ressuscitação, a implementação da Cadeia de Sobrevivência e as melhores práticas relacionadas a equipes e sistemas de tratamento. Como estas informações, provavelmente, influenciarão o conteúdo e o formato do curso, as recomendações são destacadas aqui.

Resumo das principais questões

As principais recomendações e pontos de ênfase desta seção compreendem:

- O atual período de certificação de 2 anos para cursos de suporte básico e avançado de vida deve incluir a avaliação periódica do conhecimento e das capacitações dos socorristas, com reforço ou reciclagem das informações, conforme a necessidade. O momento e o método ideais para essa reavaliação e esse reforço não são conhecidos e justificam mais investigação.
- Os métodos para aumentar a disposição das pessoas presentes para executar uma RCP incluem treinamento formal em RCP.
- A RCP somente com as mãos (apenas compressões) deve ser ensinada para aquelas pessoas que possam não estar dispostas a executar a RCP convencional, ou ser incapazes de fazê-lo. Além disso, os profissionais devem ser treinados para superar as barreiras da administração da RCP (por exemplo, medo ou pânico diante de uma vítima de PCR real).
- Os atendentes/operadores dos serviços médicos de emergência/urgência devem fornecer instruções por telefone para ajudar as pessoas presentes a reconhecer vítimas de PCR, inclusive vítimas que possam ainda estar com gasping, e incentivar tais pessoas a administrar a RCP, se for provável que ocorra uma parada/paragem. Os atendentes/operadores podem instruir as pessoas presentes não treinadas a aplicar a RCP somente com as mãos (apenas compressões).
- As habilidades no suporte básico de vida podem ser aprendidas pelo método "pratique enquanto assiste", apresentado em vídeo, tão bem quanto nos tradicionais cursos mais longos, ministrados por instrutores.
- Para reduzir o tempo até a desfibrilação em vítimas de PCR, o uso do DEA/DAE não deve se limitar apenas a pessoas com treinamento formal em seu uso. No entanto, o treinamento em DEA/DAE melhora o desempenho na simulação e continua sendo recomendado.
- O treinamento em habilidades de trabalho em equipe e liderança deve continuar sendo incluído nos cursos de SAVC e SAVP.
- Manequins com recursos realistas, como a capacidade de demonstrar expansão torácica e sons respiratórios, gerar pulso e pressão arterial e falar podem ser úteis para a integração de conhecimento, habilidades e comportamentos exigidos no treinamento em SAVC e SAVP. Há, contudo, evidência insuficiente para a recomendação de seu uso rotineiro nos cursos.
- Não se devem usar exclusivamente avaliações escritas para avaliar a competência de um participante de um curso de suporte avançado de vida (SAVC ou SAVP); é necessário também avaliar o desempenho prático.
- A avaliação formal deve continuar sendo incluída nos cursos de ressuscitação, tanto como método para avaliar o êxito do aluno em atingir os objetivos de aprendizado quanto para avaliar a eficácia do curso.
- Dispositivos para ressuscitação cardiopulmonar imediata e de feedback podem ser úteis no treinamento de socorristas e como parte de uma estratégia geral de melhoria da qualidade da RCP em PCRs reais.
- A reunião de consolidação é uma técnica não intimidadora, com enfoque no aluno, que ajuda cada socorrista e as equipes a refletirem sobre o desempenho e melhorá-lo. A reunião de consolidação deve ser incluída nos cursos de SAV para facilitar o aprendizado e pode ser usada para examinar o desempenho no ambiente clínico e melhorar o desempenho subsequente.
- Abordagens baseadas em sistemas para melhorar o desempenho da ressuscitação, como sistemas de tratamento regionais e sistemas de resposta rápida ou equipes médicas de emergência/urgência, podem ser úteis para reduzir a variabilidade na sobrevivência à PCR.

Dois anos é um intervalo longo demais para a prática e a reavaliação de habilidades

2010 (Nova): O desempenho das habilidades deve ser avaliado durante a certificação de 2 anos, fornecendo-se reforço, se necessário. O momento e o método ideais para essa reavaliação e esse reforço não são conhecidos.

Motivo: A qualidade do treinamento e a frequência de retreinamento do socorrista são fatores críticos para melhorar a eficácia da ressuscitação. O ideal é que o retreinamento não fique limitado a intervalos de 2 anos. É necessária uma renovação mais frequente das habilidades, com um compromisso de manter uma certificação similar àquela adotada por muitas organizações de credenciamento na área de saúde. Instrutores e participantes devem estar cientesde que a conclusão bem-sucedida de um curso de ACE da AHA é apenas o primeiro passo para se atingir e manter a competência. Os cursos de ACE da American Heart Association devem fazer parte de um processo maior de treinamento contínuo e melhoria permanente da qualidade que reflita as necessidades e práticas de indivíduos e sistemas. O melhor método para ajudar os socorristas a manter as habilidades de ressuscitação exigidas é, ainda, desconhecido.

Aprender com perícia

2010 (Nova): Novos dispositivos para RCP imediata e de feedback podem ser úteis no treinamento de socorristas e como parte de uma estratégia geral de melhoria da qualidade da RCP em PCRs e ressuscitações reais. O treinamento da complexa combinação de habilidades necessária para a adequada execução de compressões torácicas deve se concentrar em demonstrar perícia.

Motivo: Manter o foco durante uma RCP nas três características de frequência, profundidade e retorno do tórax, bem como minimizar interrupções, é um desafio complexo, mesmo para profissionais altamente treinados, e, por isso, deve receber a devida atenção no treinamento. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE colocaram renovada ênfase em assegurar que as compressões torácicas sejam executadas corretamente. Simplesmente treinar para "comprimir com força e rapidez" pode não ser adequado para garantir compressões torácicas excelentes. O uso de dispositivos para RCP imediata e de feedback durante o treinamento pode melhorar o aprendizado e a retenção do conteúdo.

Superar as barreiras ao desempenho

2010 (Nova): O treinamento deve abordar as barreiras que interferem na disposição das pessoas presentes a tentar executar a RCP.

Motivo: Muitos temores de potenciais socorristas podem ser atenuados pela instrução sobre os riscos reais aos prestadores de assistência e à vítima da ressuscitação. Informações instrutivas podem ajudar a aumentar a probabilidade de que pessoas já treinadas em SBV tentem a ressuscitação. Respostas frequentes identificadas em estudos de pessoas que presenciam PCRs reais são medo e pânico. Por isso, os programas de treinamento devem identificar métodos que reduzam essas respostas. As instruções fornecidas pelo atendente/operador dos serviços médicos de emergência/urgência devem identificar e utilizar métodos de comprovada eficácia para instruir e motivar os possíveis prestadores de assistência a agir.

Aprendizado de habilidades para trabalho em equipe em SAVC e SAVP

2010 (Nova): O treinamento em suporte avançado de vida deve incluir a prática de trabalho em equipe.

Motivo: As habilidades de ressuscitação são, muitas vezes, executadas simultaneamente, devendo os profissionais de saúde ser capazes de trabalhar de modo colaborativo para minimizar as interrupções nas compressões torácicas. As habilidades de trabalho em equipe e liderança continuam sendo importantes, sobretudo em cursos avançados que incluem profissionais de SAVC e SAVP.

SECRETARIA GERAL / SES FUNC. Nº 3666

Treinamento não exigido para usar o DEA/DAE

2010 (Nova): O uso de um DEA/DAE não exige treinamento, embora o treinamento melhore o desempenho.

Motivo: Estudos baseados em manequins demonstram que os DEAs/DAEs podem ser corretamente operados sem treinamento prévio. Permitir o uso de DEAs/DAEs por pessoas presentes não treinadas pode ser benéfico e salvar vidas. Como o treinamento, por mínimo que seja, demonstrou melhorar o desempenho em PCRs simuladas, devem-se oferecer e promover oportunidades de treinamento para socorristas leigos.

Melhoria contínua da qualidade dos programas de ressuscitação

2010 (Nova): Os sistemas de ressuscitação devem estabelecer avaliação e melhoria contínuas do sistema de tratamento.

Motivo: Há evidência de considerável variação regional na incidência e no resultado de PCR relatados nos Estados Unidos. Tal variação é evidência ainda maior da necessidade de que as comunidades e os sistemas identifiquem cada ocorrência de PCR tratada e avaliem os resultados. Também sugere mais oportunidades de melhorar as taxas de sobrevivência em muitas comunidades.

Programas de ressuscitação comunitários e baseados em hospitais devem monitorar sistematicamente as PCRs, o nível do suporte de ressuscitação fornecido e o resultado. A melhoria contínua da qualidade compreende avaliação e feedback sistemáticos, mensuração ou definição e interpretação de marcos de referência e esforços para otimizar o suporte e o auxílio de ressuscitação, a fim de diminuir o hiato entre o desempenho de ressuscitação ideal e real.

PRIMEIROS SOCORROS

As Diretrizes 2010 de Primeiros Socorros foram, mais uma vez, desenvolvidas pela American Heart Association (AHA) em conjunto com a Cruz Vermelha Americana (ARC, American Red Cross). As Diretrizes da AHA/ARC 2010 para Primeiros Socorros se baseiam em planilhas (revisões atualizadas da literatura) sobre tópicos selecionados, sob os auspícios de um Conselho Consultivo Internacional em Ciência dos Primeiros Socorros, composto por 30 organizações de primeiros socorros; este processo é diferente daquele usado para o Consenso Internacional da ILCOR

sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento e não fazia parte do processo da ILCOR.

Para os objetivos das Diretrizes da AHA/ARC 2010 para Primeiros Socorros, o Conselho Consultivo em Ciência de Primeiros Socorros definiu os primeiros socorros como as avaliações e intervenções que podem ser realizadas por uma pessoa presente (ou pela vítima) com equipamento médico mínimo ou absolutamente nenhum. Define-se o prestador de primeiros socorros como alguém com treinamento formal em primeiros socorros, em cuidados de emergência/urgência ou em medicina, e que presta os primeiros socorros.

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Os principais tópicos das Diretrizes da AHA/ARC 2010 para Primeiros Socorros compreendem

- Administração de oxigênio suplementar
- Epinefrina e anafilaxia
- Administração de aspirina para desconforto torácico (novo)
- Torniquetes e controle de hemorragias
- Agentes hemostáticos (novo)
- Picadas de cobra
- Ferroadas de água-viva (novo)
- Emergências relacionadas ao calor

Os tópicos cobertos pelas Diretrizes 2010, mas sem novas recomendações em relação a 2005, são o uso de inaladores para dificuldades respiratórias, convulsões, ferimentos e abrasões, queimaduras e bolhas, estabilização da coluna vertebral, lesões musculoesqueléticas, lesões dentárias, emergências relacionadas ao frio e emergências por envenenamento.

Oxigênio suplementar

2010 (Sem alterações em relação a 2005): A administração de rotina de oxigênio suplementar não é recomendada como medida de primeiros socorros para falta de ar e desconforto torácico.

2010 (Nova): A administração de oxigênio suplementar deve ser considerada como parte dos primeiros socorros a mergulhadores com lesão por descompressão.

Motivo: Como em 2005, não foi encontrada qualquer evidência que corroborasse o benefício da administração de oxigênio suplementar como medida de primeiros socorros para vítimas com falta de ar ou desconforto torácico. Foram encontradas evidências (nova em 2010) do possível benefício de oxigênio suplementar para mergulhadores com lesão por descompressão.

Epinefrina e anafilaxia

2010 (Nova): Nova em 2010 é a recomendação de que, se persistirem os sintomas de anafilaxia apesar da administração de epinefrina, os prestadores de primeiros socorros devem procurar assistência médica antes de administrar uma segunda dose de epinefrina.

2005 (Antiga): Como em 2005, as Diretrizes da AHA/ARC 2010 para Primeiros Socorros recomendam que os prestadores de primeiros socorros aprendam os sinais e sintomas de anafilaxia e o uso correto de um injetor automático de epinefrina para que possam ajudar a vítima.

Motivo: A epinefrina pode salvar a vida de uma vítima de anafilaxia, mas aproximadamente 18% a 35% das vítimas que apresentam sinais ou sintomas de anafilaxia podem precisar de uma segunda dose de epinefrina. O diagnóstico de anafilaxia pode ser desafiador, mesmo para profissionais, e a administração excessiva de epinefrina pode produzir complicações (por exemplo, agravamento de isquemia ou arritmias miocárdicas) se ministrada a pacientes que não têm anafilaxia (por exemplo, se ministrada a um paciente com SCA). Portanto, o prestador de primeiros socorros é incentivado a acionar o sistema de SME antes de administrar uma segunda dose de epinefrina.

Administração de aspirina para desconforto torácico

2010 (Nova): Os prestadores de primeiros socorros são incentivados a acionar o sistema de SME sempre que estiverem diante de alguém com desconforto torácico. Enquanto aguardam a chegada do SME, os prestadores de primeiros socorros devem aconselhar o paciente a mastigar uma aspirina adulta (sem revestimento entérico) ou duas aspirinas infantis de dosagem mais baixa, se o paciente não tiver histórico de alergia à aspirina ou de hemorragia gastrointestinal recente.

Motivo: A aspirina é benéfica quando o desconforto torácico se deve a uma SCA. Pode ser muito difícil, mesmo para profissionais, determinar se o desconforto torácico é de origem cardíaca. A administração de aspirina, portanto, nunca deve retardar o acionamento do SME.

Torniquetes e controle de hemorragias

2010 (Sem alterações em relação a 2005): Devido aos possíveis efeitos adversos de torniquetes e à dificuldade de sua correta aplicação, seu uso para controlar hemorragias das extremidades é indicado somente se a aplicação de pressão direta não for eficaz ou possível e se o prestador de primeiro socorros tiver treinamento no uso de torniquete.

Motivo: São várias as experiências com o uso de torniquetes para controlar hemorragias em campos de batalha e não há dúvida de que eles funcionam nas circunstâncias corretas e com o treinamento adequado. No entanto, não existem dados sobre o uso de torniquetes por prestadores de primeiros socorros. Os efeitos adversos dos torniquetes, que podem incluir isquemia e gangrena da extremidade, bem como choque ou até mesmo a morte, parecem estar relacionados à quantidade de tempo que permanecem aplicados e sua eficácia é parcialmente dependente do tipo de torniquete. Em geral, torniquetes especialmente projetados são melhores do que os improvisados.

Agentes hemostáticos

2010 (Nova): O uso de rotina de agentes hemostáticos para controlar hemorragia como medida de primeiros socorros não é recomendado atualmente.

Motivo: Apesar do fato de diversos agentes hemostáticos serem eficazes no controle de hemorragias, seu uso não

é recomendado como medida de primeiros socorros para o controle de hemorragias devido a uma significativa variabilidade na eficácia e no potencial de efeitos adversos, inclusive destruição tecidual com indução de estado pró-embólico e possível lesão térmica.

Picadas de cobra

2010 (Nova): A aplicação de uma atadura de imobilização por pressão, com pressão entre 40 e 70 mmHg na extremidade superior e 55 e 70 mmHg na extremidade inferior, em torno de toda a extensão da extremidade picada, é uma maneira eficaz e segura de retardar o fluxo linfático e, por conseguinte, a disseminação do veneno.

2005 (Antiga): Em 2005, o uso de ataduras de imobilização por pressão para retardar a disseminação da toxina era recomendado apenas para vítimas de picadas de cobra com veneno neurotóxico.

Motivo: A eficácia da imobilização por pressão está, agora, demonstrada para picadas de outras cobras venenosas americanas.

Ferroadas de água-viva

2010 (Nova): Para inativar a carga de veneno e impedir mais envenenamento, as ferroadas de água-viva devem ser lavadas com vinagre abundante (solução de ácido acético de 4 a 6%) tão logo possível e por, no mínimo, 30 segundos. Após a remoção ou desativação dos nematocistos, a dor das ferroadas de água-viva deverá ser tratada com imersão em água quente, quando possível.

Motivo: Há duas ações necessárias para o tratamento de ferroadas de água-viva: prevenir mais descarga de nematocistos e aliviar a dor. Diversos tratamentos tópicos têm sido usados, mas uma avaliação crítica da literatura mostra que o vinagre é o mais eficaz para inativar os nematocistos. Imersão em água, o mais quente que se puder tolerar, por cerca de 20 minutos, é o tratamento mais eficaz para a dor.

Emergências relacionadas ao calor

2010 (Sem alterações em relação a 2005): Os primeiros socorros para câibras relacionadas com o calor compreendem descansar, refrescar-se e beber uma mistura de carboidratos e eletrólitos que pode incluir suco, leite ou alguma bebida industrializada com carboidratos e eletrólitos em sua composição. Alongar, fazer compressas de gelo e massagear os músculos doloridos são ações que podem ser úteis. A exaustão devida ao calor deve ser tratada com vigor fazendo com que a vítima se deite em um local fresco, removendo-lhe o maior número possível de peças de roupa, resfriando-a preferivelmente por imersão em água fria e acionando o SME. A intermação/golpe de calor requer cuidados de emergência/urgência por parte dos prestadores de SME, incluindo tratamento com fluido intravenoso. O prestador de primeiros socorros não deve tentar forçar a vítima de intermação/golpe de calor a ingerir líquidos.

Motivo: As Diretrizes da AHA/ARC 2010 para Primeiros Socorros dividiram as emergências relacionadas ao calor em três categorias de gravidade crescente: câibras devidas ao calor, exaustão devida ao calor e, a mais grave, intermação/golpe de calor. Os sinais de intermação/golpe de calor incluem os de exaustão devida ao calor e sinais de acometimento do sistema nervoso central. Em consequência disso, a intermação/golpe de calor requer cuidados de emergência/urgência, inclusive tratamento com fluido intravenoso.

RESUMO

Nos anos que se passaram desde a publicação das Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE, muitos sistemas de ressuscitação e comunidades documentaram uma maior sobrevivência das vítimas de PCR. Contudo, poucas vítimas de PCR recebem manobra de RCP das pessoas que presenciam o ataque. Sabemos que a qualidade da RCP deve ser alta e que as vítimas requerem excelentes cuidados pós-PCR por equipes organizadas com membros que trabalhem bem juntos. Treinamento e cursos de reciclagem frequentes são, provavelmente, as chaves para melhorar o desempenho da ressuscitação. No ano do cinquentenário do marco representado pela publicação da descrição, por Kouvenhouven, Jude e Knickerbocker, do êxito da compressão torácica fechada,[4] devemos, todos, nos dedicar a melhorar a frequência de RCPs executadas pelos que presenciam a PCR e a qualidade de todos os cuidados durante e após a PCR.

SECRETARIA GERAL Nº 426 FOLHA UNC. 565

REFERÊNCIAS

1. Field JM, Hazinski MF, Sayre M, et al. Part 1: Executive Summary of 2010 AHA Guidelines for CPR and ECC. *Circulation*. No prelo.
2. Hazinski MF, Nolan JP, Billi JE, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. No prelo.
3. Nolan JP, Hazinski MF, Billi JE, et al. Part 1: Executive Summary: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation*. No prelo.
4. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG. Closed-chest cardiac massage. *JAMA*. 1960;173:1064-1067.
5. Kilgannon JH, Jones AE, Shapiro NI, et al. Association between arterial hyperoxia following resuscitation from cardiac arrest and in-hospital mortality. *JAMA*. 2010;303:2165-2171.
6. Surawicz B, Childers R, Deal BJ, et al. AHA/ACCF/HRS Recommendations for the Standardization and Interpretation of the Electrocardiogram, Part III: Intraventricular Conduction Disturbances. *Circulation*. 2009;119:e235-e240.

Para obter mais informações sobre outros programas da American Heart Association, entre em contato conosco:

www.heart.org/cpr

American Heart Association®

GUIDELINES CPR ECC

7272 Greenville Avenue
Dallas, Texas 75231-4596; U.S.A.
www.heart.org

LJ-0872 10/10
PT-BR

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4371
FUNC.
SES

LINHA DO CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Índice

SECRETARIA GERAL DA
FLS Nº 4372

Página

Introdução 3

1. O infarto agudo do miocárdio e as terapias de reperfusão 4

1.1 Doença Arterial Coronariana e Infarto Agudo do Miocárdio 4

1.2 Angioplastia versus terapia trombolítica 5

2. Seleção dos pacientes candidatos a terapia de reperfusão pelo eletrocardiograma pré-hospitalar 10

3. Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio 12

4. Proposta de indicadores para monitoramento da implementação da Linha de Cuidado do IAM no Brasil 13

4.1 Objetivo geral 14

4.2 Objetivos específicos 14

Referências bibliográficas 16

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, sendo responsáveis por 29% das mortes registradas em 2007. Os gastos com internações pelo SUS totalizaram 1,2 milhões em 2009 e, com envelhecimento da população e mudança dos hábitos de vida, a prevalência e importância das DCV tende a aumentar nos próximos anos. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) reconhece a necessidade de uma ação integrada contra as DCV e irá propor aos países membros que estabeleçam a meta global de reduzir a taxa de mortalidade por DCV em 20% na década de 2011-2020 em relação à década precedente.

Entre as causas de morte e hospitalização por DCV, destacam-se as síndromes coronarianas aguda (SCA), incluindo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a angina instável (AI). Com os avanços no tratamento da SCA, a mortalidade no IAM nos estudos observacionais caiu de 30% na década de 50 para menos de 5% nos registros mais recentes em países desenvolvidos. O tratamento moderno do IAM depende do uso de terapias de reperfusão, rápido acesso ao serviço médico e uso de medicações específicas com benefício comprovado. (1) Embora a maioria das abordagens indicadas no tratamento do IAM estarem disponíveis no SUS, a mortalidade hospitalar pelo IAM continua elevada, o que exige uma ação integrada do Ministério da Saúde, Sociedades Científicas, gestores estaduais e municipais e hospitais.

Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM Nº 1600 de 07 de junho de 2011 que institui a Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS. A organização da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. A Linha de Cuidado Cardiovascular foi definida como prioritária dentre as demais previstas na Rede.

Este documento resume os princípios que norteiam a construção da Linha de Cuidado do IAM na Rede de Atenção às Urgências no SUS.

1. O infarto agudo do miocárdio e as terapias de reperfusão

1.1 Doença Arterial Coronariana e Infarto Agudo do Miocárdio

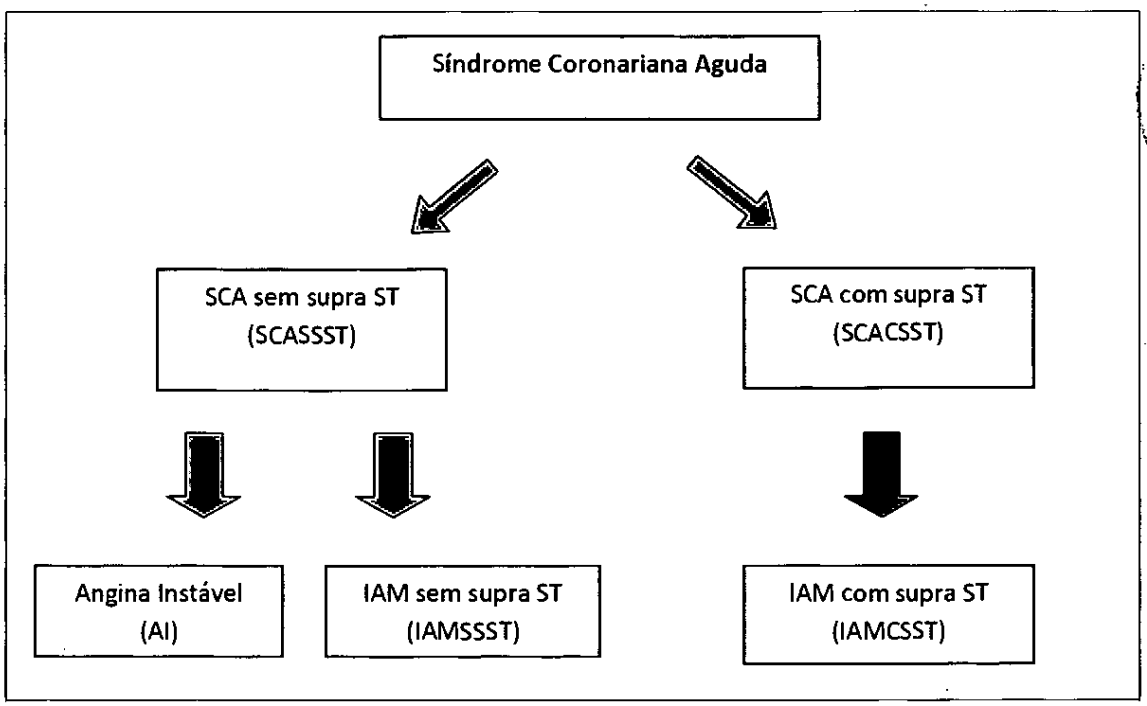
A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo inteiro.(4) Nenhuma outra doença tem maior impacto clínico ou determina maiores gastos financeiros. O mecanismo da DAC geralmente se relaciona à obstrução da luz da artéria coronária por uma placa aterosclerótica, fazendo com que o fluxo sanguíneo se torne insuficiente para uma determinada região do miocárdio, devido ao desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio.

A DAC pode se apresentar em sua forma crônica, como na angina estável, ou como uma síndrome coronariana aguda (SCA), que engloba a angina instável (AI) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). O termo SCA é empregado aos pacientes com evidências clínicas ou laboratoriais de isquemia aguda, produzida por desequilíbrio entre suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio, sendo, na maioria das vezes, causada por instabilização de uma placa aterosclerótica.

São duas as formas de apresentação da SCA (figura 1): aquela com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST), ou infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST), e aquela sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). Esta diferenciação é essencial para o tratamento imediato do IAMCSST através da reperfusão miocárdica. A SCASSST se subdivide em angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Ambos tem apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas apenas pela elevação (IAMSSST) ou não (AI) dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina I (TnI) e T (TnT) e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas.

Considerando que muitos casos de infarto não são internados ou são internados pelo sistema suplementar de saúde, estima-se em 300 a 400 mil o número de infarto ao ano no país e que a cada cinco a sete casos ocorra um óbito. (1) Assim, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morte da atualidade. O grande desafio é tornar o tratamento para a síndrome coronariana aguda disponível para a população como um todo, promovendo efetivamente a redução da letalidade da doença em nosso meio.

Figura 1 – Formas clínicas da Síndrome coronariana aguda



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4375
SF
FUNC.

1.2 Angioplastia versus terapia trombolítica

Das 1.099.131 mortes ocorridas no Brasil em 2009, 99.835 foram atribuídas às doenças isquêmicas do coração, das quais 75.868 são decorrentes do infarto agudo do miocárdio, o que representa 6,9% de todas as mortes (www.datasus.gov.br, acessado em 10 de abril de 2010). É interessante observar que quase a metade dos óbitos (29.849) ocorreu fora do hospital, com destaque para o domicílio do paciente (25.220). Estes números refletem o fato de que, 25 a 35% dos pacientes infartados morrem antes de receber cuidados médicos, geralmente por fibrilação ventricular. (5)

Para o mesmo período de 2009, foram registradas apenas 57.987 internações no sistema único de saúde com os códigos de procedimento INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (77500024) ou ANGIOPLASTIA CORONARIANA PRIMARIA (48030112), confirmando esta impressão de que muitos pacientes não chegam a ser internados.

A mortalidade hospitalar por IAM, que se situava em torno de 30% na década de 50, vem melhorando consideravelmente ao longo dos anos. Um estudo recente em quatro estados americanos mostrou que a mortalidade em 30 dias (semelhante à hospitalar) caiu de 8,6% para 3,6% de 1988 a 2000, indicando o elevado impacto das novas modalidades terapêuticas, entre

as quais se destaca as terapias de reperfusão e o uso de medicamentos. No Brasil, os dados do DATASUS mostram mortalidade elevada para os pacientes que internam com código de procedimento INFARTO AGUDO DO MIOCARDIO (77500024): 15,32%, bem acima dos valores relatados acima, sugerindo que muito possa ser feito para redução da mortalidade em nosso país.

SECRETARIA GERAL SES FLS Nº 4376 SF FUNC.

A restauração do fluxo coronariano é o principal objetivo terapêutico no IAMCSST, no qual a trombose coronariana é o principal mecanismo fisiopatológico subjacente, limitando a extensão da necrose miocárdica e reduzindo a mortalidade. (5) Existem duas formas principais de reperfusão coronariana: a química, com agentes trombolíticos, e a mecânica, através da angioplastia primária.(6) A revascularização miocárdica cirúrgica é reservada para casos selecionados, de alto risco, em que não houve sucesso ou há contra-indicações para outro método. O primeiro relato de caso de angioplastia coronariana primária foi publicado em 1983.(7) Já os agentes trombolíticos foram descobertos nos anos 50, mas apenas foram incorporados à prática clínica em 1986, após o estudo GISSI.(8) Quando agentes trombolíticos são associados ao ácido acetilsalicílico, 50 vidas são salvas em 1000 pacientes tratados.(9) Apesar de essa terapia ser amplamente disponível, facilmente administrada e custo-efetiva, existem limitações importantes no seu uso, (10) especificamente relacionadas à existência de pacientes que não são elegíveis para a trombólise química; de menor freqüência (60 a 70%) de reperfusão completa e da ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) em 1 a 2% dos casos. (10;11) Apesar de tais limitações, a possibilidade de realização de trombólise no ambiente pré-hospitalar e a ampla disponibilidade dos trombolíticos tornam este tratamento como de eleição em muitos sistemas de saúde.

Por outro lado, a angioplastia primária tem vantagens no que se refere ao sucesso, já que leva a revascularização completa em 90 a 95% dos pacientes. (10;11) Dentre algumas de suas complicações, destacam-se aquelas relacionadas ao acesso vascular (sangramento, hematoma, pseudoaneurisma e fístula arteriovenosa) que ocorrem em 2 a 12% dos casos, (12) nefropatia grave (relacionada, pelo menos parcialmente, ao uso de contraste iodado) em até 2% dos pacientes, (13) e taquicardia e fibrilação ventricular (4,3%). (14) Atualmente, a reoclusão do vaso-alvo é rara (cerca de 1% dos casos), reduzindo em muito a necessidade de cirurgia de revascularização de urgência (15). A maior limitação da angioplastia primária é a sua disponibilidade e o atraso na transferência do paciente para um centro médico capacitado.

Quando disponível em tempo hábil, a angioplastia primária é superior à trombólise química no tratamento do IAMCSST, reduzindo as taxas de mortalidade em curto prazo (7% x 9%; p<0,001), reinfarto não-fatal (3% x 7%; p<0,001), AVC (1% x 2%; p<0,001), AVC hemorrágico (0,05% x 1%; p<0,001) e o desfecho combinado de morte, reinfarto não-fatal e AVC (8% x 14%; p<0,001), independentemente do agente trombolítico utilizado e se o paciente foi transferido ou não para realizar a angioplastia primária. (16) Para cada 50 pacientes tratados com angioplastia primária ao invés de trombólise, uma vida foi salva e duas complicações maiores (incluindo AVC e reinfarto) foram prevenidas. Uma importante revisão sistemática realizada no Reino Unido (17) também mostrou que o uso de angioplastia primária promove a redução absoluta de 3% na mortalidade intra-hospitalar e em 30 dias e de 3% na mortalidade dos 6 meses aos 24 meses após o evento, além de redução absoluta na taxa de AVC, reinfarto, cirurgia de revascularização miocárdica e no tempo de internação em dois dias.

Os benefícios da reperfusão e, em especial, da angioplastia primária sobre a trombólise química, dependem do tempo até o início do tratamento. Segundo as diretrizes atuais, (1;18;19) o tempo de espera para o início da terapia trombolítica desde o primeiro contato com o paciente (tempo porta-agulha) deve ser inferior a 30 minutos, e, para que o benefício da angioplastia primária esteja presente, a espera até a insuflação do balão (tempo porta-balão) deve ser inferior a 90 minutos, sendo que o atraso (tempo porta-balão menos tempo porta-agulha) não seja superior a 60 minutos. Asseburg *et al.* (20) publicou uma atualização da revisão sistemática de Keeley et al. e incluiu, não só desfechos a curto prazo, mas também os desfechos após 6 meses, mostrando que a redução da mortalidade na angioplastia primária só foi significativa quando o tempo de atraso foi menor que 45 minutos, e a redução dos desfechos não-fatais, quando este tempo foi menor que 90 minutos.

A interferência do tempo de atraso do sistema (o tempo entre o contato do paciente com o serviço de emergência e a angioplastia primária) e a mortalidade a longo prazo foi objeto de estudo de Aerkelsen et al. (21) que publicaram os dados obtidos através de um registro do sistema público do oeste da Dinamarca, entre 2002 e 2008, que incluiu 6209 pacientes com quadro de IAMCSST submetidos a angioplastia primária com menos de doze horas do início dos sintomas, com tempo médio de seguimento de 3,4 anos. Para tal, os autores dividiram o atraso do sistema nos seus diferentes componentes, conforme as figuras 3 e 4. Os autores observaram uma redução absoluta da mortalidade de 15,4% (30,8% para 15,4%; p <0,001)

quando o tempo de atraso do sistema foi menor que 60 minutos, em comparação com um tempo de atraso entre 181 e 360 minutos. Através de uma análise multivariada, concluíram que o tempo de atraso do sistema representa um preditor independente de mortalidade a longo prazo, bem como seus componentes (tempo de atraso pré-hospitalar e tempo porta-balão). É importante enfatizar que, mais importante do que o tempo porta-balão, é a avaliação deste tempo de atraso do sistema quando avaliamos uma rede de cuidado do IAM, já que o primeiro se presta apenas como indicador da qualidade de um serviço de hemodinâmica.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4378
FUNC.

Figura 3. Tempos de atraso para trombólise

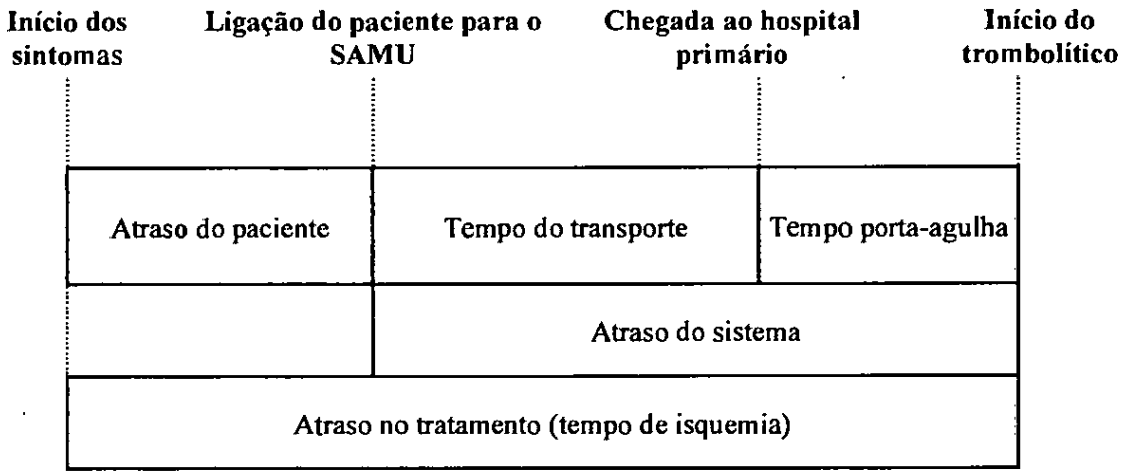
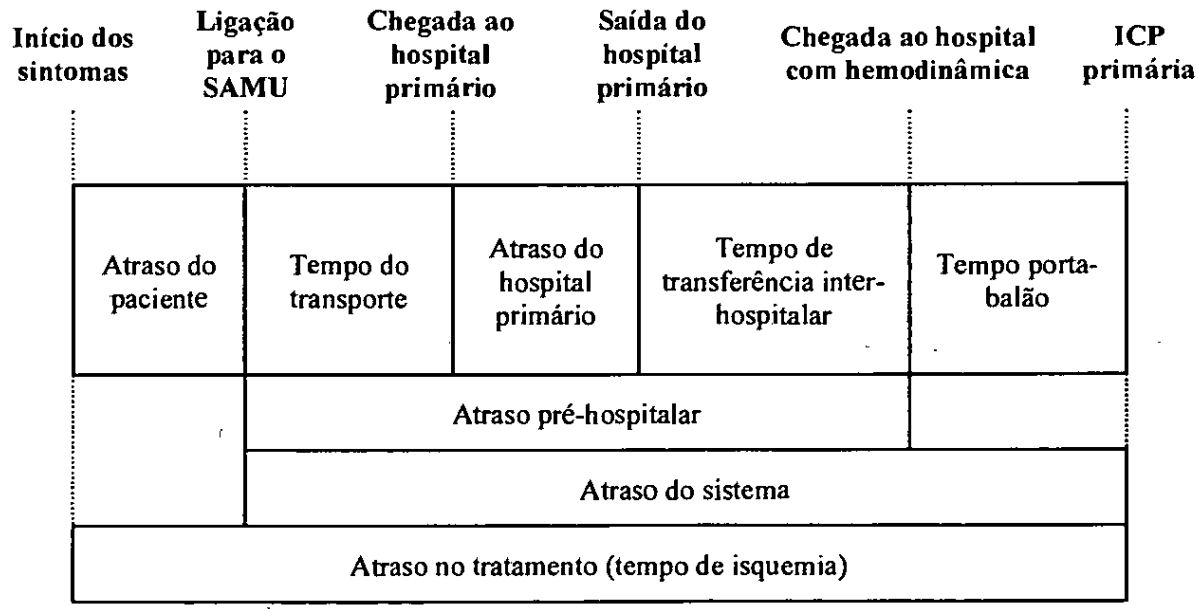


Figura 4. Tempos de atraso para angioplastia primária



Bravo Vergel et al. mostraram um maior custo-efetividade da angioplastia em relação à trombólise até um tempo de atraso entre 60 e 90 minutos no Reino Unido, levando-se em consideração todos os gastos com o paciente até 6 meses após o evento agudo (22). Para este caso, a razão de custo–efetividade incremental da angioplastia primária foi de 9.241 libras esterlinas por cada QALY adicional, com uma probabilidade de 90% da estratégia ser custo efetiva ao limiar de 20 mil libras esterlinas. Em outra revisão extensa, Hartwell e colaboradores (17) concluíram que a angioplastia primária é mais custo efetiva do que a trombólise, fornecendo benefícios adicionais no estado de saúde a algum custo extra. No longo prazo, porém, espera-se que esta diferença diminua devido à maior freqüência de recorrências e reintervenções necessárias naqueles que receberam trombólise.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4379 FUNC.

Sumariando:

- O infarto agudo do miocárdio é uma das principais causas de morte no país; 25 a 35% dos infartados morrem antes de receber cuidados médicos.

- A terapia de reperfusão está estabelecida no tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST e pode ser feita por angioplastia primária ou trombólise. Em ambas, é necessário o reconhecimento precoce do infarto e o pronto início do tratamento, até 12 horas de início dos sintomas.

- Comparações formais e extensivas entre as duas estratégias mostram benefício e custo-efetividade da angioplastia primária sobre a trombólise, especialmente em pacientes de alto risco. O benefício, porém, depende da disponibilidade de hemodinâmica 24h e da rápida realização do procedimento e desaparece se o atraso para a realização da angioplastia for maior que 60 a 90 minutos.

- Assim, a escolha da melhor estratégia de reperfusão no IAM depende de fatores relacionados à disponibilidade regional de recursos e pode variar de região para região.

2. Seleção dos pacientes candidatos a terapia de reperfusão pelo eletrocardiograma pré-hospitalar

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4360 FUNC

Como o diagnóstico do infarto se baseia primariamente no eletrocardiograma de 12 derivações, a oportunidade de se reduzir o tempo entre o diagnóstico e a intervenção depende da aquisição rápida e interpretação adequada do ECG. Com o diagnóstico pré-hospitalar de IAM com supra, é possível tanto realizar a trombólise na unidade móvel (no Brasil, SAMU – Serviço de Assistência Móvel a Urgência), quanto referenciar o paciente a um serviço médico capaz de estabelecer tratamento de reperfusão imediata, seja ele, a angioplastia primária (preferencialmente) ou a infusão de trombolíticos (23). Mesmo que a Unidade pré-hospitalar encaminhe o paciente a um hospital com possibilidade de tratar o infarto em curso, o tempo até a realização do ECG seria eliminado com a realização pré-hospitalar do exame, estando a equipe já de prontidão para o seu atendimento.

Para que a estratégia de reperfusão seja eficaz, é necessária a plena integração entre o diagnóstico pré-hospitalar e a conduta hospitalar, dentro do que se conhece hoje como sistemas de cuidado do infarto agudo do miocárdio (24). Existem hoje vários relatos de experiências de cidades européias e regiões americanas nas quais os sistemas de saúde, público ou privado, estabeleceram tais "sistemas de cuidado" (*systems of care*) de pacientes com infarto, incluindo diagnóstico precoce, transporte rápido e rede de hospitais que fazem angioplastia primária (25-29).

O diagnóstico eletrocardiográfico pré-hospitalar de IAM pode ser obtido de diferentes maneiras: (1) softwares de interpretação ECG automatizados, (2) interpretação do ECG por médicos ou profissionais de saúde presentes na ambulância ou (3) transmissão dos traçados para central de análise à distância, com interpretação e discussão do caso com referência médica especializada (23). A escolha de cada um desses métodos tem tanto vantagens potenciais como dificuldades operacionais, que devem ser cuidadosamente avaliadas antes da implantação (23;30;31). O objetivo final é sempre o reconhecimento precoce do infarto agudo do miocárdio, objetivando que a introdução do tratamento seja o mais rápido possível, seja pela trombólise pré-hospitalar, seja pela angioplatia primária ou trombólise hospitalar.

3. Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio

SECRETARIA GERAL FLS Nº 1281 FUNC

Com a constatação de que o IAM podia ser abordado de forma eficaz, desde que o paciente seja atendido e tratado rapidamente, as atenções se voltaram para o fato de que frequentemente os pacientes elegíveis não recebiam o tratamento indicado um tempo ótimo(32). Para que o paciente com IAM recebesse o tratamento de reperfusão no tempo e local adequado, o sistema de saúde precisaria se organizar, para permitir o reconhecimento precoce do IAM com supra de ST, seu rápido encaminhamento para uma unidade de saúde habilitada ao tratamento e o uso efetivo da terapia de reperfusão nesta unidade de saúde. Estes sistemas de cuidado incluem métodos de telemedicina para diagnóstico eletrocardiográfico precoce (29) e protocolos rígidos de transferência e transporte, existindo diretrizes específicas para sua implantação. (24). O número de vidas perdidas por infarto e a morbidade dos pacientes infartados não reperfundidos, potencialmente evitáveis, foram motivações mais que suficientes para que o problema fosse enfrentado de uma forma sistêmica e não apenas focal.

Tais tentativas de organização interinstitucional do tratamento do IAM ocorreram inicialmente na Europa e nos Estados Unidos, (25-29), mas rapidamente se espalharam pelo mundo, existindo hoje diretrizes internacionais sobre o assunto (33). Para a implantação da Linha do Cuidado do IAM, é necessário a integração de todas as Unidades de Saúde da Rede de Atenção às Urgências envolvidas com o atendimento deste perfil de paciente.

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsavelmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, define-se como constituintes da Linha do Cuidado do IAM os seguintes componentes:

- Unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Unidades de Atenção Especializada;
- Serviço móvel pré-hospitalar (SAMU);
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e pronto-socorros de hospitais gerais;
- Hospitais com credenciamento especializado para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, com habilitação em cardiologia intervencionista e leitos de Unidade Coronariana dedicada à rede de IAM;

- Atenção Domiciliar;
- Serviços de Reabilitação;
- Centrais de regulação municipais e estaduais.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4382
PUBLIC

O objetivo da Rede de Atenção ao IAM é garantir que o paciente com IAM com supra de ST receba a terapia de reperfusão em tempo adequado, com acesso à terapia intensiva e ao tratamento e estratificação complementares à reperfusão. Considera-se que o tempo total de isquemia (entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão) deve ser idealmente até 120 minutos.

É essencial que os protocolos de atenção do IAM sejam definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha do Cuidado, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas, conforme as diretrizes internacionais.

4. Proposta de indicadores para monitoramento da implementação da Linha de Cuidado do IAM no Brasil

4.1 Objetivo geral

Objetivo geral	Metas	Indicadores gerais
Implantar redes de atendimento ao IAM com supra de ST em regiões metropolitanas brasileiras	Reduzir a mortalidade prematura e as complicações do infarto agudo do miocárdio	- Número de mortes por IAM - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão

4.2 Objetivos específicos

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores para acompanhamento local
1	Divulgar o conhecimento referente ao infarto e seu tratamento	Fazer com que o paciente procure atendimento mais rapidamente frente a sintomas típicos de IAM	- Tempo entre o início da dor e a chamada do SAMU
2	Definir de protocolo padronizado para avaliação e tratamento do IAM	Dispor de protocolo para avaliação e tratamento do IAM passível de ser usado nos diferentes pontos de cuidado, respeitando diferenças regionais	- Protocolo validado pelas sociedades científicas e gestores locais
3	Prover o transporte do paciente no menor espaço de tempo em viaturas equipadas com pessoal, equipamentos e medicamentos necessários ao atendimento	Reduzir o tempo de transporte de pacientes com IAM	- Tempo entre a chamada do SAMU e a chegada da ambulância - Tempo de transporte entre UPAs/hospitais primários e Unidade coronariana

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES/ FUNED FLS Nº 0283

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores
4	Implantar ou incrementar as Centrais de regulação de urgência e emergência, com algoritmos específicos para a abordagem do IAM e protocolos estabelecidos de destinação dos pacientes	Dispor de Central de Regulação capaz de seguir protocolos padronizados e encaminhar os pacientes com IAM aos pontos de atenção habilitados ao seu tratamento	- Presença de Central de regulação do SAMU - Tempo entre a chamada do SAMU e a chegada da ambulância - Tempo de transporte entre UPAs/hospitais primários e Unidade coronariana
5	Estabelecer rede de referências entre os pontos de atenção, com base espacial e administrativa, com sistema facilitado de comunicação entre os pontos	Definir fluxos com métodos facilitados de contato entre os pontos de atenção, sob a coordenação da Central de regulação	- Presença de fluxo definido, discutido pela rede e disponível em todos os pontos de atenção
6	Incentivar o uso de telemedicina para diagnóstico precoce e preciso do IAM com supra de ST	Dispor de sistema de telemedicina nas ambulâncias do SAMU e nas UPAS/PS dos hospitais gerais, com transmissão para Central de Regulação e Hospitais de Referência Aumentar a acurácia preditiva do diagnóstico ECG pré-hospitalar	- Proporção de unidades do SAMU e UPAS/ PS hospitais gerais com telemedicina - Proporção de pacientes para os quais foram obtidos ou transmitidos ECG adequados
7	Capacitar as equipes das UPAs e dos PS hospitais gerais para o tratamento do IAM	Dispor de equipes treinadas para a abordagem do IAM	- Número de equipes capacitadas sob o número total de equipes - Tempo entre a porta e o primeiro ECG - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão
8	Induzir o uso da trombólise nas UPAS e nos PS hospitais gerais	Aumentar o número de pacientes submetidos à terapia de reperfusão	- Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias de reperfusão - Tempo porta-agulha (para pacientes não transferidos)

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4384
FUNC.

	Objetivos específicos	Metas	Indicadores
9	Aumentar o número de leitos de Unidades Coronarianas em hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade dedicados à Rede de IAM	Dispor de leitos de unidade coronariana em hospitais capazes de realizar angioplastia primária (conforme protocolo, na contra-indicação à trombólise ou em casos de alto risco) e de salvamento	- Número de leitos de UCo dedicados a rede
10	Otimizar o tratamento rápido do IAM com supra em hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	Obter o melhor cuidado para os pacientes encaminhados para os hospitais especializados para Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	- Mortalidade intra-hospitalar por IAM - Proporção de pacientes elegíveis aos quais se administrou terapias classe I baseado nas diretrizes -Tempo porta-balão -Tempo primeiro hospital-balão (para pacientes transferidos) - Tempo total de isquemia, estratificado por nível de transferência
11	Garantir leitos de retaguarda para a UCo, de forma a permitir o fluxo adequado de pacientes	Manter sistema com alta rotatividade e baixo tempo de permanência, garantindo o atendimento de grande número de pacientes	- Número de leitos de retaguarda - Tempo médio de permanência hospitalar - Taxa de ocupação
12	Garantir a continuidade do cuidado e a utilização dos recursos terapêuticos adequados para o período pós-IAM	Obter o melhor cuidado no período pós-IAM, com estratificação do risco, encaminhamento para procedimentos de revascularização quando pertinente e retorno do paciente com plano terapêutico estabelecido	- Realização de consultas no hospital especializado - Número de pacientes com encaminhamento qualificado à atenção básica, com plano terapêutico
13	Promover a prevenção secundária do IAM	Evitar novos episódios de IAM e síndrome coronariana aguda	- Mortalidade I ano após o IAM
14	Monitorar os resultados do programa	Garantir a qualidade e efetividade do programa	- Presença do comitê de monitoramento - Resultados da pesquisa de satisfação do usuário

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 435
FURE

Referências bibliográficas

(1) III Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. Arq Bras Cardiol 2004; 83 Suppl 4:1-86.

(2) Junqueira-Lodi L, Ribeiro AL, Mafra AA. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, editor. 1-49 2011. Belo Horizonte.

(3) Araujo DV, Tura BR, Brasileiro AL, Luz NH, Pavao AL, Teich V. Cost-effectiveness of prehospital versus inhospital thrombolysis in acute myocardial infarction. Arq Bras Cardiol 2008; 90(2):91-98.

(4) World Health Organization. Global Burden of Disease. http://www who int/healthinfo/global_burden_disease/en/ [2010 Available from: URL:http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

(5) Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). Circulation 2004; 110(9):e82-292.

(6) Katritsis D, Karvouni E, Webb-Peploe MM. Reperfusion in acute myocardial infarction: current concepts. Prog Cardiovasc Dis 2003; 45(6):481-492.

(7) Hartzler GO, Rutherford BD, McConahay DR, Johnson WL, Jr., McCallister BD, Gura GM, Jr. et al. Percutaneous transluminal coronary angioplasty with and without thrombolytic therapy for treatment of acute myocardial infarction. Am Heart J 1983; 106(5 Pt 1):965-973.

(8) Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). Lancet 1986; 1(8478):397-402.

(9) Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Lancet 1988; 2(8607):349-360.

(10) Ting HH, Yang EH, Rihal CS. Narrative review: reperfusion strategies for ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2006; 145(8):610-617.

(11) Ribichini F, Ferrero V, Wijns W. Reperfusion treatment of ST-elevation acute myocardial infarction. Prog Cardiovasc Dis 2004; 47(2):131-157.

(12) Yatskar L, Selzer F, Feit F, Cohen HA, Jacobs AK, Williams DO et al. Access site hematoma requiring blood transfusion predicts mortality in patients undergoing percutaneous coronary intervention: data from the National Heart, Lung, and Blood Institute Dynamic Registry. Catheter Cardiovasc Interv 2007; 69(7):961-966.

SECRETARIA GERAL DA SES FLS Nº 4386 FUNC.

(13) Bartholomew BA, Harjai KJ, Dukkipati S, Boura JA, Yerkey MW, Glazier S et al. Impact of nephropathy after percutaneous coronary intervention and a method for risk stratification. Am J Cardiol 2004; 93(12):1515-1519.

(14) Mehta RH, Harjai KJ, Grines L, Stone GW, Boura J, Cox D et al. Sustained ventricular tachycardia or fibrillation in the cardiac catheterization laboratory among patients receiving primary percutaneous coronary intervention: incidence, predictors, and outcomes. J Am Coll Cardiol 2004; 43(10):1765-1772.

(15) Yang EH, Gumina RJ, Lennon RJ, Holmes DR, Jr., Rihal CS, Singh M. Emergency coronary artery bypass surgery for percutaneous coronary interventions: changes in the incidence, clinical characteristics, and indications from 1979 to 2003. J Am Coll Cardiol 2005; 46(11):2004-2009.

(16) Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. Lancet 2003; 361(9351):13-20.

(17) Hartwell D, Colquitt J, Loveman E, Clegg AJ, Brodin H, Waugh N et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of immediate angioplasty for acute myocardial infarction: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2005; 9(17):1-iv.

(18) Anderson JL, Adams CD, Antman EM, Bridges CR, Califf RM, Casey DE, Jr. et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine. Circulation 2007; 116(7):e148-e304.

(19) Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, Bates ER, Green LA, Hand M et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to revise the 1999 guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction). J Am Coll Cardiol 2004; 44(3):671-719.

(20) Asseburg C, Vergel YB, Palmer S, Fenwick E, de Belder M, Abrams KR et al. Assessing the effectiveness of primary angioplasty compared with thrombolysis and its relationship to time delay: a Bayesian evidence synthesis. Heart 2007; 93(10):1244-1250.

(21) Terkelsen CJ, Sorensen JT, Maeng M, Jensen LO, Tilsted HH, Trautner S et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. JAMA 2010; 304(7):763-771.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4387 FUNC. SDS

(22) Bravo VY, Palmer S, Asseburg C, Fenwick E, de Belder M, Abrams K et al. Is primary angioplasty cost effective in the UK? Results of a comprehensive decision analysis. Heart 2007; 93(10):1238-1243.

(23) Ting HH, Krumholz HM, Bradley EH, Cone DC, Curtis JP, Drew BJ et al. Implementation and Integration of Prehospital ECGs Into Systems of Care for Acute Coronary Syndrome. A Scientific Statement From the American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research, Emergency Cardiovascular Care Committee, Council on Cardiovascular Nursing, and Council on Clinical Cardiology. Circulation 2008; 118(10):1066-1079.

(24) Jacobs AK, Antman EM, Faxon DP, Gregory T, Solis P. Development of systems of care for ST-elevation myocardial infarction patients: executive summary. Circulation 2007; 116(2):217-230.

(25) Jacobs AK. Regionalized care for patients with ST-elevation myocardial infarction: it's closer than you think. Circulation 2006; 113(9):1159-1161.

(26) Jacobs AK, Antman EM, Ellrodt G, Faxon DP, Gregory T, Mensah GA et al. Recommendation to develop strategies to increase the number of ST-segment-elevation myocardial infarction patients with timely access to primary percutaneous coronary intervention. Circulation 2006; 113(17):2152-2163.

(27) Hailer B, Naber CK, Koslowski B, Budde T, Jacksch R, Sabin G et al. [STEMI Network Essen - Results after 1 Year.]. Herz 2008; 33(2):153-157.

(28) Marzegalli M, Oltrona L, Corrada E, Fontana G, Klugmann S. [The network for the management of acute coronary syndromes in Milan: results of a four-year experience and perspectives of the prehospital and interhospital cardiological network]. Ital Heart J 2005; 6 Suppl 6:49S-56S.

(29) Catania F, Colombo C, Marzegalli M, Borghi G, Pincirolis F. Service level web monitoring in the field management of emergencies. Stud Health Technol Inform 2004; 106:123-135.

(30) Drew BJ, Dempsey ED, Joo TH, Sommargren CE, Glancy JP, Benedict K et al. Pre-hospital synthesized 12-lead ECG ischemia monitoring with trans-telephonic transmission in acute coronary syndromes: pilot study results of the ST SMART trial. J Electrocardiol 2004; 37 Suppl:214-221.

(31) Rokos IC, Larson DM, Henry TD, Koenig WJ, Eckstein M, French WJ et al. Rationale for establishing regional ST-elevation myocardial infarction receiving center (SRC) networks. Am Heart J 2006; 152(4):661-667.

(32) Boersma E, Mercado N, Poldermans D, Gardien M, Vos J, Simoons ML. Acute myocardial infarction. Lancet 2003; 361(9360):847-858.

(33) Jacobs AK, Antman EM, Faxon DP, Gregory T, Solis P. Development of Systems of Care for ST-Elevation Myocardial Infarction Patients: Executive Summary. Circulation 2007; 116(2):217-230.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4388 FOLHA

GENERICA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4389
SC
FUNC.

PROTOCOLO CLÍNICO

SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS

Elaborado a partir das diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia e das sociedades internacionais e baseado no Protocolo Clínico "Síndrome Coronariana Aguda" da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, cuja elaboração foi coordenada pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4390
FUNC.

SIGLAS	
AAS	Ácido acetilsalicílico
AI	Angina instável
ATC	Angioplastia transluminal coronária
BBloq	Betabloqueadores
BCRE	Bloqueio completo do ramo esquerdo
BIA	Balão intra-aórtico
BRA	Bloqueadores dos receptores de angiotensina II
CRVM	Cirurgia de revascularização miocárdica
CIV	Comunicação Interventricular
DAC	Doença arterial coronariana
DM	Diabete melito
EAP	Edema agudo de pulmão
ECG	Eletrocardiograma de superfície
EV	Endovenosa
FA	Fibrilação atrial
FEVE	Fração de ejeção do ventrículo esquerdo
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IAMCSST	Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST
IAMSSST	Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST
IC	Insuficiência cardíaca
ICP	Intervenção coronária percutânea
IECA	Inibidores da enzima conversora da angiotensina
IM	Insuficiência mitral
ISRAA	Inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona
INC	Instituto Nacional de Cardiologia

IVE	Insuficiência ventricular esquerda
MNM	Marcadores de necrose miocárdica
PAS	Pressão arterial sistólica
POP	Procedimento Operacional Padrão
RC	Reabilitação Cardíaca
SCA	Síndrome coronariana aguda
SCACSST	Síndrome coronariana aguda com supra do segmento ST
SCASSST	Síndrome coronariana aguda sem supra do segmento ST
SNC	Sistema nervoso central
SK	Estreptoquinase
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Teste ergométrico
TEP	Tromboembolismo pulmonar
TnI	Troponina I
TNK	Tenecteplase
TnT	Troponina T
tPA	Alteplase
TRH	Terapia de reposição hormonal
TVS	Taquicardia ventricular sustentada
UCo	Unidade coronariana
UTI	Unidade de terapia intensiva

GENERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4391
FUNC.

CONFLITOS DE INTERESSE
Os integrantes declaram não haver qualquer conflito de interesse na elaboração deste protocolo.

INTRODUÇÃO

A doença arterial coronariana (DAC) representa a principal causa de óbito no mundo, estando entre as patologias de maior impacto clínico e financeiro. [1] A maioria dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) é causada pela oclusão de um ramo coronariano principal. A obstrução e consequente redução do fluxo coronariano se devem comumente à ruptura física de uma placa aterosclerótica com subsequente formação de trombo oclusivo. Vasoconstrição coronária e micro embolização podem também estar envolvidos neste processo.

A representação clínica da DAC pode ser identificada em suas formas crônica, como a angina estável, e aguda, nas síndromes coronarianas agudas (SCA), com supra ST e sem supra ST.

No Brasil, estima-se a ocorrência de 300 mil a 400 mil casos anuais de infarto, e que a cada 5 a 7 casos, ocorra um óbito. Assim, apesar dos inúmeros avanços terapêuticos obtidos nas últimas décadas, a SCA é ainda uma das mais importantes causas de morbimortalidade em nosso meio.

OBJETIVO PRIMÁRIO

- Redução da morbidade e mortalidade dos pacientes com SCA no território nacional.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Reconhecer a dor torácica sugestiva de SCA que requer atenção imediata e realização de eletrocardiograma (ECG) em até 10 minutos.
- Distinguir, dentre os pacientes com SCA, aqueles com quadro de síndrome coronariana aguda com supra ST (SCACSST), que precisam ser submetidos à reperfusão no menor tempo possível (prioritariamente até 12 horas após início do evento agudo)
- Estratificar o risco dos pacientes com SCA para direcioná-los para avaliação e tratamento adequados.
- Identificar e tratar precocemente as complicações relacionadas à SCA.
- Orientar a prevenção de novos eventos coronarianos, garantindo o cuidado continuado e a reabilitação do paciente.

MATERIAL E MÉTODOS ENVOLVIDOS

- Ambulância UTI do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Materiais para ressuscitação cardiorrespiratória: tubo endotraqueal, medicamentos, laringoscópio, máscara, valva;
- Equipamento de ECG com 12 derivações;
- Recursos de telemedicina que permitam a identificação e o diagnóstico eletrocardiográfico à distância, incluindo desde o envio do traçado por fax a outras formas mais complexas de transmissão de dados para a Unidade de Referência;
- Medicamentos e insumos para atendimento de urgência – analgesia, sedativo, oxigênio e outros;
- Medicamentos para a reperfusão miocárdica (trombolíticos);

- Exames laboratoriais, como marcadores de necrose miocárdica, de preferência a troponina;
- Monitor cardíaco com oximetria de pulso;
- Unidade de terapia intensiva (UTI) de referência;
- Serviço de hemodinâmica de referência;
- Unidade básica de saúde de referência – acompanhamento pós-evento.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4393 SF FUNC

EQUIPE PROFISSIONAL

- Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e outros.
- Gestores de saúde de unidades nos níveis primário, secundário e terciário de atenção.
- Profissionais das unidades móveis de urgência e emergência.

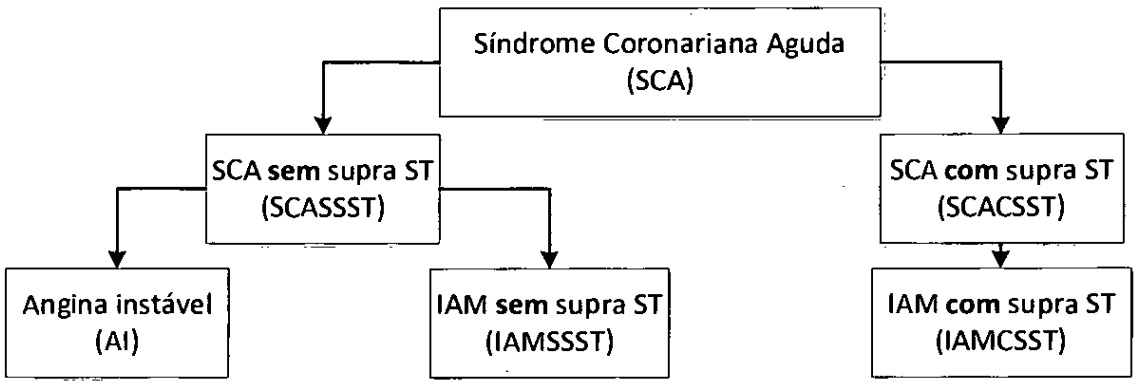
DEFINIÇÃO

O termo SCA é empregado nas situações em que o paciente apresenta evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida por desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, tendo como causa principal a instabilização de uma placa aterosclerótica.

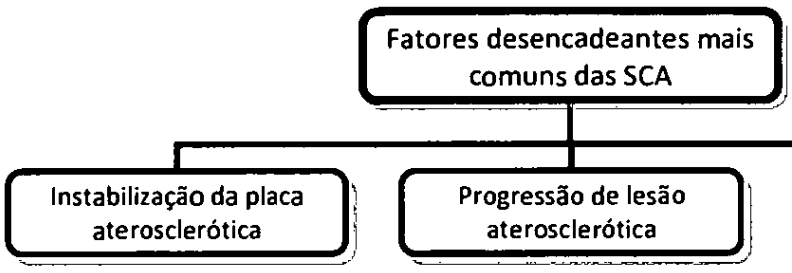
A SCA se apresenta sob duas formas clínicas: com supradesnivelamento do segmento ST (SCACSSST), ou infarto agudo do miocárdio com supra de ST (IAMCSST), e aquela sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASSST). ***Esta diferenciação é fundamental para o tratamento imediato da SCACSST através da reperfusão miocárdica, seja com trombolíticas ou com angioplastia primária.***

A SCASSST se subdivide em angina instável (AI) e infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST). Ambos tem apresentações clínicas e eletrocardiográficas semelhantes, sendo distinguidas pela elevação (IAMSSST) ou não (AI) dos marcadores de necrose miocárdica, como troponina e creatinofosfoquinase – fração MB (CK-MB), após algumas horas do início dos sintomas.

Estudos recentes de âmbito mundial mostram que a SCACSST ocorre em 1/3 dos casos, enquanto a maioria dos pacientes com SCASSST apresenta-se com AI.



ETIOLOGIA



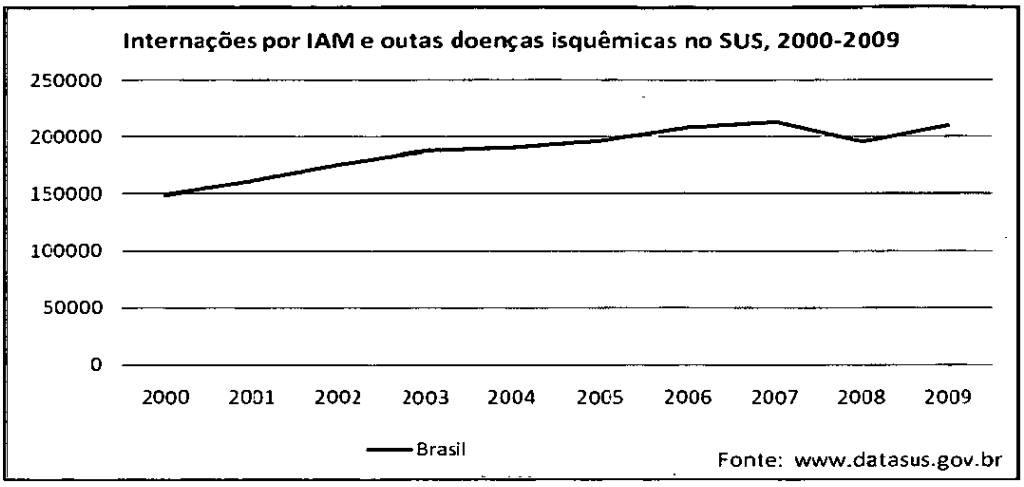
GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS 139
4394
FUNC

1. **Instabilização de placa aterosclerótica,** com ativação e agregação plaquetárias associada à formação do trombo. O risco de ruptura da placa depende da sua composição e vulnerabilidade (tipo de placa) e do grau de estenose (tamanho da placa). A maioria de todos os trombos relacionados ao infarto surge em placas que causam apenas leve a moderada estenose. Se o trombo é oclusivo, geralmente há necrose transmural na parede miocárdica suprida pela artéria afetada, com aparecimento de supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST). Nas SCASSST, o trombo produz estreitamento grave das artérias coronárias, sem levar a oclusão total.
2. **Progressão da Lesão Aterosclerótica,** com obstrução coronariana progressiva, acompanhada de angina em caráter progressivo.
3. **Aumento da demanda de oxigênio**, em casos de estenose coronariana prévia, por fibrilação atrial com rápida resposta ventricular, febre, tireotoxicose, estenose aórtica. entre outras causas. Esta angina é denominada secundária.

Causas menos comuns de SCA: Embolia coronariana (endocardite infecciosa, trombos murais, valvas protéticas), processos inflamatórios (viroses, aortite sifilítica, arterite de Takayasu, poliarterite nodosa, lúpus eritematoso sistêmico, sequela de radioterapia), uso de cocaína (produzindo vasoespasmo coronariano e/ou lesão endotelial) e IAM com artérias coronarianas angiograficamente normais (Vasoespasmo / Doenças da microcirculação).

INCIDÊNCIA

O número de internações devido à SCA e outras doenças isquêmicas do coração pelo SUS vem aumentando progressivamente nos últimos anos no país, conforme visualizado no gráfico abaixo. A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras horas de manifestação da doença, sendo 40 a 65% dos casos na primeira hora e, aproximadamente 80% nas primeiras 24 horas. Assim, é essencial que os pacientes com SCA sejam prontamente atendidos e tratados.



GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4395
SF
FUNDO

DIAGNÓSTICO

1. HISTÓRIA

1.1 CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA E SINTOMAS ASSOCIADOS

A dor torácica é a apresentação clínica mais comum da isquemia miocárdica ocorrendo em aproximadamente 80% dos casos.

A angina estável típica possui três características básicas:

- É desconforto difuso, retroesternal, não afetado por posição, movimento ou palpação, podendo irradiar para ombros, braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula;
- É reproduzida pelo esforço ou estresse emocional;
- É prontamente aliviada pelo repouso ou pelo uso de nitrato sublingual.

A dor dos pacientes com SCA tem características semelhantes à da angina estável, mas os episódios são mais intensos e prolongados e, normalmente, ocorrem em repouso. Frequentemente, vem acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos, ou dispnéia. Não rara é a apresentação atípica, com queixas como mal estar, indigestão, dor epigástrica, sudorese, inclusive sem dor torácica associada, principalmente em idosos e diabéticos.

Entre os pacientes que apresentam angina pectoris, há três apresentações principais que sugerem o surgimento de uma SCA:

- Angina de repouso com geralmente mais de 20 minutos de duração;
- Angina de início recente que limita a atividade;
- Angina em crescendo (maior frequência, maior duração ou ocorre com menor esforço que em eventos anginosos prévios).

1.2 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA (DAC) PRÉVIA

A DAC prévia é sugerida por internações prévias, exames provocativos de isquemia (p.ex., teste ergométrico), cateterismo coronariano com lesões ou uso de tratamento específico. A presença de DAC prévia identifica pacientes com maior chance de SCA e maior

taxa de complicações. Pacientes portadores de doença vascular periférica e a doença cérebro vascular comumente tem DAC concomitante.

1.3 EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO PARA DAC

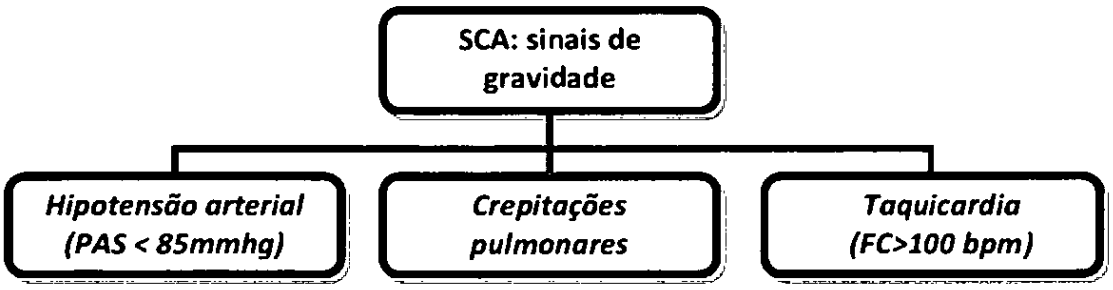
O risco de DAC aumenta progressivamente após cada década acima de 40 anos. O sexo masculino é fator de risco adicional. Em pacientes mais jovens ou com poucos fatores de risco, o uso de cocaína ou metanfetaminas deve ser investigado. Para o diagnóstico de SCA, a presença de fatores de risco para DAC são menos importantes que a história típica, as alterações de ECG e os marcadores de necrose miocárdica, porém a presença de 3 ou mais destes fatores é marcador de pior evolução.

Fatores de risco para DAC
Tabagismo
Hipertensão arterial
Dislipidemia
História familiar de DAC precoce (homem <55anos e mulher < 65anos)
Diabetes mellitus

Pacientes com suspeita de SCA devem ser imediatamente avaliados por médicos capacitados.

2 EXAME FÍSICO

O exame físico geralmente é inespecífico. Alguns achados podem contribuir no diagnóstico diferencial de doenças, como estenose aórtica e dissecção de aorta (assimetria de pulsos ou sopro de insuficiência aórtica). Por outro lado, o exame físico pode auxiliar no reconhecimento dos quadros de maior gravidade.



3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOR TORÁCICA

Apenas 15 a 25% dos pacientes admitidos em serviços de emergência com dor torácica apresentam SCA. Outras causas de dor torácica potencialmente grave devem ser identificadas precocemente, como:

- Dissecção aguda de aorta;
- Tromboembolismo pulmonar;
- Pneumotórax hipertensivo.

4 ELETROCARDIOGRAMA

4.1 IAMCSST:

Critérios eletrocardiográficos:

- **Presença de supradesnivelamento do segmento ST, maior que 1 mm em, no mínimo, duas derivações periféricas contínuas ou 2 mm em, no mínimo, duas derivações precordiais contínuas, ou**
- **Presença de bloqueio completo do ramo esquerdo (BRCE) novo ou presumivelmente novo (representa aproximadamente 7% dos pacientes com IAMCSST).**

Paredes acometidas segundo derivações analisadas:

- **Anterior**: duas ou mais derivações precordiais (V1-V6)
- **Ântero-septal**: V1 a V3
- **Apical ou lateral**: I e aVL, V4 a V6
- **Inferior**: II, III e aVF; quando deverá ser realizado derivações direitas (V3R e V4R) para avaliação de infarto de ventrículo direito.
- **Posterior**: V7 e V8; que devem ser realizadas na presença de infradesnivelamento ou ondas R proeminentes em V1 e V2.
- **Ventrículo direito (VD) :** V3R / V4R . Derivações direitas devem ser realizadas em todos os infartos de parede inferior

4.2 SCASSST:

O ECG define alterações características de maior gravidade:

- Infradesnivelamento ≥ 0,5 mm (0,05mV) em 2 ou mais derivações contínuas;
- Inversão de onda T ≥ 2 mm em derivações sem onda Q.

DESTAQUES ECG

- O eletrocardiograma deve ser realizado em todo paciente com suspeita de SCA em até 10 minutos da admissão hospitalar.
- Se disponível, o ECG deve ser realizado em ambiente pré-hospitalar.
- Se o ECG inicial não for diagnóstico, outro ECG deve ser realizado após 5 a 10 minutos.
- Caso o paciente permaneça em observação, o ECG deve ser repetido a cada 3 horas nas primeiras 9 a 12h ou a qualquer momento, caso haja mudança na condição clínica.

Em pacientes com IAMCSST, o resultado da dosagem dos MNM não deve ser aguardado antes da reperfusão miocárdica, para que não haja atraso no início do tratamento.

SECRETARIA FLS Nº 4398 SF FUNC.

5.1 TROPONINA: É o marcador mais sensível e específico para a detecção de necrose miocárdica, constituindo-se na primeira escolha para diagnóstico definitivo de necrose miocárdica. Eleva-se após 6 a 12 horas do início dos sintomas. Não há diferença na acuidade entre os dois tipos disponíveis, troponina T e I, devendo a dosagem ser do tipo quantitativa. Para diagnóstico de IAM, uma medida acima do valor normal é suficiente (curva enzimática desnecessária). ***Quando dosada a troponina, a dosagem de outras marcadores enzimáticos torna-se desnecessária. Deve ser dosada na admissão e após 9-12 h da início das sintomas***. Às vezes é necessário avaliar variação da troponina para distinguir elevação basal daquela por necrose miocárdica aguda (ex. doença renal crônica).

5.2 CK-MB: Se a troponina estiver indisponível, a CK-MB massa pode ser utilizada como alternativa . Se a CK-MB massa ou a troponina não estiverem disponíveis, a CK-MB atividade em associação com CK total pode ser utilizada. A CK-MB deve ser dosada na admissão e após 6 a 9 h do início dos sintomas. Se a suspeita de IAM for alta e os primeiros exames confirmaram o diagnóstico, colher nova amostra após 12h do início dos sintomas.

5.3 CK total: Pode ser utilizada para determinar a relação entre os níveis de CK total e CK-MB, para diferenciar lesão muscular de lesão miocárdica. CK-MB aumentada e acima de 5 a 20% do valor da CK total sugere IAM.

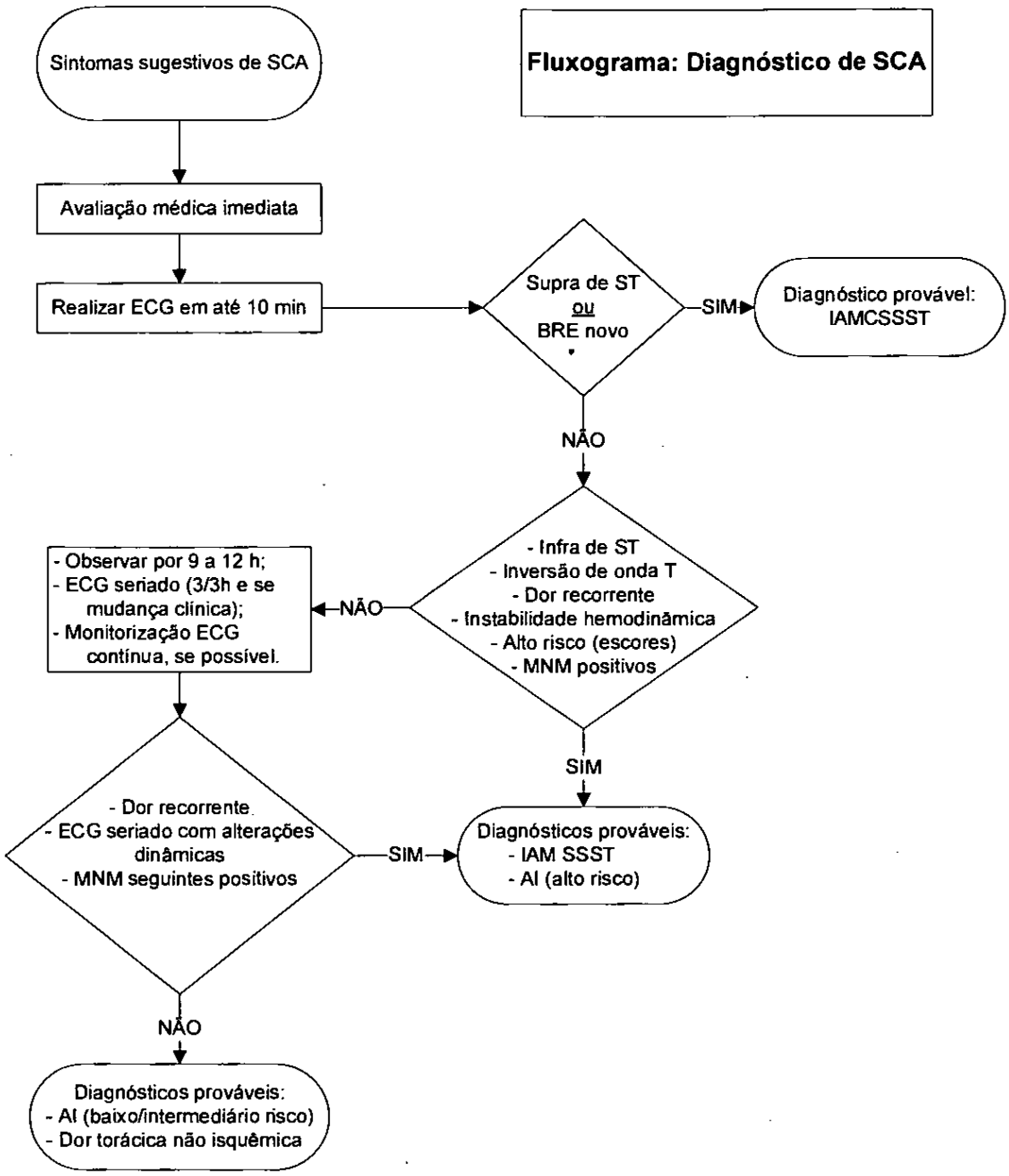
Os MNM devem ser dosados à admissão nos pacientes com suspeita de SCA e repetidos com 9 a 12 horas do início dos sintomas nos casos de alta suspeita clínica

As troponinas (T e I) são os marcadores bioquímicos de escolha para diagnóstico definitivo de necrose miocárdica. A CK-MB massa pode ser utilizada como alternativa à troponina.

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIANA AGUDA			
Anamnese	Dor típica	Qualidade	Desconforto difuso, constritiva ou em peso
		Localização	Retroesternal
		Irradiação	Ombro, braço E, braço D, pescoço ou mandíbula
		Não alterada por	Posição, movimento, palpação
		Início	Geralmente em repouso
		Sinais e sintomas associados	Sudorese, náuseas, vômitos ou dispnéia
	Sintomas atípicos	Mal estar, indigestão, dor epigástrica e sudorese, principalmente em idosos e em portadores de diabete melito (DM).	
	Fatores de risco	Tabagismo, HAS, dislipidemia, DM e história familiar de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos).	
ECG	IAMCSST	Supradesnivelamento ST em 2 ou mais derivações consecutivas (>1mm nas derivações periféricas ou >2mm nas precordiais) **ou**	
		BCRE novo ou presumivelmente novo	
	SCASSST	Incaracterístico	
		Infradesnivelamento ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações consecutivas	
		Inversão T ≥ 2 mm em derivações sem onda Q	
MNM (marcadores de necrose miocárdica)	Troponina	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do *kit* utilizado
		Após 9-12h da dor	
	ou CK-MB	Na admissão	VN = acima do percentil 99 do *kit* utilizado
		Após 6 – 9h da dor	
		Após 12h da dor	

SECRETARIA DA GERÊNCIA FLS Nº 4299 SF FUNC.

Fluxograma: Diagnóstico de SCA



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4400
FUNC.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO À ADMISSÃO

Independente da estratégia de classificação de risco adotada pelo gestor ou pela instituição hospitalar deve-se reconhecer que a dor torácica é um sintoma comum, sendo necessária a diferenciação daquela de origem coronariana das demais. Como o IAMCSST é uma das formas de SCA no qual a terapia de reperfusão deve ser instituída o mais rápido possível, ***a prioridade na paciente com suspeita de SCA é o seu encaminhamenta imediato para um local onde possa ser reconhecido e tratado.*** Esta avaliação implica, frente à suspeita de SCA, no acionamento imediato do cuidado pré-hospitalar móvel (SAMU) nas localidades onde este estiver disponível, ou, na ausência deste, na procura direta à instituição, com atendimento prioritário e realização de ECG, seguido pela terapia de reperfusão, se necessário.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4401
MAT. FUNC.

Critérios clínicos sugestivos de SCA que exigem a avaliação imediata do paciente, com realização de ECG até 10 minutos após o atendimento inicial:
- dor ou desconforto torácico significativo, de início recente, durando mais que 15 minutos;
- localização em qualquer local do tórax, possivelmente incluindo pescoço, braços, dorso e abdome superior.

Fatores que indicam possível maior gravidade e favorecem o atendimento rápido:
- sintomas associados com sudorese, náuseas, vômitos ou perda transitória da consciência;
- idade acima de 30 anos, em ambos os sexos;
- semelhança com episódio conhecido de angina ou ataque cardíaco prévio;
- irradiação para o membro superior direito.

EXAMES DE ADMISSÃO

- Glicemia, Ureia, Creatinina
- Sódio, Potássio, Magnésio
- Hemograma completo
- Tempo de Ativação da Protrombina (INR ou RNI) e PTT
- Troponina (T ou I) ***ou*** CK-MB Massa
  (CK-MB e total - apenas na ausência de marcadores mais específicos)
- Colesterol Total e frações e Triglicerídeos
  (colher nas primeiras 24h de internação, com jejum de 10 a 12 horas)
- RX de Tórax: Não deve atrasar a reperfusão, exceto quando houver suspeita de Dissecção Aórtica

A coleta de exames não deve atrasar o início da terapia específica

INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO	
Internação em UCo/UTI:	
1.	Pacientes com IAMCSST ou BRE novo/presumivelmente novo devem ser submetidos à terapia de reperfusão (trombólise ou ATC primária) e internados em UCo/CTI.
2.	Pacientes com IAMSSST devem ser internados em UCo/CTI.
3.	Pacientes com AI e critérios de alto risco (Escore TIMI ≥ 5 ou infradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações contínuas) devem ser internados em UCo/CTI.
Internação em Unidade com Monitorização Contínua (Sala de Emergência / Unidade de Dor Torácica):	
1.	Pacientes com AI de risco intermediário (TIMI 3 ou 4 e ausência de infradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas ou aumento dos MNM) devem permanecer em observação por 24-48 h para - Monitorização eletrocardiográfica contínua; - ECGs seriados; - MNM seriados, à admissão e 9-12 horas após a dor; - Alta para enfermaria em 24 a 48h se não houver recorrência da dor, estiverem estáveis, com ECG e MNM sem alterações; - Realizar teste provocativo de isquemia preferencialmente internados ou em 72 horas após a alta.
2.	Pacientes com suspeita de SCA ou possível SCA de baixo risco (TIMI ≤ 2 e ausência de infradesnivelamento do segmento ST ≥ 0,5 mm em duas ou mais derivações contíguas ou aumento dos MNM) devem permanecer em observação por 12 a 24h para - Realização de ECG e - Dosagem sérica de MNM com 6-9 h e 9-12h do início da dor; - Alta para casa após em 12 a 24h se não houver recorrência da dor, se o paciente estiver estável, com ECG e MNM sem alterações; - Realizar teste provocativo de isquemia ambulatorialmente.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 402
FUNC.

TRATAMENTO

1. ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR

O interesse no atendimento pré-hospitalar do infarto agudo do miocárdio (IAM) se deve ao grande número de óbitos que ocorrem antes que os pacientes cheguem ao hospital tendo como modalidade mais freqüente de parada cardiorrespiratória nas primeiras horas do IAM à fibrilação ventricular. A maior parte das mortes por IAM acontece fora do ambiente hospitalar, geralmente desassistidas pelos médicos, e entre aqueles que chegam ao hospital, apenas cerca de 20% destes pacientes chegam ao setor de emergência com até duas horas após o início dos sintomas.

A abordagem do paciente com suspeita de síndrome coronária aguda em ambiente extra-hospitalar deve, idealmente, ser feita por profissional de saúde, com realização de uma história clínica direcionada, investigando as características dos sintomas atuais. O eletrocardiograma executado no local de atendimento e interpretado por um médico habilitado (na ambulância ou em local remoto) mostrou ser um método que reduz em 34% o tempo porta-agulha e em 18% o tempo porta-balão além de uma tendência à redução da mortalidade intra-hospitalar em pacientes com IAMCST.

O impacto potencial, em termos de benefício, ao se intervir na fase pré-hospitalar no IAM reforça a necessidade de programas que permitam:

a) Identificar o perfil dos casos de IAM que não chegam aos hospitais, qualificando o estado atual de atendimento e quantificando o impacto de uma nova estratégia, de grande difusão na população;

b) Estruturação de unidades de atendimento (móveis e fixas), equipadas, qualificadas e de ampla abrangência no atendimento à população;

c) Fornecer maior informação à população quanto aos sintomas de IAM e a importância de uma busca rápida por auxílio médico;

d) Treinamento difuso da população para atendimento de urgência nos moldes de suporte básico de vida (BLS – Basic Life Support).

1.1. FIBRINÓLISE PRÉ HOSPITALAR

O retardo pré-hospitalar — intervalo entre o início dos sintomas isquêmicos e a chegada ao hospital — é um dos determinantes do tamanho do infarto e da mortalidade pré e intra-hospitalar. Esse tempo é de 3-4 horas, em média. A utilização pré-hospitalar do fibrinolítico visa a reduzir este retardo. Estudos de fibrinólise pré-hospitalar realizados em diferentes países demonstraram que esse procedimento é factível e capaz de reduzir o tempo para administração do fibrinolítico. É importante reconhecer que em todos os estudos que utilizaram fibrinolíticos fora do ambiente hospitalar havia condições operacionais apropriadas para seu uso, para a monitorização, tanto clínica como eletrocardiográfica, pré-hospitalar.

Disponibilidade de fibrinólise pré-hospitalar e impossibilidade de fazer angioplastia primária em 90 min.

→ Fibrinólise pré-hospitalar : desde que não haja contraindicação e que o tempo primeiro atendimento – agulha seja de até 30 minutos

2 INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA INICIAL

2.1 Medidas gerais

- Obter acesso venoso calibroso;
- Repouso no leito nas primeiras 12 a 24h. Se estável hemodinamicamente, sem arritmias e sem recorrência da dor torácica por 12 a 24h, liberar para levantar do leito;
- Monitorização eletrocardiográfica contínua;
- Oxigênio suplementar – apenas em paciente congestão pulmonar, dispnéia, cianose ou SatO2 < 90%;
- Morfina – se não houver alívio da dor com nitratos, usar morfina 2 a 4 mg a cada 5 a 15 minutos, se necessário, para redução da ansiedade e atividade autonômica, diminuindo a demanda metabólica do miocárdio;
- Ansiolíticos – não tem indicação de uso indiscriminado. Não há benefício comprovado.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 404
FUNC. SES

2.2 Nitratos

- Inicialmente usar nitrato sublingual (dinitrato de isossorbida 5mg). Repetir até três vezes, cada 5 min, se houver persistência da dor torácica;
- Via endovenosa por até 48h e após por via oral, em especial naqueles com hipertensão arterial, ou congestão pulmonar;
- Contraindicações: bradicardia (FC < 50bpm), PAS < 90 mmHg, IAM de VD, uso de inibidor da fosfodiesterase (sildenafil nas últimas 24h, tadalafil nas últimas 48h e vardenafil - não há tempo definido);
- Efeitos colaterais: Cefaléia, tonteira, vertigem, rubor facial, hipotensão, hipotensão ortostática, taquicardia reflexa.

2.3 Ácido Acetil Salicílico (AAS)

- É o antiplaquetário de eleição nas SCA;
- Dose: 160 a 325 mg (deve ser mastigado para facilitar a absorção) quando do primeiro atendimento, antes mesmo da realização do ECG. No Brasil a dose comumente utilizada é de 200 mg no atendimento inicial. A terapia de manutenção pode ser feita com 100 mg/dia;
- Efeitos colaterais mais comuns: aumento da freqüência de eventos hemorrágicos (principalmente gastrintestinais), broncoespasmo, angioedema, anafilaxia, trombocitopenia;
- Para paciente com SCA e sangramento gastrintestinal prévio, em uso isolado de AAS ou combinado com o clopidogrel, deve ser prescrito inibidores da bomba de prótons;
- Para contraindicação ao AAS, deve ser administrado clopidogrel (dose de ataque: 300 mg; dose de manutenção: 75mg/dia).

2.4 Clopidogrel

- Indicado nas SCA com supra e sem supra ST em associação ao AAS.

- Dose de ataque:
  - Em pacientes com 75 anos ou mais, não administrar dose de ataque – apenas um comprimido de 75 mg.
  - No IAMCSST:
    - Tratamento com ICP primária: 600mg (considerar 300mg em pacientes com risco de sangramento aumentado);
    - Trombolítico ou sem terapia de reperfusão: 300 mg .
  - Na SCASSST: 300 mg. Considerar 600 mg nos pacientes tratados com estratégia invasiva precoce, considerando aumento do risco de sangramento.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4405 FUNC.

Dose de Manutenção: 75 mg / dia, idealmente por 9 meses. Tempo mínimo de uso em pacientes com stent convencional: 1 mês. É importante não descontinuar o tratamento após alta. Diante desta necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta, 30 (trinta) comprimidos ao paciente até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).

- Em pacientes com SCA, em que se planeja CRVM, deve-se suspender o clopidogrel por um período mínimo de 5 dias, a exceção, quando há necessidade de CRVM de urgência.
- Efeitos colaterais mais comuns: aumento da freqüência de eventos hemorrágicos, reações anafilactóides, angioedema, hipersensibilidade, síndrome de Stevens Johnson, neutropenia.

2.5 Inibidores da Glicoproteína IIB/IIIA (iGP)

O uso dos iGP (abciximab e tirofiban) em adição à terapia antiagregante dupla (clopidogrel em associação ao ácido acetilsalicílico) ainda é controverso, pelo aumento do risco de sangramento e redução do benefício a ser obtido. Reconhece-se as seguintes indicações aos iGP:

- IAMCSST: O abciximab pode ser administrado, pelo hemodinamicista, em pacientes < 75 anos que serão submetidos à ICP primaria, especialmente diante de alta "carga trombótica" intracoronária.
- SCASSST: Considerar abciximab ou tirofiban no tratamento de pacientes de alto risco com programação de coronariografia precoce, quando não é possível ou desejável e utilizar clopidogrel.

2.6 Anticoagulantes

2.6.1 Heparinas

Pode-se utilizar tanto a heparina não fracionada (HNF) como a heparina de baixo peso molecular (HBPM), que apresenta vantagens terapêuticas por não necessitar de monitorização da anticoagulação e ter esquema posológico mais simples. Não há diferença entre elas em relação a morte e IAM não-fatal na SCASSST, mas a HBPM está associada à menor ocorrência de eventos cardiovasculares maiores nos pacientes com IAMCSST tratados com terapia de reperfusão. Os efeitos colaterais incluem eventos hemorrágicos, trombocitopenia (induzida por heparina ou imune), estados pró-trombóticos e reações anafilactóides.

SCACSST

- Todo paciente submetido à reperfusão deve receber heparina (HNF ou, preferencialmente, HBPM) por no mínimo 48h, idealmente 8 dias ou até alta hospitalar;
- Na terapia trombolítica, a Enoxaparina (HBPM) é indicada como adjuvante a terapia trombolítica no IAMCST nas seguintes doses: em pacientes com idade < 75 anos: 30 mg IV em bolo e após 1,0 mg/kg de peso subcutâneo de 12/12 horas até a alta hospitalar; em pacientes com idade ≥ 75 anos: não administrar o bolo e iniciar com 0,75 mg/kg subcutâneo de 12/12 horas. (I/A). Se se optou por heparina não fracionada como adjuvante na terapia trombolítica, ajustar dose de anticoagulante pelo PTT (RPC 1,5 a 2.0 X);
- Nos Pacientes submetidos à angioplastia primária:
  - Em tratamento prévio com HNF, usar bolus adicional durante procedimento.
  - Pacientes tratados com enoxaparina: se a última dose subcutânea foi administrada:
    - Há menos de 8h: não deve ser administrada heparina adicional;
    - Entre 8 e 12h: administrar bolo de 0,3 mg/Kg IV;
    - Há mais de 12h: administrar bolo de 1 mg/Kg IV.

SCASSST

- Todo paciente deverá receber HNF por 48h ou enoxaparina por 8 dias ou até alta hospitalar;
- Naqueles eleitos para estratégia conservadora, deve-se preferir enoxaparina.

Doses Recomendadas:

HNF - por 48h (risco de trombocitopenia):

- Bolo inicial: 60U/Kg (máximo: 4000 U)
- Manutenção: 12U/kg/h (até 1000U/h), mantendo PTTa 1.5 a 2.0 vezes a referência.

Enoxaparina - na internação hospitalar, por até 8 dias:

- Pacientes < 75 anos e sem IRC: 1mg/Kg de 12/12h SC;
- Pacientes > 75 anos: 0,75 mg/kg de 12/12h SC.
- Pacientes com IRC (clearance de creatinina< 30 mL/min: 1 mg/kg SC, 24/24h.

2.6.2 FONDAPARINUX

Este inibidor indireto do fator Xa tem menor probabilidade de produzir trombocitopenia e é comparável às heparinas, principalmente quando se opta pela terapêutica conservadora.

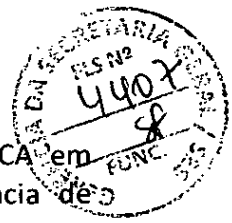
IAMCSST

- Paciente não submetido à ICP primária deve receber fondaparinux (creatinina < 3 mg/dl) 2.5mg IV, depois 2,5mg SC cada 24h, na internação hospitalar, até 8 dias.

SCASSST

- O fondaparinux pode ser anticoagulante de escolha em casos de tratamento conservador, na dose 2,5mg SC cada 24h, durante a internação hospitalar, por até 8 dias.

- O fondaparinux pode ser utilizado no lugar da heparina (HNF ou HBPM) no paciente de estratégia invasiva, na dose 2,5mg SC cada 24h, recebendo bolo único IV de HNF (85U/kg ou 60U/kg se uso de iGP) no momento da coronariografia ou da ICP.



2.7 Betabloqueadores

- O uso de betabloqueador oral está indicado nas primeiras 24 horas de SCA em pacientes de baixo risco de desenvolver choque cardiogênico e na ausência de contraindicações;
- Betabloqueador IV deve ser usado em pacientes com hipertensão ou taquiarritmia, na ausência de disfunção ventricular esquerda sistólica;
- Efeitos colaterais mais comuns incluem bradicardia, bloqueios de condução, piora dos sintomas de insuficiência cardíaca, broncoespasmo, hipotensão.

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE BETABLOQUEADOR
Frequência cardíaca <60 bpm
Pressão Sistólica <100 mmHg
Intervalo PR > 0,24 segundos
BAV de 2º e 3º graus
História de asma ou doença pulmonar obstrutiva grave
Doença vascular periférica grave
Disfunção Ventricular grave
Classe Killip ≥ 2

3 TERAPIA DE REPERFUSÃO

A pronta restauração do fluxo sanguíneo coronariano é essencial para o salvamento miocárdico e reduzir mortalidade. Dentro das 3 primeiras horas de apresentação dos sintomas, não há diferença entre a terapia trombolítica e ICP primária no benefício em relação à mortalidade, com exceção dos casos de rápida evolução para choque cardiogênico em que a ICP primária deve ser a opção terapêutica. Independente do modo de reperfusão, o objetivo é reduzir o tempo de isquemia total, definido como o tempo entre o início dos sintomas e o início da terapia de reperfusão.

⇨ TERAPIA DE REPERFUSÃO NO IDOSO:

Nos pacientes idosos, especialmente nos com mais de 75 anos, há um grande receio em se realizar trombólise já que nestes pacientes há maior taxa de sangramento e AVC em comparação com pacientes mais jovens e, portanto aparentemente não haveria benefício com o uso do fibrinolítico. No entanto estudos observacionais demonstraram que fluxo coronariano normal após lise, ocorre, na mesma proporção abaixo e acima de 75 anos e a análise de pacientes com mais de 75 anos e com IAM com ST supra ou BCRE novo mostrou redução de 15% na mortalidade, quando submetidos à terapia trombolítica.

Além disso, em pacientes acima de 75 anos a mortalidade por IAM é significantemente maior (5 a 8 vezes) em relação, as faixas de adultos mais jovens, enquanto as taxas de sangramento e AVC ficam apenas duas a três vezes maiores, o que significa que o potencial benefício relativo do uso de líticos é significativo nos mais idosos. Nas situações em que é possível angioplastia primária rápida e realmente imediata esta, deve ser a primeira opção, mas para a grande maioria dos casos em que esta possibilidade não é viável, a trombólise deve ser indicada.

A terapia trombolítica reduz significativamente a mortalidade em pacientes com IAMCSS. O benefício da trombólise na mortalidade é mais dependente do tempo de isquemia do que a ICP primária, sendo maior nas primeiras 6 horas do início dos sintomas, não havendo benefício demonstrado após 12 horas de evolução. O benefício da trombólise torna-se mais significativo quando o tempo de atraso entre a administração do trombolítico e a ICP primária é maior que 60 minutos.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE Nº 4408 FLS FUNESA

Pacientes com IAMCSST com menos de 12 horas do início dos sintomas devem receber terapia trombolítica imediatamente (dentro de 30 min.), quando a ICP primária não pode ser realizada dentro de 90 minutos da admissão.

3.1.1 COMPARAÇÃO ENTRE OS TROMBOLÍTICOS

A classe de trombolíticos é dividida em fibrino-específicos (alteplase – tPA; tenecteplase – TNK) e não fibrino-específicos (estreptoquinase – SK). Os trombolíticos fibrino-específicos são levemente superiores à SK na redução da mortalidade, porém possuem uma maior taxa de hemorragia cerebral. A TNK, único fibrinolítico disponível para uso em bolo único, é equivalente, em termos de mortalidade, ao tPA e está associada a menor taxa de sangramentos não cerebrais e menor necessidade de transfusão sanguínea. A estreptoquinase não deve ser repetida (após 5 dias), pois anticorpos para a SK persistem por até 10 anos.

- O TNK é o trombolítico de escolha nas UPAs e no SAMU.
- Nos ambientes hospitalares, trombolíticos fibrino-específicos devem ser reservados para IAMCSST de apresentação mais precoce e com maior área de miocárdio afetada ou nos pacientes que apresentam contraindicação ao uso da SK.
- A SK deve ser preferida em maiores que 75 anos pelo menor risco de sangramento cerebral.

3.1.2 CONTRAINDICAÇÕES AO TROMBOLÍTICO

Cerca de metade dos pacientes com IAMCSST são inelegíveis para terapia trombolítica. Na maioria dos casos, isto se deve à apresentação tardia (>12 h), e não às contraindicações.

Contraindicações absolutas	*Contraindicações relativas*
Qualquer sangramento intracraniano	História de AVC isquêmico > 3 meses ou patologias intracranianas não listadas nas contraindicações
AVC isquêmico nos últimos três meses	Gravidez
Dano ou neoplasia no sistema nervoso central	Uso atual de antagonistas da vitamina K: quanto maior o INR maior o risco de sangramento
Trauma significante na cabeça ou rosto nos últimos três meses	Sangramento interno recente < 2-4 semanas
Sangramento ativo ou diástese hemorrágica (exceto menstruação)	Ressuscitação cardiopulmonar traumática ou prolongada (> 10 min) ou cirurgia < 3 semanas
Qualquer lesão vascular cerebral conhecida (malformação arteriovenosa)	Hipertensão arterial não controlada (pressão arterial sistólica > 180 mmHg ou diastólica > 110 mmHg)
Suspeita de dissecção de aorta	Punções não compressíveis
	História de hipertensão arterial crônica importante e não controlada
	Úlcera péptica ativa
	Exposição prévia a SK (mais de 5 dias) ou reação alérgica prévia

SECRETARIA FLS Nº 4409

DOSES DE TROMBOLÍTICOS :

AGENTE	*TRATAMENTO*	*ANTITROMBÓTICOS*
SK	1.5 milhões UI em 100 ml SG 5% ou SF 0.9% em 30-60 min	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias.
tPA	15 mg em bolo , seguidos por 0,75 mg/Kg em 30 min e então 0,5 mg/Kg em 60 min Dose máxima total: 100 mg	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias.
TNK	Bolo Único: 30 mg se <60 Kg 35 mg entre 60 e < 70Kg 40 mg entre 70 e < 80 Kg 45 mg entre 80 e < 90 Kg 50 mg > 90 Kg Dose máxima total: 50 mg	HNF ajustada pelo peso ou Enoxaparina ou fondaparinux por até 8 dias.

3.2 INTERVENÇÃO CORONÁRIA PERCUTÂNEA (ICP) PRIMÁRIA

ICP primária é a utilização do cateter balão com ou sem implante do stent coronário e sem o uso prévio de trombolítico, para restabelecer mecanicamente o fluxo o coronário anterógrado. Quando disponível, constitui-se na melhor opção para a obtenção da reperfusão coronária, se iniciada até 90 min após admissão do paciente (tempo porta-balão). Se houver contraindicação à trombólise ou em caso de choque cardiogênico, ICP primária também é a opção preferencial.

■ Pacientes com IAMCSST devem ser tratados imediatamente com ICP primária (dentro de 90 min desde a sua admissão).
■ Pacientes com contraindicação formal a terapia trombolítica devem ser transferidos para realização de ICP primária em até 12 h do início dos sintomas.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4410

3.3 ICP DE RESGATE

A ICP de resgate é realizada após o trombolítico, quando não há critérios de reperfusão:

- **Clínicos**: dor torácica persistente e intensa, especialmente se associada à sudorese, dispnéia, e instabilidade hemodinâmica;
- **Eletrocardiográficos**: supra de ST com redução discreta (<50% na derivação com o maior supra de ST), persistente, ou em aumento. Novo ECG deve ser realizado 60 a 90 min. após trombólise.

Há redução de reinfarto e de incidência de IC, além de uma tendência à redução de mortalidade.

Diante da ausência de critérios clínicos ou eletrocardiográficos que sugiram reperfusão miocárdica, principalmente no IAMCSST de parede anterior ou de outra grande área em risco, é recomendável a realização precoce da ICP de resgate em tempo < 180 min se possível.

3.4 ICP FACILITADA

Os estudos não evidenciaram benefício da ICP facilitada na redução do tamanho do IAM ou na melhora dos desfechos.

3.5 TRANSFERÊNCIA PARA ICP PRIMÁRIA

Em hospitais sem recursos para ICP primária, existem duas estratégias a serem seguidas: tratamento com trombolíticos ou transferência para serviço com laboratório de hemodinâmica para ICP primária. Pacientes com menos de 3 h de início dos sintomas se beneficiam mais do trombolítico no local do evento. Há benefício da ICP primária após transferência sobre a terapia trombolítica no local, com redução de eventos cardiovasculares combinados, como morte, reinfarto ou AVC, se o atraso provocado pela transferência for menor que 60 minutos. A maior desvantagem da transferência para ICP primária é a demora na reperfusão miocárdica, com prolongamento no tempo de isquemia. Cada 30 minutos de atraso do início dos sintomas à insuflação do balão aumenta em 7,5% a taxa de morte em 1 ano.

Pacientes atendidos até 3 horas do início da dor devem receber trombolítico no local de atendimento, na ausência de contraindicações, se ICP primária no local for indisponível.

A transferência para ICP primária deve ser realizada para pacientes com IAMCSST que se apresentam após 3 horas de dor, especialmente em pacientes de alto risco, **se o atraso provocado pela transferência for menor que 60 minutos.**

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4411

A transferência para um centro com um serviço de hemodinâmica deve ser feita assim que possível nos pacientes de alto risco, seja para realização de ICP, se necessário, ou para a estratificação invasiva precoce.

4 TERMINOLOGIA DOS TEMPOS DA REPERFUSÃO CORONARIANA

NA ICP PRIMÁRIA:

Início dos sintomas	Ligação para o SAMU	Chegada ao hospital primário	Saída do hospital primário	Chegada ao hospital com hemodinâmica	ICP primária
Atraso do paciente	Tempo do transporte	Atraso do hospital primário	Tempo de transferência inter-hospitalar	Tempo porta-balão	
	Atraso pré-hospitalar				
	Atraso do sistema				
Atraso no tratamento (tempo de isquemia)					

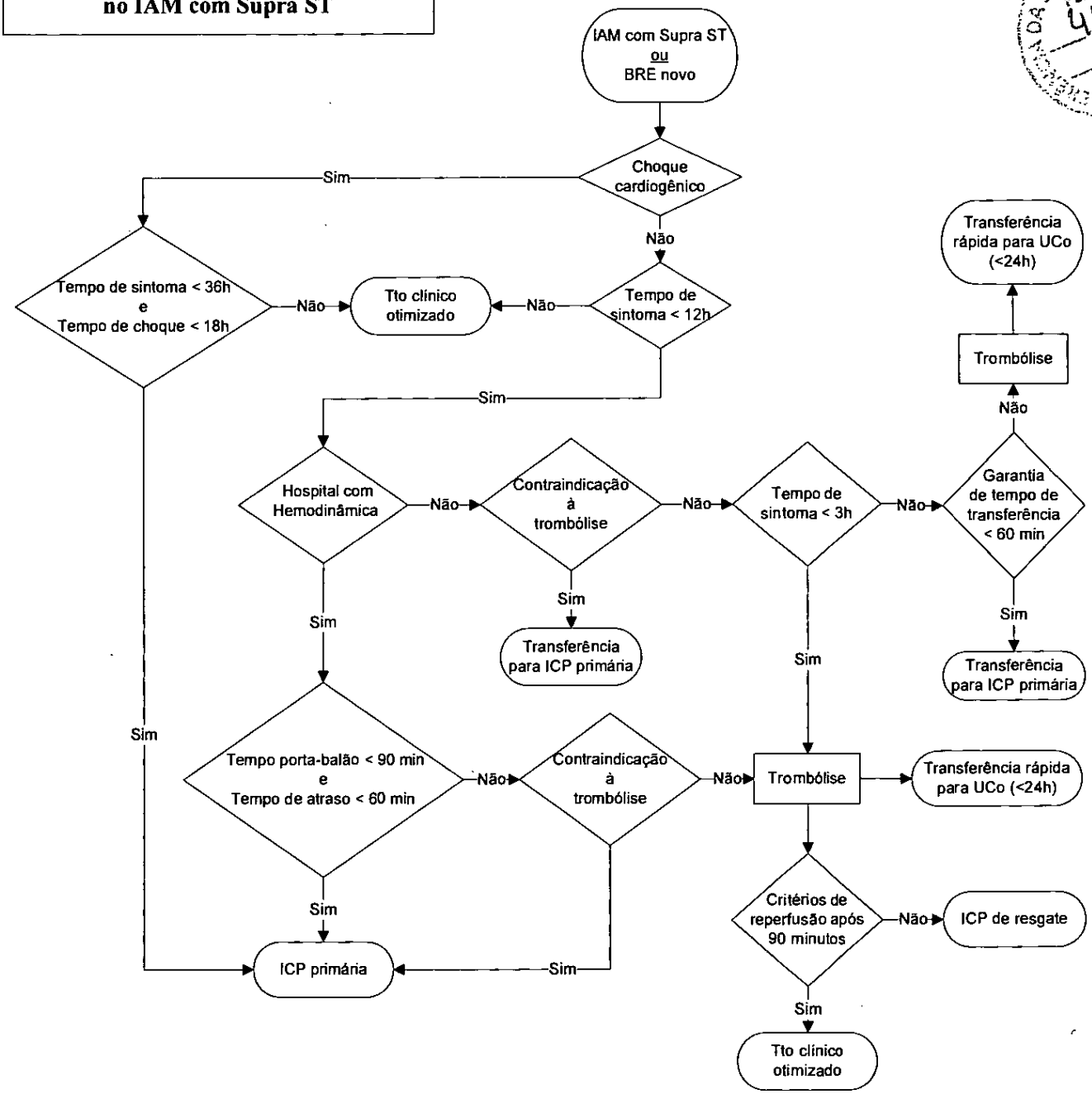
NA TROMBÓLISE:

Início dos sintomas	Ligação para o SAMU	Chegada ao hospital primário	Início do trombolítico
Atraso do paciente	Tempo do transporte	Tempo porta-agulha	
	Atraso do sistema		
Atraso no tratamento (tempo de isquemia)			

5 REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DE URGÊNCIA NA SCA

A cirurgia de revascularização de urgência é hoje pouco utilizada no tratamento da SCACSST, sendo restrita a casos que evoluem com sinais de isquemia recorrente em que a coronariografia identifica lesões críticas com anatomia desfavorável a ICP e passíveis de tratamento cirúrgico *ou* nas complicações mecânicas do infarto. O período ideal para a revascularização cirúrgica de emergência deve ser inferior a 4-6 horas após o início do infarto, podendo se estender até 18 horas após a instalação do choque cardiogênico, quando a anatomia coronária for totalmente desfavorável para a ICP.

Fluxograma de Reperfusão Miocárdica no IAM com Supra ST



SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4412

6 TERAPIA FARMACOLÓGICA ADICIONAL

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4413

6.1 Bloqueadores do sistema renina-angiotensina-aldosterona

Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) reduziram eventos cardiovasculares maiores, inclusive óbito, na fase aguda da SCA. Bloqueadores seletivos do receptor de angiotensina (BRA) tem menor evidência, mas a sua utilização na intolerância aos IECA parece ser segura e benéfica. Recomenda-se a administração de inibidores da ECA nas primeiras 24 h do evento, em pacientes com IAM anterior, congestão pulmonar ou FEVE < 40%. Fora destas situações, considera-se que sua administração possa também ser benéfica, mas deve ser reavaliada se não houver disfunção ventricular apos as primeiras 5 semanas.

- IECA deve ser iniciado nas primeiras 24h (e mantido indefinidamente) em pacientes com IAMCSST com FEVE < 40%, HAS, DM ou DRC, a menos que contraindicado.
  - Possui indicação I/B no IAM anterior e Killip ≥ II.
  - Em pacientes de baixo risco é indicação IIa/B.
- Na SCASSST, na presença FEVE < 40% ou sintomas de congestão pulmonar, o IECA deve ser iniciado nas primeiras 24h, a menos que contraindicado.
  - Nos outros pacientes, é indicação IIa/B.
- BRA pode ser utilizado, na intolerância ao IECA, nas mesmas indicações.

Principais efeitos adversos: tosse (pouco comum nos BRA), reações anafilactóides, angioedema, hipotensão, hipercalemia, insuficiência renal (sobretudo em caso de patologias obstrutivas de vasos renais), malformações congênitas (se utilizados no 1º trimestre da gravidez). *A suspensão da IECA está indicada na disfunção renal se a paciente evaluir com hiperpatassemia acentuada: K+ > 5,5 meq/L).*

6.2 Hipolipemiantes:

Agentes hipolipemiantes, sobretudo as estatinas, são benéficos na prevenção secundária de eventos em pacientes após SCA. Recomenda-se a administração rotineira de estatinas aos pacientes após SCA ainda na fase hospitalar, independentemente dos níveis de LDL-colesterol.

Estatinas devem ser iniciadas em pacientes com SCA, ainda na fase hospitalar, mesmo para aqueles com LDL < 100mg/dl.

Principais efeitos adversos: mialgias (miopatia), rabdomiólise, náuseas, hepatotoxicidade, pancreatite, reações de hipersensibilidade.

6.3 Bloqueadores dos canais de cálcio

- Verapamil pode ser usado para controle de sintomas isquêmicos ou da freqüência cardíaca (na fibrilação ou flutter atrial de alta resposta) em pacientes com contraindicação aos BBloq ou que persistem sintomáticos a despeito do uso de BBloq e nitratos, excluída as contra-indicações, como sinais de IC, disfunção ventricular e BAV.
- A Nifedipina de liberação rápida está contraindicada na vigência de SCA.

Efeitos Colaterais mais comuns: bradicardia, bloqueios de condução, arritmias (derivados não-didropiridínicos). Piora de sintomas de insuficiência cardíaca, congestão pulmonar, angioedema, reações de hipersensibilidade.

COMPLICAÇÕES

1 ANGINA PÓS INFARTO

- Angina, significando novos episódios isquêmicos, pode ocorrer durante o período de hospitalização pós-infarto agudo em cerca de 20%-30% dos casos, mas tem sido relatada depois de reperfusão com sucesso em até 58% dos indivíduos;
- Deve ser otimizada a terapia anti-isquêmica (Beta bloqueio efetivo / estabilização da PA, anticoagulação efetiva);
- Cinecoronariografia tão logo possível está indicada naqueles que não respondem rapidamente a terapia farmacológica antiisquêmica.

2 INFARTO DE VD

- A isquemia ventricular direita pode ser demonstrada em até 50% de todos os infartos do miocárdio de região inferior, embora em somente 10%-15% dos pacientes possam ser observadas alterações hemodinâmicas clássicas (Hipotensão arterial, sinais de baixo débito);
- O infarto de ventrículo direito, quando acompanha o infarto inferior, apresenta elevada mortalidade (25%-30%). BAV é um achado comum, podendo ser encontrado em até 50%dos casos;
- Em geral, a reposição volêmica com solução salina fisiológica normaliza a hipotensão e melhora o débito cardíaco. Embora a carga volêmica seja o primeiro passo no manuseio da hipotensão associada à isquemia ventricular direita, o suporte inotrópico (dobutamina) deve ser iniciado imediatamente caso o débito cardíaco não melhore após a administração de 500-1.000 ml de carga volêmica.

3 PERICARDITE PRECOCE PÓS IAM

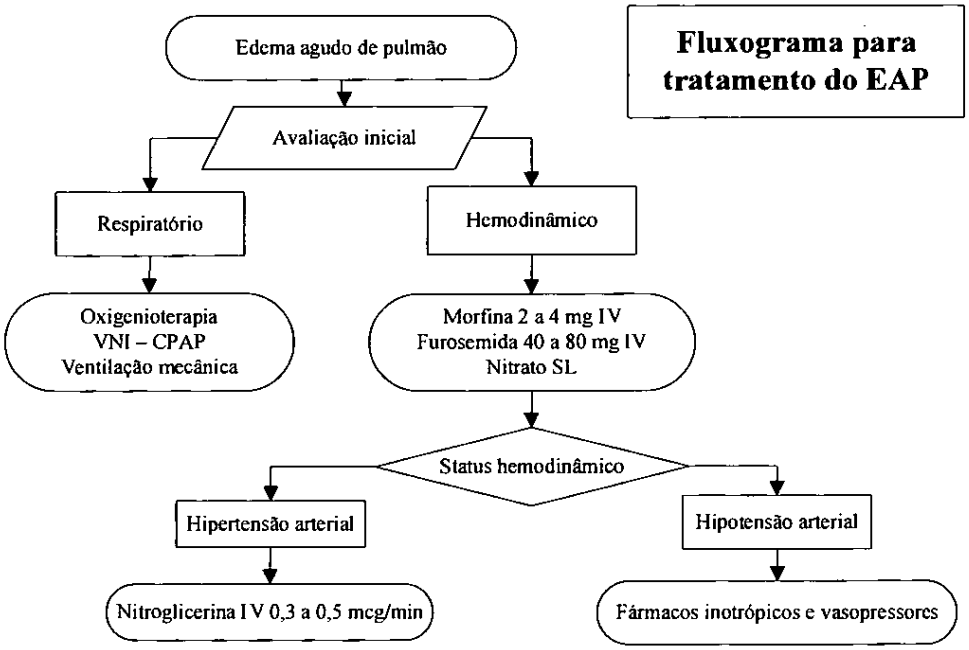
- Manifesta-se em torno de 24 horas após o início do evento agudo. Clinicamente pode se caracterizar por dor torácica ventilatório-dependente, agravada por inspiração profunda, tosse e deglutição, e aliviada quando o paciente flete o tórax anteriormente, podendo ou não ser acompanhada de febre baixa. A ausculta de atrito pericárdico é comum e facilita o diagnóstico definitivo;
- O exame eletrocardiográfico pode levar a suspeita de pericardite quando apresenta elevação do segmento ST em precordiais esquerdas, com concavidade superior preservada;
- Tratamento de escolha é a aspirina, 500mg 4/4h. A dose pode ser reduzida quando da melhora dos sintomas.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4415 SAP FURG

4 EDEMA AGUDO DE PULMÃO

O edema pulmonar associa-se a mortalidade de 20 a 40% em 30 dias. A causa do EAP (disfunção sistólica, diastólica, IM aguda, ruptura do septo interventricular – SIV) deve ser avaliada rapidamente através do ecocardiograma. A conduta imediata inclui oxigenação adequada e redução da pré-carga para o alívio da congestão pulmonar:

- Oxigênio (SATO2 deve permanecer > 90%);
- Furosemida EV : 40 a 80 mg;
- Morfina : 2 mg EV a cada 2 min , até alívio dos sintomas;
- Nitrato EV (Nitroglicerina) : Naqueles pacientes que não se encontram hipotensos; Nitrato SL pode ser utilizado caso não haja nitrato EV;
- Ventilação Não Invasiva (VNI): Caso não haja melhora do quadro ventilatório, proceder a intubação orotraqueal.



5 CHOQUE CARDIOGÊNICO

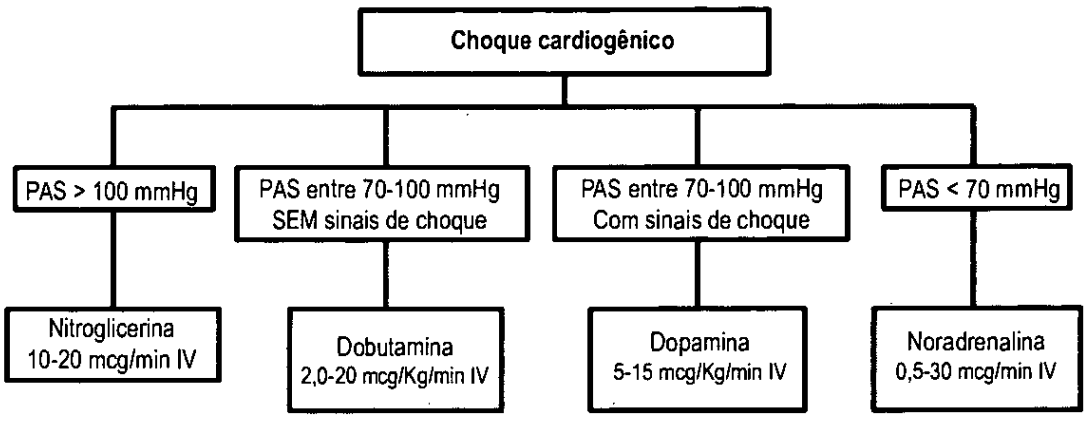
Estado de hipoperfusão tecidual, caracterizado por pressão arterial sistólica < 90 mmHg, índice cardíaco < 1,8 l/min/m² e pressões de enchimento elevadas.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4416 FUNC.

Nos pacientes com IAM, as principais causas de choque cardiogênico são:
- Insuficiência ventricular esquerda (74%);
- IM aguda (8%);
- Ruptura do SIV (4%);
- IAM isolado do VD (3%);
- Tamponamento ou ruptura cardíaca (1%).

Conduta:
- Monitorização invasiva da pressão arterial;
- Dobutamina: não aumenta sobrevida, mas é necessária para manter perfusão coronária e sistêmica;
- Noradrenalina: recomendada em choque mais grave;
- Trombolítico: se ocorrer choque entre 3 e 6 horas do início do IAM e previsão de atraso no transporte e na intervenção, a terapia fibrinolítica deve ser iniciada de imediato;
- Balão intra-aórtico (BIA): indicado como "ponte" para estabilização hemodinâmica em candidatos a revascularização miocárdica (ICP ou CRVM) de emergência;
- Coronariografia / ICP primária: há benefício na revascularização miocárdica precoce (ICP ou CRVM), desde que feita em 36h do início do IAMCSST e 18h do início do choque;
- Ecocardiograma: necessário para excluir complicações mecânicas como CIV, IM grave ou ruptura da parede livre no VE (tamponamento cardíaco);
- Transferência: recomendada para centro regional com capacidade de CRVM.

O quadro abaixo orienta o uso de aminas e nitroglicerina no choque cardiogênico no IAMCSST.



Fonte: Arq Bras Cardiol 2009; 93(6 Supl. 2): e179-e264

6. COMPLICAÇÕES MECÂNICAS

6.1 Insuficiência Mitral Aguda

- Relacionada à isquemia / ruptura do músculo papilar;
- Mais comum nos IAM de parede inferior (> 80%);
- Ocorre mais comumente entre o 2º e 7º dias de IAM;
- Diagnóstico: ecocardiográfico;
- Elevada Mortalidade Hospitalar: 22 a 55% (Cirurgia de Urgência)
- Tratamento;
  - BIA, inotrópicos (Dobutamina), vasodilatadores (Nitroprussiato de sódio) e Diuréticos;
  - Cirurgia de reparo valvar ou troca valvar mitral (I/C);
  - CRVM, se necessária, deve ser realizada no mesmo procedimento cirúrgico.

GERÊNCIA DA SECRETARIA CENTRAL
FLS Nº 4417
FURG

6.2 Ruptura do Septo Interventricular

- Incidência de 0,2 – 0,3% (complicação rara) ;
- Ocorre mais comumente entre o 3º e 5º dias de IAM;
- Diagnóstico: ecocardiográfico;
- Tratamento:
  - Cirurgia de reparo da ruptura do SIV;
  - CRVM, se necessário, deve ser realizada no mesmo procedimento cirúrgico.

6.3 Ruptura da Parede livre do VE

- Tem incidência de 0,8%-6,2% dos infartos e está presente em cerca de 10% dos pacientes que morrem de IAM na fase hospitalar;
- O tratamento é cirúrgico de emergência, quando indicado;
- Drenagem pericárdica pode ser realizada para alívio do tamponamento cardíaco, antes da correção cirúrgica.

7. TAQUIARRITMIAS

7.1 Fibrilação atrial / Flutter atrial

- Incidência varia de 10 – 22% na evolução do IAM, principalmente os de parede anterior;
- Fator de risco independente para mortalidade hospitalar.

■ Em pacientes com instabilidade hemodinâmica – realizar cardioversão elétrica imediata. (200 J – FA) / 50 J no Flutter.
■ Nos pacientes estáveis: Controle da resposta ventricular com Bbloq / Digital e/ou tentativa de cardioversão com drogas (Amiodarona).

7.2 Taquicardia Ventricular (TV)

■ TV sustentada polimórfica e instabilidade hemodinâmica deve ser tratada com choque não sincronizado 360J (cardioversor monofásico) ou 200J (cardioversor bifásico).
■ TV sustentada, monomórfica, mas com angina, edema pulmonar ou hipotensão deve ser tratada com choque sincronizado 100J (cardioversor monofásico) sob anestesia e sedação, além de amiodarona IV: 150 mg em 10 min.; repetir 150 mg em 10 min. e depois 540 mg em 18h.
■ TV com estabilidade hemodinâmica poderá ser tratada com amiodarona EV.
■ Na TV sustentada refratária é aceitável tentar reduzir a isquemia com betabloqueadores, BIA, ICP e CRVM, além de manter potássio > 4 mEq/L e magnésio > 2 mEq/L.
Pacientes de alto risco devem ser referendados para a coronariografia e subseqüente revascularização, se necessário.
■ Pacientes de alto risco devem ser referendados para a coronariografia e subseqüente revascularização, se necessário.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 44 FUNC.

A FV primária ocorre nas primeiras 24 às 48h do IAM e não implica em um maior risco de eventos futuros. Já a FV secundária associa-se a insuficiência cardíaca congestiva ou choque cardiogênico e se desenvolve após 48h do início do IAMCSST.

■ FV deve ser tratada com choque não sincronizado de 360 joules (cardioversor monofásico) ou choque de 200 joules (cardioversor bifásico).
■. FV refratária deve ser tratada com amiodarona IV (300 mg ou 5 mg/kg) seguido de choque não sincronizado.

8. BRADIARRITMIAS

8.1 Bradicardia sinusal

- Ocorre em 30 – 40% dos pacientes infartados, principalmente nos infartos de parede inferior / posterior;
- Se nas primeiras 4 a 6 horas após o IAM o paciente evoluir com bradicardia (< 40 a 50 bpm) associada a hipotensão, atropina IV pode ser administrada (0,3 a 0,6 mg cada 3 a 10 min. até 2 mg) para manter frequência cardíaca em aproximadamente 60 bpm.

8.2 BAV 1º grau

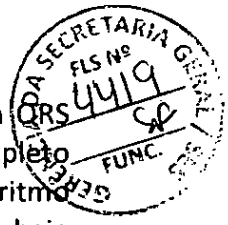
Em geral não precisa de tratamento.

8.3 BAV 2º grau

- Mobitz I – Não afeta a sobrevida, terapia específica não é necessária.

- Mobitz II - geralmente origina-se de uma lesão no sistema de condução abaixo do feixe de His. Devido a seu potencial para progressão para BAVT, deve ser tratado com marcapasso externo ou transvenoso temporário.

8.4 BAVT



O BAV completo associado com IAM inferior é geralmente transitório, com QRS estreito e ritmo de escape acima de 40 bpm e baixa mortalidade, enquanto o BAV completo relacionado ao IAM anterior é mais freqüentemente localizado abaixo do nó AV, com ritmo de escape instável, QRS alargado e associado a necrose miocárdica extensa. Caso haja progressão para bradicardia que cause hipotensão ou insuficiência cardíaca não responsiva a atropina, **deve ser implantado marcapasso externo ou transvenoso temporário.**

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

O prognóstico da SCA é muito variável e a estratificação de risco tem basicamente três objetivos:

- Estimar o risco de IAM e óbito de causa cardiovascular;
- Direcionar terapias para pacientes com maior risco de eventos cardiovasculares adversos e definir a melhor estratégia de tratamento;
- Evitar terapias desnecessárias e com efeitos adversos em pacientes de baixo risco.

Informação prognóstica importante é obtida da avaliação clínica cuidadosa, da evolução do pacientes durante os primeiros dias e da resposta do paciente ao tratamento anti-isquêmico e antitrombótico. Há vários escores de estratificação de risco que podem prever morte ou IAM em SCA, sendo os mais utilizados o GRACE e o TIMI (em anexo). Embora o escore TIMI seja mais prático, o escore GRACE parece mais acurado.

A determinação do risco do paciente pode ser feita com ajuda de escores validados, como o escore TIMI ou o escore GRACE.

De modo geral, reconhece-se os seguintes indicadores gerais de gravidade:

CRITÉRIOS DE GRAVIDADE	
1.	MNM positivos
2.	Presença de B3 ou congestão pulmonar (Killip II)
3.	Edema agudo de pulmão (Killip III)
4.	Choque cardiogênico (Killip IV)
5.	Alterações dinâmicas do segmento ST (maior que 0,5mm)
6.	Sopro de regurgitação mitral de inicio recente ou modificado pelo quadro agudo
7.	Taquicardia ventricular sustentada
8.	Angioplastia ou CRVM prévia nos últimos 6 meses
9.	Angina recorrente em repouso ou pequeno esforço apesar de tratamento intensivo
10.	Depressão da função ventricular (FEVE< 40%)
11.	Idade maior que 75 anos
12.	Escore TIMI ≥ 5 pontos (vide anexo)
13.	Escore Grace ≥ 170 pontos (vide anexo)
14.	Testes não invasivos (teste ergométrico, cintilografia miocárdica e ecocardiograma de estresse) com critérios de alto risco para isquemia

GERÊNCIA GERAL DE ENFERMARIA FLS Nº 4420 FUNC.

1 SÍNDROME CORONARIA AGUDA SEM SUPRA ST

Risco de novos eventos:

ALTO	INTERMEDIÁRIO	BAIXO
TIMI ≥ 5 ou GRACE > 170 ou – Alto risco em exame funcional prévio – FEVE ≤ 40% – ICP nos últimos 6 meses – Insuficiência mitral (IM) nova ou piora de IM prévia – Sinais de IC aguda – Angina refratária – Instabilidade hemodinâmica – Instabilidade elétrica – Infra ST novo (>1 mm) ou supra ST transitório – MNM elevados (CKMB e troponina)	TIMI 3 ou 4 GRACE 130 a 170 **E** Nenhum critério de alto risco	TIMI ≤ 2 GRACE < 130 **E** Nenhum critério de alto risco

BAIXO RISCO

Pacientes com SCASSST de baixo risco não se beneficiam de ICP, exceto se constatada isquemia miocárdica nos testes funcionais não-invasivos. O teste ergométrico (TE) é o método de escolha na avaliação do paciente com AI de baixo risco na maioria dos casos. Métodos de imagem (ecocardiograma sob estresse e cintilografia miocárdica) têm desempenho diagnóstico semelhante ou superior ao TE, mas com custo mais elevado. Deve ser realizado quando o TE é normal ou inconclusivo e com sintomas significativos ou na presença de limitações à realização ou interpretação do TE.

Um teste de estresse é recomendado em pacientes de baixo risco que estejam livres de isquemia em repouso ou aos mínimos esforços por no mínimo 12h.
O teste ergométrico é teste de escolha na avaliação funcional de SCASSST de baixo risco.
Métodos de imagem sob estresse (cintilografia miocárdica ou ecocardiograma) podem ser necessários em casos especiais, utilizando-se:

- Estresse físico: Em pacientes que são capazes de se exercitar, mas possuem alterações no ECG basal que impedem sua interpretação durante o esforço (marcapasso, BCRE, pré-excitação ventricular ou infra de ST em repouso > 1 mm) ou que foram submetidos à revascularização miocárdica recentemente -> método de imagem sob estresse físico;
- Estresse farmacológico: Quando limitações físicas impedem o estresse físico adequado.

Pacientes de baixo risco ou com alto risco de complicações para realização de intervenção não devem ser submetidos à estratégia invasiva.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4921 FUNC.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Neste grupo, os resultados são similares, tanto na abordagem inicial conservadora, quanto na estratégia terapêutica invasiva. Vantagem da estratégia conservadora inicial é que vários pacientes estabilizam-se com o tratamento clínico, evitando custos e possivelmente procedimentos invasivos desnecessários.

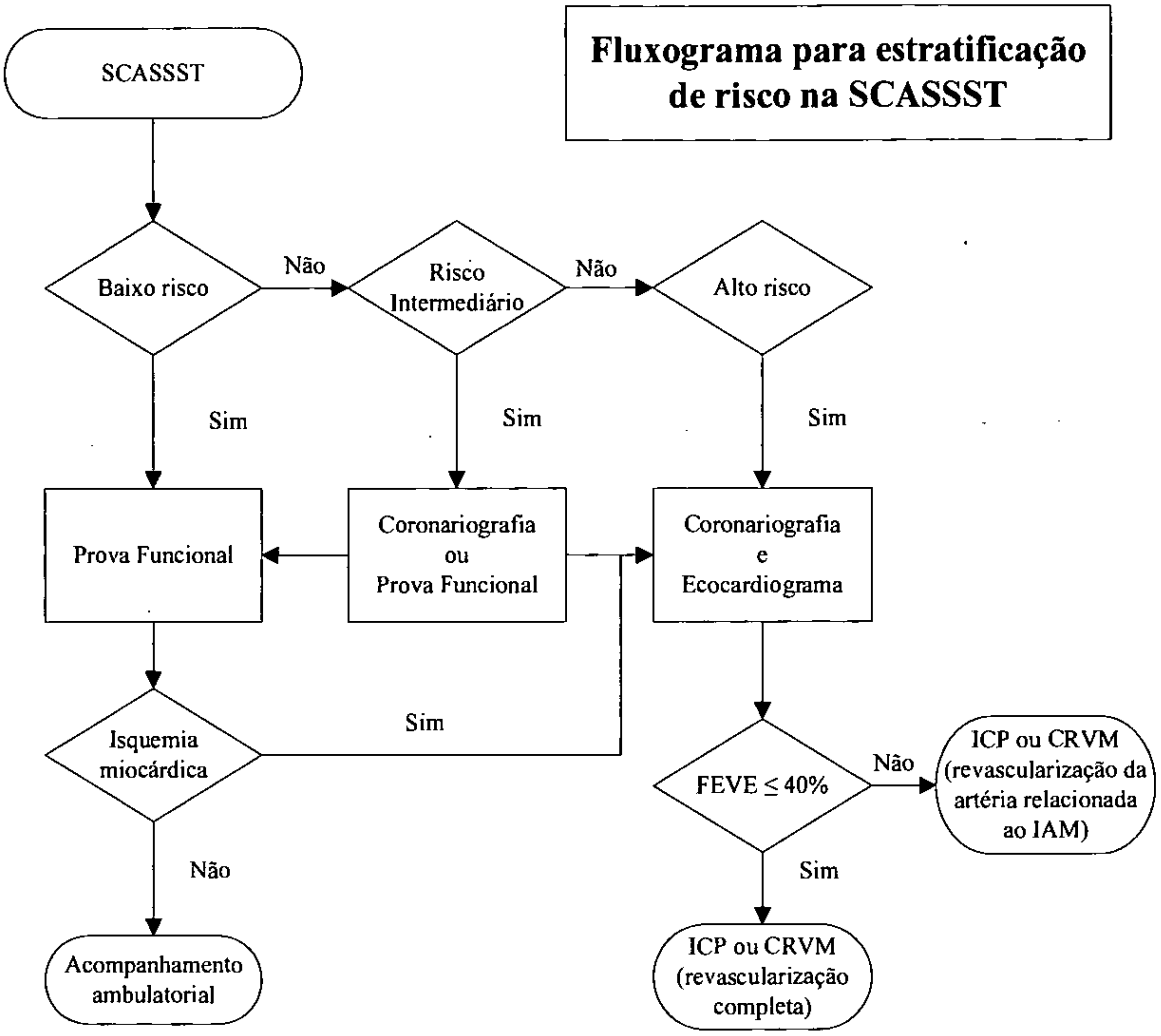
- Paciente com SCASSST com risco intermediário de novo evento pode ser submetido à estratificação de risco não invasiva ou a estratificação de risco invasiva.
- O teste de estresse não invasivo é recomendado neste paciente desde que esteja livre de isquemia em repouso ou aos mínimos esforços por, no mínimo, 12h.

ALTO RISCO

A estratégia invasiva em pacientes de alto risco reduz as taxas de IAM, angina grave e de re-hospitalização no longo prazo. Tais pacientes devem ir diretamente para a angiografia sem teste não invasivo.

A estratégia invasiva está indicada em pacientes de critérios de alto risco, com realização de coronariografia em até 72 horas (preferencialmente até 24h se houver múltiplos fatores de risco) e subseqüente revascularização, se necessário.
Pacientes de alto risco isquêmico com angina refratária, associada à insuficiência cardíaca, arritmias, ou instabilidade hemodinâmica devem ser considerados para coronariografia de emergência (< 2 h).

Fluxograma para estratificação de risco na SCASSST



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4422
FUNC

2 IAM COM SUPRA ST

Em pacientes submetidos à ICP primária, a estratificação adicional do risco pode ser feita após alta, durante atenção ambulatorial. Em pacientes não submetidos à ICP primária, é importante identificar precocemente pacientes de alto risco para intervir e prevenir eventos adicionais como reinfarto e morte. O paciente com IAMCSST submetido à trombólise química ou que não foi trombolisado pode ser submetido à coronariografia ou estratificação de risco não invasiva. Aqueles pacientes com critérios de alto risco descritos abaixo são os que mais se beneficiam da avaliação invasiva, principalmente quando realizada de forma precoce:

- ✓ Instabilidade elétrica ou hemodinâmica;
- ✓ Isquemia miocárdica recorrente;
- ✓ Revascularização miocárdica prévia (ICP ou CRVM);
- ✓ IAM anterior ou IAM inferior com acometimento de VD;
- ✓ FEVE ≤ 40% ou Killip > I ou DM (principalmente se insulino-requerente);

O ecocardiograma deve ser realizado em 24 a 48h para a avaliação da função ventricular e do tamanho do IAM.

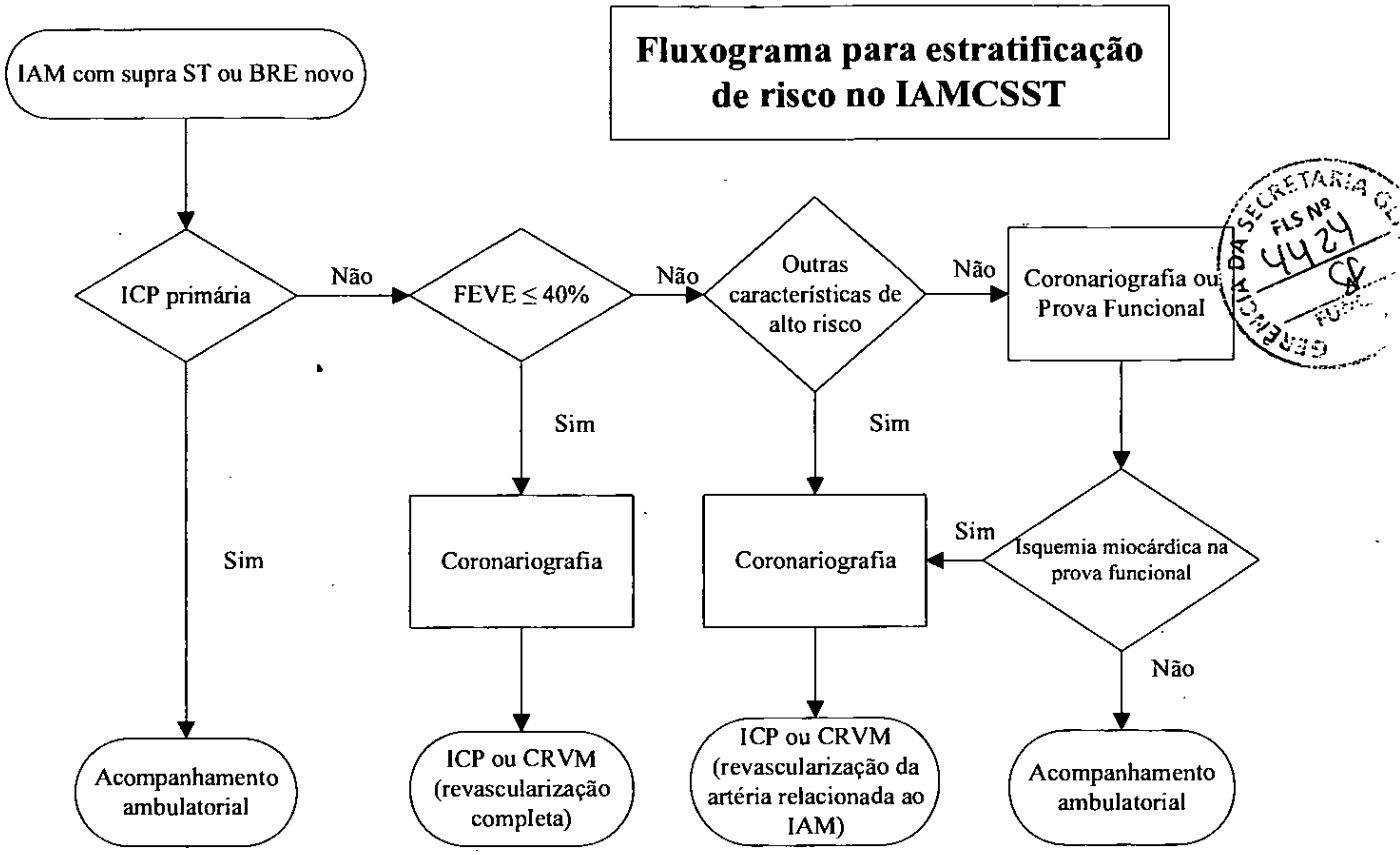
⇨ A FEVE é o maior preditor independente de sobrevida no longo prazo.

Em pacientes submetidos à ICP primária, a avaliação de isquemia residual pode ser feita ambulatorialmente, após 4 a 6 semanas, com um teste funcional.

Pacientes tratados com reperfusão química ou não trombolisados, deve ter estratificação de risco precoce e intra-hospitalar:

- Com características de alto risco devem ser submetidos à coronariografia.
- Sem características de alto risco podem ser submetidos à estratificação não-invasiva.

Fluxograma para estratificação de risco no IAMCSST



SECRETARIA DE ESTADO DA FLS Nº 4424 GERÊNCIA

CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

1. Estabilidade hemodinâmica, elétrica, clínica e sem sinais de isquemia recorrente nas últimas 48 h;
2. SCASSST não complicado após estratificação de risco (no mínimo 48 h);
3. IAMCSST não complicado (sem arritmias, sangramento, isquemia, angina ou insuficiência cardíaca após evento) com reperfusão: no mínimo 72 h;
4. IAMCSST anterior extenso, não reperfundido ou complicado: 5 a 7 dias.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4425

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PÓS-HOSPITALAR

1) **Ácido Acetilsalicílico**
   - ✓ 75 a 200mg/dia por tempo indeterminado para todos os pacientes;
   - ✓ Se houver hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal ao AAS, utilizar clopidogrel 75mg/dia.

2) **Clopidogrel**
   - ✓ IAMSSST
     - 75mg/dia por 9 meses;
     - Caso o paciente apresente risco de sangramento aumentado, o clopidogrel deve ser mantido por no mínimo 4 semanas.
   - ✓ IAMCSSST
     - Pacientes não submetidos à ICP (com ou sem terapia fibrinolítica), manter clopidogrel 75mg por no mínimo 4 semanas, podendo se estender por 9 meses;
     - Pacientes com implante de stent (convencional ou farmacológico), manter clopidogrel 75mg por 9 meses.
     -

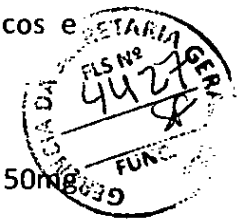
Diante da necessidade de continuação do tratamento, o estabelecimento hospitalar deverá entregar no dia da alta, 30 (trinta) comprimidos ao paciente até que seja adquirido pelo componente especial da assistência farmacêutica (CEAF).

3) **Betabloqueador**
   - ✓ SCASSST - Há benefício do uso por tempo indeterminado nos pacientes que evoluem com redução da FE com ou sem sinais clínicos de IC, sendo também razoável para pacientes de baixo risco.
   - ✓ SCACSST – Devem ser administrados por tempo indeterminado a todos os pacientes independentemente dos valores da pressão arterial e da FEVE.
     Exemplos:
     Sem disfunção ventricular:
     - Propranolol – dose inicial: 20mg 8/8h ou 40mg 12/12h; dose máxima: 160-240mg/dia (a dose diária pode ser fracionada 12/12h ou 8/8h);
     - Atenolol – dose inicial: 25mg; dose máxima: 200mg/dia (a dose diária pode administrada em dose única ou ser fracionada 12/12h).

     Com disfunção ventricular:
     - Carvedilol – dose inicial: 3,125 mg 12/12h; dose máxima: 25mg 12/12h (pacientes com peso corporal até 85kg) e 50mg 12/12h (pacientes com peso corporal > 85kg);
     - Succinato de Metoprolol – dose inicial: 12,5 – 25mg 1x/dia; dose máxima: 200mg/dia (a dose total diária pode ser dividida fracionada 12/12h).

4) **IECA e BRA**
   - ✓ IECA deve ser administrado indefinidamente a todos pacientes que possuam DM, IC, HAS, doença renal crônica ou disfunção VE (FE <40%), desde que não exista contraindicação;

- ✓ A indicação do IECA indefinidamente a **todos** os pacientes independentemente da função VE e da pressão arterial não está tão fortemente embasada na literatura, especialmente para a SCASSST;
- ✓ BRA deve ser prescrito na intolerância aos IECA e em casos de sinais clínicos e radiológicos de IC e disfunção VE (FE < 40%).



Exemplos:

- o Captopril – dose inicial: 12,5mg 8/8h ou 25mg 8/8horas; dose máxima 50mg 8/8horas;
- o Enalapril – dose inicial: 5mg 12/12h ou 10mg 12/12h; dose máxima 20mg 12/12horas;
- o Losartan – dose inicial: 25mg/dia; dose máxima: 100mg/dia (a dose diária pode administrada em dose única ou ser fracionada 12/12h).

5) Nitratos

O benefício está restrito ao alívio dos sintomas isquêmicos. Uso crônico não está indicado se nos assintomáticos após otimização das doses de betabloqueador e IECA. Exemplos:

- o Mononitrato de isossorbida – dose inicial: 20mg às 8h e às 16 horas; dose máxima: 40mg às 8h e às 16 horas.

6) Terapia hipolipemiante (estatina)

É inequívoco o benefício do uso prolongado das estatinas na prevenção de morte e novos eventos isquêmicos nos portadores de DAC, especialmente após SCA, e independente dos valores basais do colesterol. Devem ser seguidas as orientações do MS para prevenção das doenças cardiovasculares (Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica, 2006, disponível no sítio *bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf*).

7) Anticoagulante oral (warfarina)

Em casos de fibrilação atrial, prótese valvar metálica, tromboembolismo pulmonar e trombo no VE. Warfarina 5mg/dia às 17h (respeitar 1hora de jejum antes e após a ingestão do comprimido), em adição a AAS e Clopidogrel, quando necessário. Deve-se manter o RNI entre 2 - 2,5 e utilizar baixa dose de AAS (75-81mg) e de Clopidogrel (75mg/dia).

8) Antagonistas da aldosterona (espironolactona)

Nos pacientes com FE < 40% e sinais de IC ou DM, se a creatinina for < 2,5mg/dL em homens e 2,0mg/dL em mulheres e K < 5,0mmol/L . Espironolactona – dose: 25mg/dia em tomada única. Não há nenhum benefício de doses acima de 25mg/dia na IC. Se a monitorização freqüente dos níveis séricos de potássio não for factível, o risco de hipercalemia pode ser maior do que o benefício do uso crônico da espironolactona, especialmente em pacientes idosos e naqueles com níveis séricos de creatinina > 1,6mg/dL.

CUIDADOS NO PÓS-ALTA

RETORNO AS ATIVIDADES PROFISSIONAIS E SEXUAIS:

ATIVIDADES
Retorno às atividades sexuais em pacientes de baixo risco, estáveis, em 7-10 dias após a alta hospitalar.
Retorno às atividades sexuais em pacientes de risco intermediário, estáveis, em 7-10 dias após estabilização do quadro.
Retorno às atividades físicas: pacientes que estejam assintomáticos após IAM não complicado podem retornar a suas atividades após 2-4 semanas, com avaliação cardiológica.
Recomendado teste ergométrico para orientar prescrição do exercício.
Todos pacientes devem ser encorajados a realizar 30 a 60 min. de atividade aeróbia em intensidade moderada, no mínimo 5 vezes por semana.
A direção de veículos pode ser permitida após 1 semana nos pacientes sem complicações e 2 a 3 semanas em pacientes com IAM complicado.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 1428
SF
FUNC.

PLANO DE CUIDADOS – O SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	
1.	**Reabilitação Cardíaca** O principal foco da reabilitação é o exercício físico de caráter educacional, mais complexo que um mero programa de condicionamento físico. Recomendada reabilitação supervisionada por médico em casos de alto risco.
2.	**Atividade Física** Todos pacientes devem ser encorajados a realizar 30 a 60 min. de atividade aeróbia em intensidade moderada, no mínimo 5 vezes por semana, além de aumentar o gasto energético diário (ex: atividades domésticas, jardinagem). Recomendado teste ergométrico para orientar prescrição do exercício.
3.	**Retorno ao Trabalho** Pacientes que freqüentam programas de RC após alta retornam ao trabalho antes. Na maior parte das vezes, o stress sofrido no trabalho é menor que o medido no teste de esforço, reforçando que o retorno ao trabalho deve ser encorajado.
4.	**Outras Atividades** Orientação quanto ao retorno às diversas atividades pode ser feita utilizando-se a capacidade funcional em MET do paciente obtida através de teste ergométrico e da tabela com informações sobre a exigência metabólica de cada uma das atividades. Atividade sexual com parceiro habitual pode ser reassumida em 7-10 dias em pacientes sem complicações durante a internação. A direção de veículos pode ser permitida após 1 semana nos pacientes sem complicações e 2 a 3 semanas em pacientes com IAM complicado (arritmias, IC).
5.	**Dieta** Pacientes devem ser encorajados a reduzir a ingesta diária de sal, gorduras saturadas, gorduras trans e colesterol, e aumentar a frutas, vegetais e peixes.
6.	**Perda de peso** Peso corporal e circunferência abdominal devem ser medidos em todas as consultas. Os pacientes devem ser encorajados a atingir e manter IMC entre 18,5 – 24,9 Kg/m^2 e a circunferência abdominal < 102 em homens e < 88 cm em mulheres.
7.	**Cessação do tabagismo** Em todas as consultas o paciente deve ser questionado sobre tabagismo e deve ser estimulado a abandoná-lo e a evitar o tabagismo passivo.
8.	**Pacientes diabéticos** Modificações do estilo de vida, controle dos demais fatores de risco (HAS, obesidade, dislipidemia) e medicação visando glicohemoglobina ≤ 7%.
9.	**Portadores de HAS** Modificações do estilo de vida e medicação objetivando PA ≤ 130/80 mmHg.
10.	**Vacina Influenza** Todos os pacientes devem ser vacinados contra Influenza anualmente.
11.	**Terapia de reposição hormonal** Não deve ser prescrita para prevenção secundária de eventos coronarianos Não deve ser reiniciada nas pacientes que já eram usuárias.
12.	**Evitar o uso de antiinflamatórios não-esteróides** Dores musculoesqueléticas devem ser tratadas com analgésicos do tipo paracetamol e narcóticos de curta ação em pequenas doses; Se não houver melhora, pode-se utilizar AINE não seletivo – naproxeno. O uso de AINEs com alta seletividade pela COX-2 deve ser restrito a falência terapêutica com as terapias anteriores.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4429
FUNDAÇÃO

INDICADORES

SUGESTÃO DE INDICADORES A SEREM UTILIZADOS PELOS GESTORES	
	ESTRUTURA
1.	Atendimento pré-hospitalar: 1.1 Número de ambulâncias com ECG; 1.2 Número de profissionais habilitados para realização de ECG; 1.3 Número de profissionais habilitados a diagnosticar a SCACSST ao ECG.
2	Pronto atendimento: protocolos implementados para a rápida identificação dos pacientes com SCA.
3.	Conduta hospitalar: Quantitativo de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos com treinamento e conhecimento para o cuidado do paciente conforme protocolo e POPs, a partir do número de casos esperados.
4.	Planejamento da alta hospitalar: Existência de protocolos de alta hospitalar incluindo encaminhamento para reabilitação cardíaca.
	PROCESSO
	<u>Indicadores não farmacológicos</u>
5.	Eletrocardiograma realizado em 10 minutos após a entrada no hospital.
6.	ICP primária em 90 minutos após a entrada no hospital.
7.	Terapia de reperfusão em pacientes elegíveis com IAMCSST.
8.	Estratificação de risco: cateterismo cardíaco, teste ergométrico, cintilografia miocárdica ou ecocardiograma de estresse.
9.	Avaliação da função ventricular esquerda, preferencialmente por Ecocardiograma.
10.	Aconselhamento para cessação do tabagismo.
11.	Número de pacientes em reabilitação cardíaca pós-infarto.
	<u>Indicadores farmacológicos</u>
12.	Terapia fibrinolítica administrada entre 30 minutos da entrada do hospital.
13.	Administração de AAS na entrada do hospital.
14.	Prescrição de AAS na alta hospitalar.
15.	Prescrição de estatina na alta hospitalar.
16.	Prescrição de betabloqueador na alta hospitalar.
17.	Prescrição de IECA ou BRA na alta hospitalar.
	RESULTADO
18.	Mortalidade hospitalar.

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4430

Bibliografia

1.	Nicolau JC, Timerman A, Piegas LS, et al. Guidelines for Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction of the Brazilian Society of Cardiology (II Edition, 2007). Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): e89-e131.
2.	Piegas LS, Feitosa-Filho GS, Mattos LA, et al. Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq Bras.Cardiol. 93(6 supl.2), e179-e264. 2009
3.	Junqueira LL, Ribeiro AL, Mafra AA, et al. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Síndrome Coronariana Aguda. Belo Horizonte 2011. 49 p.
4.	Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of patients with acute myocardial infarction). J Am Coll Cardiol 2004;44(3):E1-E211.
5.	Van de Werf, Bax J, Betriu A, et al. ESC Guidelines for Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with Persistente ST Segment Elevation. Eur Heart J.2008. 29,2909-2945.
6.	Hasdai D, Behar S, Wallentin L, et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediteterranean Basin. The Euro Heart Survey of Acute Coronary Syndromes. Eur Heart J 2002 23, 1190–201.
7.	Eagle KA, Lim MJ, Dabbous OH, et al. GRACE Investigators. A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry. JAMA. 2004;291(22):2727-33.
8.	Antman EM, Hand M, Armstrong PW et al. 2007 focused update of the ACC/AHA 2004 guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2008;51(2):210-247
9.	Erhardt L, Herlitz J, Bossaert L, et al.; Task Force on the management of chest pain. Task force on the management of chest pain. Eur Heart J. 2002 Aug;23(15):1153-76.
10.	Smith Jr SC, Kushner FG, Hand M, et al. 2009 Focused Updates : ACC/AHA Guidelines for the management of Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention. J Am Coll Cardiol 2009; 54(23): 2005-41.
11.	Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. Lancet 2003;361(9351):13-20.
12.	Terkelsen CJ, Sorensen JT, Maeng M et al. System delay and mortality among patients with STEMI treated with primary percutaneous coronary intervention. JAMA 2010; 304(7):763-771.
13.	Ting HH, Yang EH, Rihal CS. Narrative review: reperfusion strategies for ST-segment elevation myocardial infarction. Ann Intern Med 2006;145(8):610-617.
14.	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Acute Coronary Syndromes. 2007.
15.	Wright RS, Anderson JL, Adams CD, et al. 2011ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline).J Am Coll Cardiol 2011;57(19):1920-59
16.	Fox KAA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al., for the GRACE Investigators. Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE). Br Med J 2006;333:1091-4.
17.	Antman EM, Cohen M, Peter J, et al. The TIMI Risk score for Unstable Angina /Non-ST ElevationMI. A Method for Prognostication and Therapeutic Decision Making .JAMA 2000;284(7).
18.	David A, Morrow DA, Antman MA et al. TIMI Risk Score for ST-Elevation Myocardial Infarction: A Convenient, Bedside, Clinical Score for Risk Assessment at Presentation. Circulation. 2000;102:2031-2037
19.	Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Cadernos de Atenção Básica, n.14. Brasília: 2006. 56 p. *bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf*

ANEXO 1: ESCORE GRACE para estratificação de risco na SCA (SSST e CSST)

Características à admissão		
1 - Idade	Anos	Pontos
	< 30	0
	30 - 39	8
	40 - 49	25
	50 - 59	41
	60 - 69	58
	70 - 79	75
	80 - 89	91
	≥ 90	100
2 - Frequência Cardíaca	bpm	Pontos
	< 50	0
	50 - 69	3
	70 - 89	9
	90 - 109	15
	110 - 149	24
	150 - 199	38
	> 200	46
3 - Pressão Arterial Sistólica	mmHg	Pontos
	< 80	58
	80 - 99	53
	100 - 119	43
	120 - 139	34
	140 - 159	24
	160 – 199	10
	> 200	0
4 - Creatinina	mg/dL	Pontos
	0,0 - 0,39	1
	0,4 - 0,79	4
	0,8 - 1,19	7
	1,2 - 1,59	10
	1,6 - 1,99	13
	2,0 - 3,99	21
	> 4	28
5 - Classificação de Killip		Pontos
	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
6 - Elevação de enzimas cardíacas		14
7 - Desvio do segmento ST (infra ou supra)		28
8 - Parada cardiorrespiratória		39

TOTAL
Somatória de cada um dos 8 itens

Escore Grace	Óbito hospitalar	Escore Grace	Óbito hospitalar
≤ 80	≤ 0,4%	170	7,3%
90	0,6%	180	9,8%
100	0,8%	190	13%
110	1,1%	200	18%
120	1,6%	210	23%
130	2,1%	220	29%
140	2,9%	230	36%
150	3,9%	240	44%
160	5,4%	≥ 250	≥ 52%

ANEXO 2: ESCORE TIMI

1. Para SCASSST

SECRETARIA GERÊNCIA DA FLS Nº 4433

Histórico	
	Pontos
1 – Idade > 65 anos	1
2 – ≥ 3 fatores risco DAC (tabagismo, dislipidemia, história familiar DAC, DM, HAS)	1
3 – DAC conhecida (estenose coronária > 50%)	1
4 – Uso AAS nos últimos 7 dias	1
Apresentação	
5 – Recorrência dos sintomas (≥ 2 episódios nas últimas 24h)	1
6 – Elevação MNM	1
7 – Desvio segmento ST ≥ 0,5 mm	1
TOTAL	**7**
Somatória de cada um dos 7 itens	

Pontos	Eventos cardíacos maiores em 14 dias		Risco de eventos
	Óbito / IAM	Óbito / IAM / revascularização urgente	
0 - 1	3%	5%	Baixo
2	3%	8%	
3	5%	13%	Intermediário
4	7%	20%	
5	12%	26%	Alto
6 - 7	19%	41%	

2. Para SCACSST

FLS Nº 4434

Escore		
		Pontos
Idade		
≥ 75 anos		3
65 – 74 anos		2
História de diabetes, hipertensão ou angina		1
Exame físico		
PAS < 100 mmHg		3
FC > 100 bpm		2
Classe Killip II-IV		2
Peso < 67 kg		1
Supradesnível do segmento ST anterior ou BCRE		1
Tempo para terapia de reperfusão > 4 horas		1
TOTAL		**14**

Pontos	Mortalidade intra-hospitalar (%)	Risco
0	0,7	**Baixo**
1	0,3	
2	1,9	
3	3,9	**Intermediário**
4	6,5	
5	11,6	**Alto**
6	14,7	
7	21,5	
8	24,4	
>8	31,7	

INSTITUTO SOCIAL
FIBRA

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4435

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2012

ANEXO II

MANUAL PARA O GERENCIAMENTO DA MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4436

EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E O GERENCIAMENTO DA MANUTENÇÃO

Capacitação a distância

Brasília - DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Projeto REFORSUS

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4437
SF
FSRS

EQUIPAMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES E O GERENCIAMENTO DA MANUTENÇÃO

Capacitação a distância

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Coordenação:
Prof. Dr. Saide Jorge Calil
Mestre em Engenharia Elétrica Eduardo Teixeira Gomide

Brasília – DF
2002

© 2002. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série F. Comunicação e Educação em Saúde
Tiragem: 4.100 exemplares

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4438

Presidente da República
Fernando Henrique Cardoso

Ministro de Estado da Saúde
Barjas Negri

Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde
Gabriel Ferrato dos Santos

Projeto editorial
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Projeto REFORSUS
SEPN 510, bloco A, 3° andar
CEP: 670750-515, Brasília – DF
Tel. (61) 349-8751
Fax: (61) 447-1402
E-mail: reforsus@saude.gov.br
Home page: reforsus.saude.gov.br

Elaboração, distribuição e informações
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Centro de Engenharia Biomédica
Caixa Postal nº 6040
CEP: 13084-971, Campinas – SP

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP
Departamento de Informática em Saúde
Rua Botucatu, nº 862, edifício José Leal Prado
CEP: 04023-062, São Paulo – SP

Lexistemas Informática e Comércio Ltda
Rua São Carlos, nº 130, Vila Industrial
CEP: 13035-420, Campinas – SP

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catalogação na fonte – Editora MS
FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS

Equipamentos Médico-Hospitalares e o Gerenciamento da Manutenção: capacitação a distância / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Projeto REFORSUS. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

709 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0556-1

1. Equipamentos e provisões hospitalares. 2. Manutenção de equipamentos. 3. Segurança de equipamentos. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS. III. Título. IV. Série.

NLM WX 147

SUMÁRIO

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS.Nº 4439 FUNC.

APRESENTAÇÃO .....

CAPÍTULO 1
GERENCIAMENTO DE
MANUTENÇÃO EM EQUIPAMENTOS HOSPITALARES 11

INTRODUÇÃO 14
IMPLANTAÇÃO 15
ELABORAÇÃO DA PROPOSTA INICIAL DE TRABALHO 29
GERENCIAMENTO DE MANUTENÇÃO 50
MANUTENÇÃO CORRETIVA 71
MANUTENÇÃO PREVENTIVA 91
CONSIDERAÇÕES FINAIS 102
GLOSSÁRIO 102
BIBLIOGRAFIA 104
ANEXOS 106

CAPÍTULO 2
GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS EXTERNOS 133

INTRODUÇÃO 135
TIPOS DE CONTRATOS DE SERVIÇOS 135
CONTRATO DE SERVIÇO POR PERÍODO DETERMINADO 137
CONTRATO DE SERVIÇO SOB DEMANDA 141
AVALIAÇÃO DOS CUSTOS DE MANUTENÇÃO 143
MONITORAÇÃO DE SERVIÇOS EXTERNOS 150
BIBLIOGRAFIA 151

CAPÍTULO 3
AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS 153

INTRODUÇÃO 155
DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES CLÍNICAS 157
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS 157
LEVANTAMENTOS DOS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NO MERCADO 159
ESPECIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS 160
SOLICITAÇÃO DE PROPOSTAS 169

AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS E ORÇAMENTOS
SELEÇÃO DO FORNECEDOR
RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO
INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO
BIBLIOGRAFIA 180

CAPÍTULO 4
FUNDAMENTOS DE SEGURANÇA PARA UNIDADES DE SAÚDE 181

INTRODUÇÃO 183
OBJETIVO 184
CONCEITOS DE SEGURANÇA ELÉTRICA 184
PROPOSTA DE METODOLOGIA 196
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO
DE ACIDENTES EM AMBIENTE MÉDICO-HOSPITALAR 210
NORMAS DA SÉRIE NBR IEC 601 PUBLICADAS 212

CAPÍTULO 5
BERÇO AQUECIDO 225

INTRODUÇÃO 227
O RECÉM-NASCIDO E A PERDA DE CALOR 228
BERÇO AQUECIDO 234
RISCOS ASSOCIADOS AO USO DO BERÇO AQUECIDO 240
CONSIDERAÇÕES SOBRE MANUTENÇÃO 241
BIBLIOGRAFIA 246

CAPÍTULO 6
DESFIBRILADORES E CARDIOVERSORES 247

INTRODUÇÃO 249
HISTÓRICO 251
DESFIBRILADORES E CARDIOVERSORES 251
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 263

CAPÍTULO 7
DIÁLISE RENAL 269

INTRODUÇÃO 272
PRINCÍPIOS DA DIÁLISE 273

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 1734446
175 SF
FUNC.

FLS Nº 4441

DIALISADORES 277
EQUIPAMENTOS PARA HEMODIÁLISE 280
EQUIPAMENTOS PARA DIÁLISE PERITONEAL 288
TRATAMENTO DA ÁGUA 292
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 296

CAPÍTULO 8
DISPOSITIVOS DE INFUSÃO 301

INTRODUÇÃO 303
BREVE HISTÓRICO
DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO 304
APLICAÇÕES DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO 304
SISTEMAS DE INFUSÃO 306
CLASSIFICAÇÃO DAS BOMBAS DE INFUSÃO 320
CONTROLE EM MALHA FECHADA 325
ACIDENTES COM BOMBAS DE INFUSÃO 326
CONSIDERAÇÕES DE COMPRA/MANUTENÇÃO 326
ROTINAS DE TESTE E CALIBRAÇÃO 327
BIBLIOGRAFIA 330

CAPÍTULO 9
ELETROCARDIÓGRAFO E MONITOR CARDÍACO 331

INTRODUÇÃO 333
HISTÓRICO 333
FUNCIONAMENTO DO CORAÇÃO 335
O ELETROCARDIOGRAMA (ECG) 339
DERIVAÇÕES 340
APLICAÇÕES CLÍNICAS 343
ELETROCARDIÓGRAFO E MONITOR CARDÍACO 345
INTERFERÊNCIAS NO SINAL DE ECG 357
ASPECTOS DE SEGURANÇA 359
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 360
BIBLIOGRAFIA 362

CAPÍTULO 10
EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO POR ULTRASSOM 363

INTRODUÇÃO 365
TEORIA BÁSICA 366

PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS DE ULTRA-SOM ... 371
PRINCIPAIS FALHAS, ASPECTOS DE MANUTENÇÃO, OPERAÇÃO E CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE ULTRA-SOM ... 394
BIBLIOGRAFIA ... 398

CAPÍTULO 11
INCUBADORAS ... 399

INTRODUÇÃO ... 401
HISTÓRICO ... 402
O RECÉM-NASCIDO E A PERDA DE CALOR ... 406
CARACTERÍSTICAS DAS INCUBADORAS ... 412
ASPECTOS DE SEGURANÇA ... 423
PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO INDEVIDO DE INCUBADORAS ... 427
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO ... 428
ÁRVORE DE DEFEITOS (TROUBLESHOOTING) ... 429
BIBLIOGRAFIA ... 430

CAPÍTULO 12
INSTALAÇÕES DE GASES ... 431

INTRODUÇÃO ... 434
TIPOS DE GASES ... 435
FORNECIMENTO E DISTRIBUIÇÃO ... 445
VÁCUO ... 456
TUBULAÇÃO E CONECTORES ... 458
VAPOR ... 462
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO ... 469

CAPÍTULO 13
LAVANDERIA HOSPITALAR ... 471

INTRODUÇÃO ... 473
HISTÓRICO ... 474
FUNCIONAMENTO DE LAVANDERIAS HOSPITALARES ... 475
EQUIPAMENTOS DE LAVANDERIAS HOSPITALARES ... 478
INSTALAÇÕES NAS LAVANDERIAS ... 487
LEGISLAÇÃO ... 488
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO ... 489

SECRETARIA GERÊNCIA FLS Nº 1442 FUNC.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4443
FUNC.

CAPÍTULO 14
OXÍMETRO DE PULSO 491

INTRODUÇÃO 493
PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO 495
NECESSIDADES DE INSTALAÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL 500
PRINCIPAIS PROBLEMAS ENCONTRADOS 501
ROTINAS E INSTRUMENTOS DE TESTES E CALIBRAÇÃO 503
BIBLIOGRAFIA 504

CAPÍTULO 15
SISTEMA DE ANESTESIA 505

INTRODUÇÃO 507
HISTÓRICO 508
FUNDAMENTOS DA ANESTESIA INALATÓRIA 511
SISTEMA DE ANESTESIA 512
SEGURANÇA E MANUTENÇÃO DE SISTEMAS DE ANESTESIA 530
BIBLIOGRAFIA 544

CAPÍTULO 16
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA 545

INTRODUÇÃO 547
HISTÓRICO 547
PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO 548
NECESSIDADES ESPECIAIS DE INSTALAÇÃO 565
CUIDADOS ESPECIAIS NA OPERAÇÃO 568
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 569
BIBLIOGRAFIA 575
APÊNDICE 576

CAPÍTULO 17
UNIDADES ELETROCIRÚRGICAS 581

INTRODUÇÃO 583
HISTÓRICO 583
PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO 584
EFEITOS DA CORRENTE NO CORPO HUMANO 588
TIPOS DE OPERAÇÃO 594

SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4444
FUNC.

DIAGRAMA DE BLOCOS 598
CUIDADOS ESPECIAIS NA OPERAÇÃO 599
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 600

CAPÍTULO 18
UNIDADES RADIOGRÁFICAS 605

INTRODUÇÃO 607
HISTÓRICO 607
PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO 608
NECESSIDADES ESPECIAIS DE INSTALAÇÃO 637
CUIDADOS ESPECIAIS NA OPERAÇÃO 640
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 641
BIBLIOGRAFIA 650

CAPÍTULO 19
UNIDADES RADIOGRÁFICAS PARA MAMOGRAFIA 653

INTRODUÇÃO 655
HISTÓRICO 655
PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO 656
NECESSIDADES ESPECIAIS DE INSTALAÇÃO 672
CUIDADOS ESPECIAIS NA OPERAÇÃO 674
ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 675
BIBLIOGRAFIA 681

CAPÍTULO 20
VENTILADORES PULMONARES 683

INTRODUÇÃO 685
HISTÓRICO 685
ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO 687
VENTILADORES 693
CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DE UM VENTILADOR MECÂNICO 712
PATOLOGIAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA 713
TESTES MÍNIMOS DE SEGURANÇA 715
MANUTENÇÃO 718
BIBLIOGRAFIA 720

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 445 FUNC.

APRESENTAÇÃO

Uma das prioridades do Ministério da Saúde, durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, foi recuperar a rede física de saúde vinculada ao SUS, deteriorada e com alta obsolescência tecnológica, após um longo período de ausência de investimentos significativos.

Realizaram-se gastos na conclusão de obras inacabadas, construção de obras imprescindíveis e reforma e ampliação de estabelecimentos de saúde existentes. A maior parte dos investimentos, entretanto, concentrou-se em equipamentos médico-hospitalares, dos mais simples, para atender uma unidade básica de saúde, até os mais sofisticados, para ambulatórios e hospitais de média e alta complexidade.

Somente pelo REFORSUS, o mais importante Projeto de investimentos do Ministério da Saúde, foram contemplados mais de 1.000 hospitais, cerca de 6.000 unidades básicas de saúde que possuem equipes de saúde da família, 198 unidades hemoterápicas e 26 laboratórios de saúde pública.

No entanto, para que o grande volume de investimentos realizado em equipamentos médico-hospitalares não se perca ao longo do tempo, maximize a utilidade dos recursos públicos alocados e não deixe a população sem os seus benefícios, por quebras ou mau funcionamento, é necessário que os gestores beneficiados com esses recursos tenham um programa de manutenção adequado.

Foi com esse espírito e esses objetivos que o Ministério da Saúde, por meio do Projeto REFORSUS, desenvolveu uma alternativa inédita no setor saúde de oferecer um treinamento a distância para os técnicos das unidades que receberam esses equipamentos.

O treinamento a distância foi a estratégia utilizada pelo Projeto para que um maior número de estabelecimentos de saúde do País fosse alcançado, dada à enorme dificuldade que as distâncias geográficas apresentam para um treinamento presencial, além da conveniência de não se retirar os técnicos de seu local de trabalho.

Os participantes deste curso podem ter a certeza de que, assim que praticarem os novos conhecimentos adquiridos, estarão prestando uma grande contribuição ao País e a sua gente, principalmente àquelas que dependem de um sistema de saúde público e gratuito, com qualidade, segurança, resolutividade e, acima de tudo, com um atendimento digno à imensa maioria da população brasileira que dele depende.

Um bom curso a todos!

Gabriel Ferrato dos Santos
Secretário de Gestão de Investimentos em Saúde

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4447
SP
FUN

CAPÍTULO 1

GERENCIAMENTO DE MANUTENÇÃO EM EQUIPAMENTOS HOSPITALARES

Elaborado por:
Prof. Dr. Saide Jorge Calil e Profa. Marilda Solon Teixeira

DA SECRETARIA GERAL / FLS Nº 42 12 FUNC. 535

A associação Diclofenaco e Dipirona não conferiu eficácia adicional à Dipirona isoladamente. O Diclofenaco foi a segunda droga mais utilizada. Apresentou sua maior eficácia nos casos de cefaléia tensional em um estudo recente realizado no Brasil. Antieméticos parecem aumentar a eficácia analgésica, além de diminuirem a morbidade causada por náuseas e vômitos. A Clorpromazina foi utilizada na maior parte das vezes em que os sintomas não cederam com outras drogas, tendo sido segura e eficaz nesses casos. Assim tais drogas apresentam perfis semelhantes em eficácia e custo, que justificam estudos mais aprofundados.

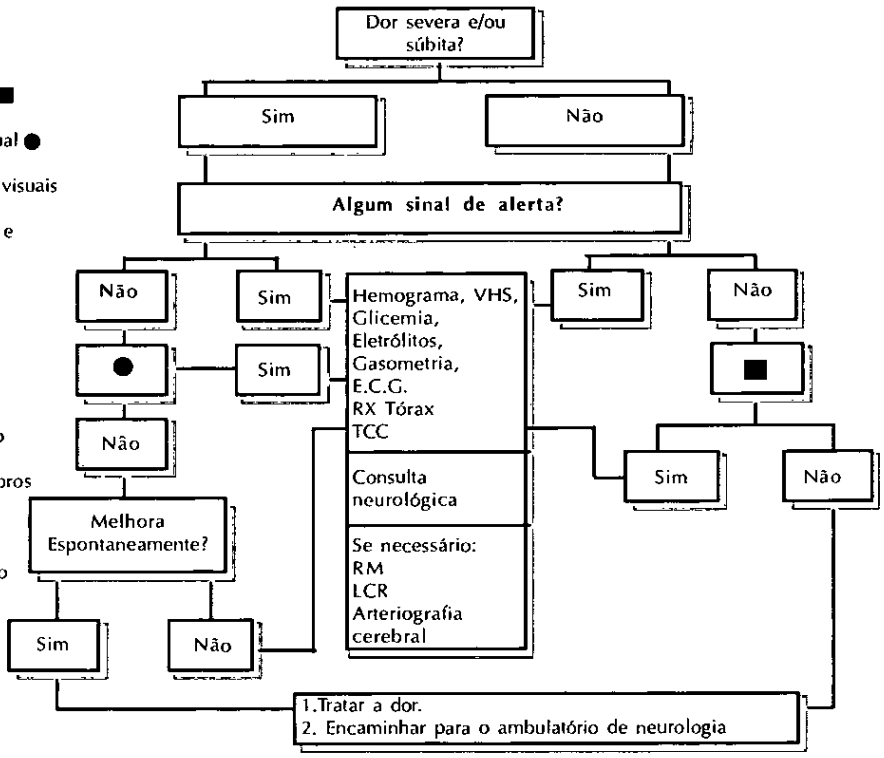
Queixa de Cefaléia

ANAMNESE
(sinais de alerta)

Dor de início após 50 anos
Instalação súbita
Piora progressiva (duração, freqüência e/ou intensidade) ■
Piora com tosse, esforço excessivo e/ou atividade sexual ●
Confusão mental
Perda de memória, distúrbios visuais
Tontura intensa, vômitos
Dist. da coordenação motora e do equilíbrio

EXAME FÍSICO

Hipertensão e febre
Alteração de consciência
S.I.M.
F.O: papiledema, hemorragia
Anisocoria e/ou pupilas pouco reativas, queda da pálpebra.
Hipoestesia em face ou membros
Fraqueza muscular
Assimetria de ROT
Resposta plantar anormal
Incoordenacão e desequilíbrio
Alteração do pulso carotídeo



Obs.:

- Se o neurologista for disponível na emergência, deve fazer o primeiro atendimento. Em torno de 90% das cefaléias na unidade de emergência têm causa neurológica.
- Internação: para cefaléias secundárias de causa neurológica e para as seguintes primárias 1- Estado de Mal Enxaquecoso e 2- "Enxaqueca transformada"/cefaléia crônica diária.

Tratamento (sugestão do autor)

Cateter Heparinizado ou
Infusão Venosa (a critério do plantonista)
Dipirona 2ml + Glicose 25% 8ml, lentamente
Metoclopramida 1 ampola EV
AINH - EV

Obs.: *nos casos de migrânea (enxaqueca) utilize, se possível, um triptano.

R.O.T. = Reflexos osteotendinosos
S.I.M. = Sinais de irritação meníngea
F.O. = Fundo do olho
AINH = Antiinflamatório não hormonal
TCC = Tomografia computadorizada do crânio.
RM = Ressonância magnética

Protocolo de Atendimento a Pacientes com Fraqueza Muscular Aguda na Emergência

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4213
FUNC.

1- Considerações gerais

2- Informações importantes para a conduta

3- Algoritmo do atendimento

1- Considerações gerais

Essa é uma condição grave que requer uma abordagem rápida, prática e eficiente pois em muitas situações existe risco de paralisia definitiva, ou até morte por falência respiratória. A história clínica e o exame físico, sobretudo o neurológico, são os fatores mais importantes para o diagnóstico e o prognóstico desses pacientes.

2- Informações importantes para a conduta

a) A anamnese deve constar, além dos dados rotineiros, os seguintes tópicos: modo de instalação (súbita, aguda, subaguda ou crônica); apresentação (focal, segmentar uni/bilateral ou generalizada), presença de dor, cãibras, disestesias, disfunção esfincteriana, febre, diplopia, disfagia, dispnéia, incoordenação; antecedentes: trauma, neoplasias (prostática, mama, pulmão, timo), endocrinopatias, infecção recente, uso de drogas, etilismo, episódios prévios, claudicação intermitente.

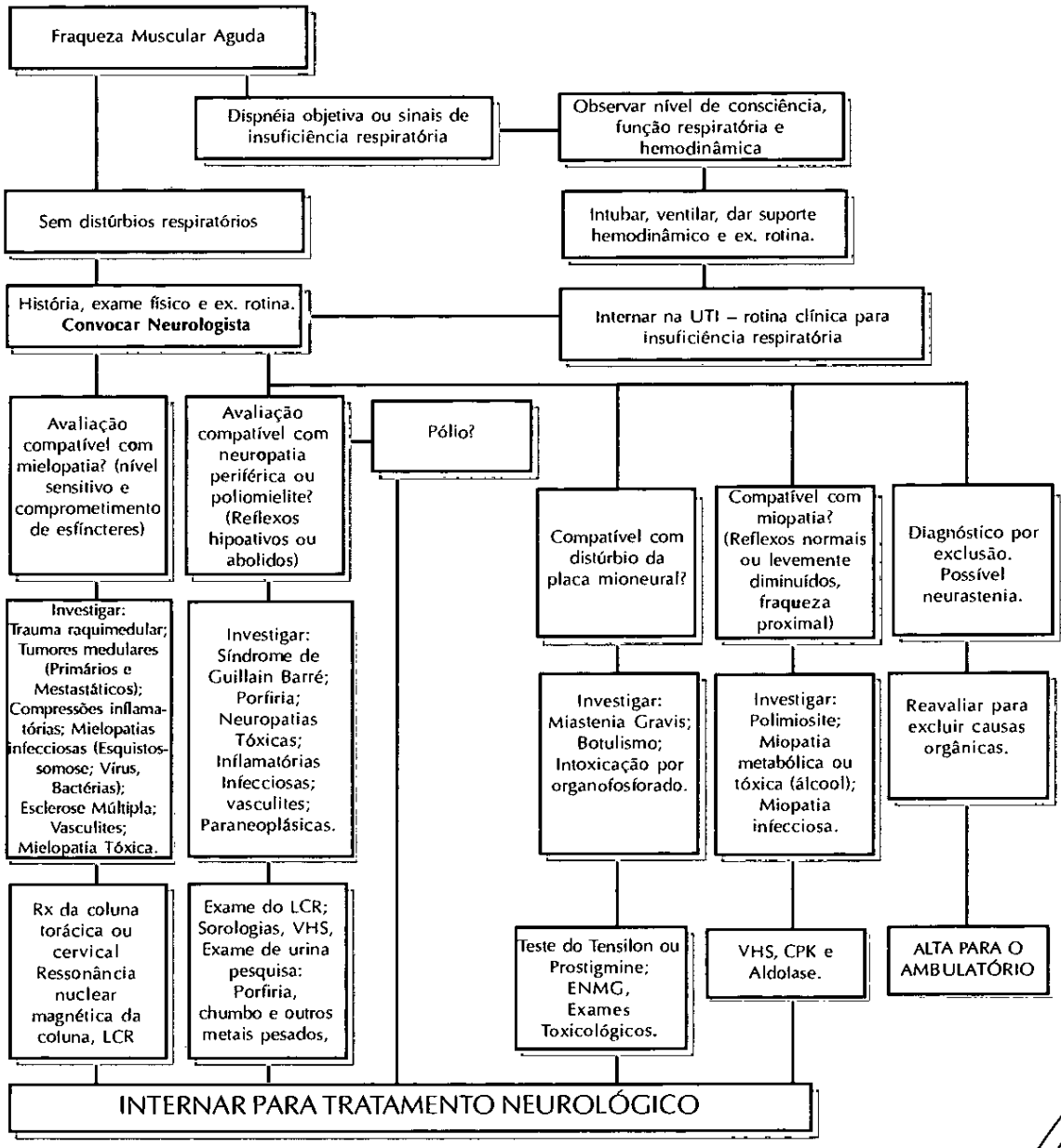
b) O exame físico deve ser completo detalhado, incluindo quando necessária a avaliação da função respiratória. O exame neurológico deve responder se a fraqueza é decorrente de miopatia, do envolvimento da placa mioneural, do comprometimento do SNP ou do SNC.

c) Os exames complementares são utilizados para a definição etiológica.

d) Exames de rotina:
Hemograma com plaquetas, VHS, glicemia, eletrólitos (Na^+, K^+, Ca^{++}, Mg^{++}), CPK, aldolase, TGO, uréia, creatinina, sumário de urina, Rad. do tórax, ECG.

Obs.: guardar soro da fase aguda.
SNC = Sistema Nervoso Central
SNP = Sistema Nervoso Periférico

3 - Algoritmo do Atendimento na Fraqueza Muscular Aguda



DNM = Doença do Neurônio Motor
M.G. = Miastenia Gravis
LCR = Líquido cefalorraquídeo
ENMG = Eletroneuromiografia

Atendimento ao Paciente com Crise Epiléptica na Unidade de Emergência

4215 SF

1- Introdução

2- Aspectos clínicos

3- Algoritmo de atendimento na unidade de emergência

1- Introdução

Epilepsia é a segunda mais freqüente condição clínica neurológica. Só suplantada pela cefaléia. A epilepsia acomete entre 1 a 2 % da população, e cerca de 1 em cada 20 indivíduos experimentam crise epiléptica ou convulsão em alguma época da vida. Tem importância sob o ponto de vista clínico, neurológico, social e psicológico. Embora crises epilépticas sejam, na maioria das vezes, autolimitadas, podem eventualmente evoluir para o estado de mal epiléptico.

Crises epilépticas são usualmente tratadas a nível ambulatorial, entretanto por diversas razões esses pacientes podem ser atendidos na unidade de emergência. Crises epilépticas são fenômenos que não ocorrem apenas em epilepsia primária. Essas crises podem ocorrer como evento isolado e único, em indivíduo previamente saudável, como manifestação de doença sistêmica (ex. hipoglicemia, hipóxia, distúrbio hidroeletrolítico, sépsis, insuficiência renal), como sintoma de doença neurológica aguda (AVC, encefalite, TCE) ou de epilepsia primária. Freqüentemente são secundárias e eventualmente decorrentes de doenças graves e letais. A anamnese detalhada com a caracterização do evento, neurológico e os exames laboratoriais são fundamentais para o diagnóstico diferencial e conduta terapêutica.

2- Aspectos clínicos

Anamnese: idade; profissão; dados do nascimento: traumas, infecções do SNC, uso de drogas ou doenças da mãe no período de gestação;

História familiar; crises cnteriores;

Doenças prévias: diabetes, distúrbios metabólicos, hepatopatia, uremia, neoplasias, vasculites, colagenoses, hipertensão arterial;

Uso de drogas; *stress*; distúrbios do sono; gravidez atual; cefaléia; febre; perda de peso; distúrbios visuais; alcoolismo e outros distúrbios do comportamento social.

Caracterização do evento:
1- Manifestações Iniciais (pródromos e aura)
2- Manifestações críticas (crise)
3- Manifestações pós-crise.

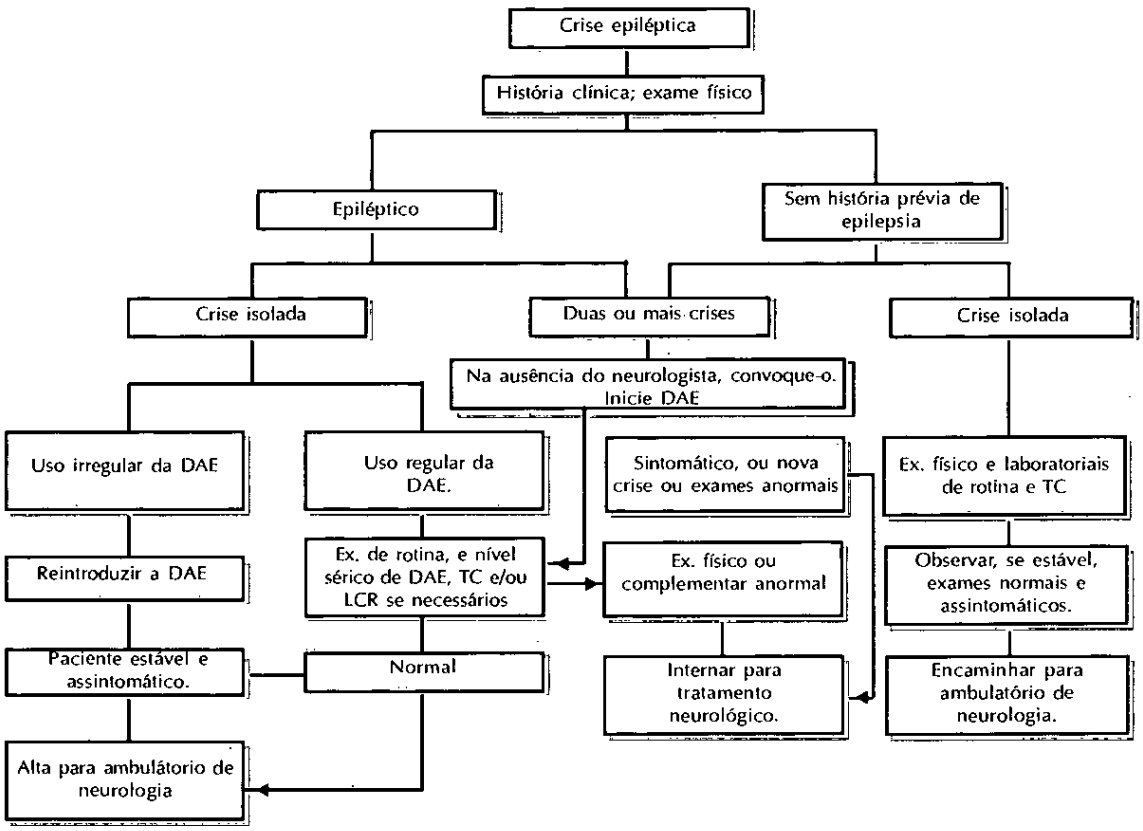
Exame físico – dados vitais; sinais de doença crônica (Uremia, DPOC, hepatopatia);
Ex. neurológico; Funções Mentais; Pares Cranianos, Fundoscopia, Motricidade; Sinais de Irritação Meníngea.

Exames complementares de rotina:
Hemograma com plaquetas; glicemia; eletrólitos. Cálcio sérico; CPK, dosar a DAE; rad. de Tórax; ECG; EEG.

Obs.: para o diagnóstico de epilepsia se impõe história de duas ou mais crises epilépticas.

3 - Algoritmo do Atendimento de Crise Epiléptica na Unidade de Emergência

SECRETARIA DA SAÚDE
GERÊNCIA
FLS Nº 4216



DAE = Droga antiepiléptica.
TC = Tomografia computadorizada
LCR = Líquido cefalorraquiano.

Protocolo do Atendimento de Emergência ao Paciente com Estado Confusional Agudo (E.C.A.)

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
FLS Nº 4217

1- Considerações gerais

2- Aspectos clínicos

3- Algoritmo do atendimento nos casos de ECA

1- Considerações gerais

Essa é uma situação relativamente freqüente nas unidades de emergências assim como em UTI. Determinada por causa isolada ou multifatorial decorre tanto de doenças sistêmicas como neurológicas, pelo uso de drogas e intoxicações. O neurologista deve ter uma abordagem rápida e criteriosa.

2- Aspectos clínicos – sinais e sintomas

Alteração do conteúdo de consciência de instalação súbita
Agitação psicomotora: alucinações, delírios, hiperatividade simpática
Ausência de anormalidades em nervos cranianos (exceto na síndrome de Wernicke por paralisias extra-oculares; e nas intoxicações por tricíclicos com pupilas fixas)
Ausência de sinais focais persistentes
Movimentos involuntários anormais (Mioclonias, *asterixis*, tremores)
Achados eletrencefalográficos altamente sugestivos de encefalopatias metabólicas (atividade delta rítmica bissíncrona, ondas trifásicas, lentificação e/ou supressão da atividade de base)

Causas de E.C.A:

- Sistêmicas
  - Sépsis
  - Uremia aguda
  - Insuficiência hepática
  - Insuficiência cardíaca
  - Insuficiência respiratória
  - Infecção respiratória
  - Infecção urinária
  - Distúrbios hidroeletrolíticos
  - Porfirias
  - Síndrome carcinóide
- Endocrinopatias
  - Tireóide
  - Paratireóide
  - Disfunção adrenal
  - Disfunção hipofisária
  - Pâncreas (hiperglicemia/encefalopatia pancreática)
- Deficiências nutricionais
  - Tiamina (encefalopatia de Wernicke)
  - Niacina
  - Vitamina B12
  - Folato
- Síndromes de abstinência
  - Álcool
  - Drogas
- Intoxicações
  - Drogas ilícitas
  - Álcool
  - Metais pesados
  - Medicações (anticolinérgicos em idosos)
- Infecções do SNC
  - Encefalite
- Lesões intracranianas
  - TCE
  - Lesões agudas (parietal, occipital bilateral, talâmica e frontal mesial)
  - Hematoma subdural
  - Abcesso cerebral
- Encefalopatia hipertensiva
- Psiquiátricas
  - Mania
  - Esquizofrenia
  - Depressão
- Outros

Algoritmo – Estado Confusional Agudo

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4218

História
Antecedentes médicos
Suporte básico de vida
Sinais vitais
Exame físico completo
Vias aéreas pérvias
Acesso venoso (2 vias)
Escala de Glasgow

Medidas Iniciais

Glicose 50% 25 a 50mg EV
Tiamina 100mg EV
0_2 sob cateter via nasal 2/min
Monitorizar E.C.G
Hemograma, glicemia, eletrólitos
Screening para intoxicação e etanol
Gasometria arterial
Radiografia de Tórax
Tomografia computadorizada do crânio
Acionar neurologista.

Contato Verbal

↓

Contenção física (se necessário)

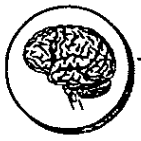
↓

História ex. físico e Medidas iniciais

Agitado
Estabelecido o diagnóstico

Drogas Utilizadas na Fase Aguda

	Dose	Indicação	Observações
Meperidina	10-30mg IV	Agitação/dor	Depressão respiratória
Naloxone	0,4-0,8mg IV	Usuários de narcóticos	
Diazepam	10-40mg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos, demenciados e acometidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal
Haloperidol	5-10mg IM 1-5mg IV (repetir 30/30min até 40mg SN)	Agitados, violentos e TCE	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna
Clorpromazina	25-50mg IM (máx. 200mg/dia em 4 aplicações) 50-200mg VO (máx. 800mg/dia em 4 tomadas)	Psicóticos, agressivos	- Diminui limiar epiléptico - Efeitos extrapiramidais (contra-indicado em doença de Parkinson) - Risco de síndrome neuroléptica maligna - Efeito cardiovascular
Midazolam	0,15-0,2mg/kg IV	Irritados, impulsivos e abstinência alcoólica	- Evitar em idosos e demenciados e acometidos por encefalopatia hepática - Depressão respiratória - Efeito paradoxal - Taquifilaxia



Atendimento ao Paciente com História de Síncope na Unidade de Emergência

SECRETARIA GERAL/SES
FLS Nº 4219
FUNC.

1- Considerações gerais
2- Anamnese
3- Exame físico
4- Exames de rotina
5- Algoritmo

1- Considerações gerais

A síncope se caracteriza por uma breve perda da consciência, decorrente de redução súbita e temporária do fluxo sangüíneo cerebral e do tônus muscular. É comum em crianças e idosos. O espectro etiológico é amplo e varia desde as psicogênicas até graves como hemorragia subaracnóidea, choque cardiogênico (ex. no IAM) e insuficiência do sistema vertebrobasilar. O diagnóstico diferencial com crises epilépticas, AIT, disautonomia primária ou adquirida e síncope neurocardiogênica implica em uma avaliação neurológica detalhada na unidade de emergência.

2- Anamnese

História clínica – questionar: tonturas, antecedentes de síncope, diplopia, hemianopsia, cefaléia, jejum prolongado, palpitações, periodicidade das crises, pródromos, fatores desencadeantes (ambiente fechado, impacto com a visão de sangue, *stress*, mudança de decúbito, hemorragia, ansiedade, dor, micção, tosse, vômitos), fenômenos motores e neurovegetativos (sudorese, palidez, taquicardia) durante a síncope, tempo de recuperação e estado geral após a sincope; doenças prévias: cardiopatia, diabetes, hipertensão arterial e seu tratamento, uso de drogas (neurofármacos).

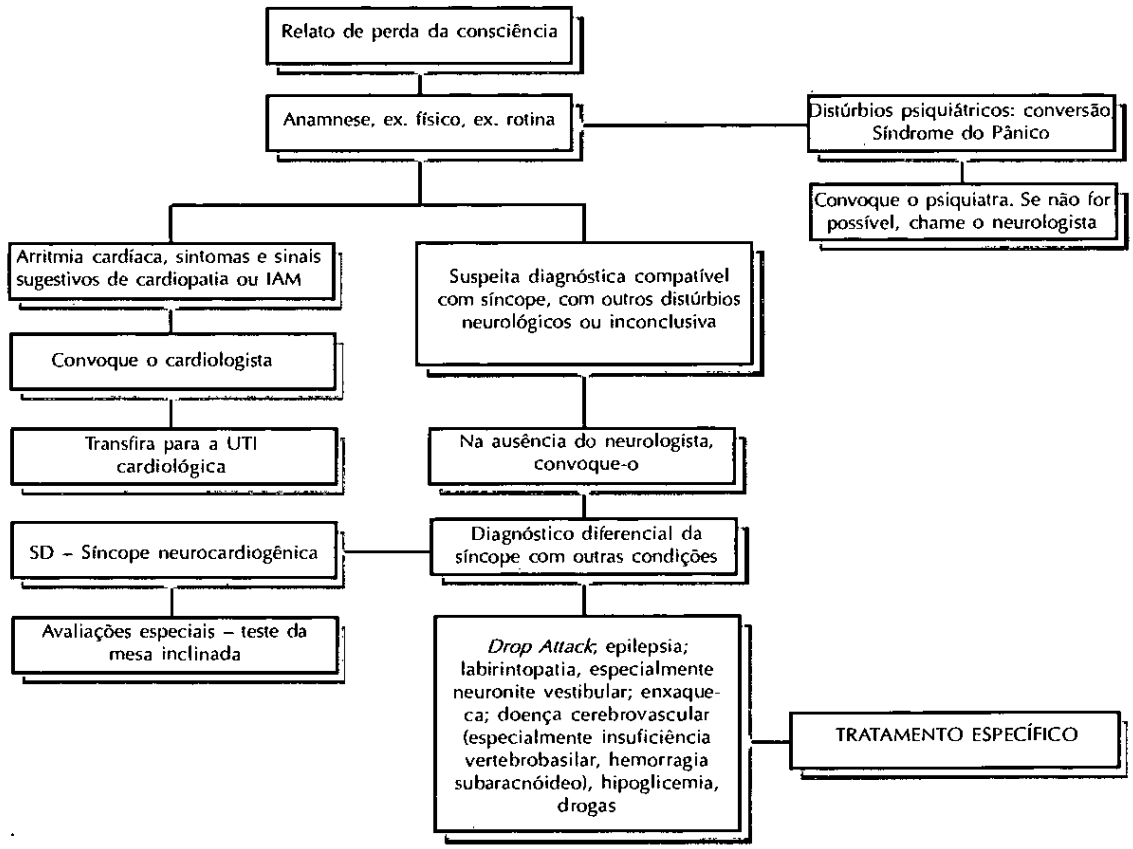
3- Exame físico

Avaliação de dados vitais (aferir tensão arterial em ambos membros superiores em decúbito e ortostase); sinais de trauma; disfunções neurovegetativas; exame neurológico.

4- Exames de rotina

Hemograma; glicemia; eletrólitos; CK; CKMB; LDH; ECG; EEG, rad. do Tórax.

5 - Algoritmo do Atendimento do Paciente com Síncope



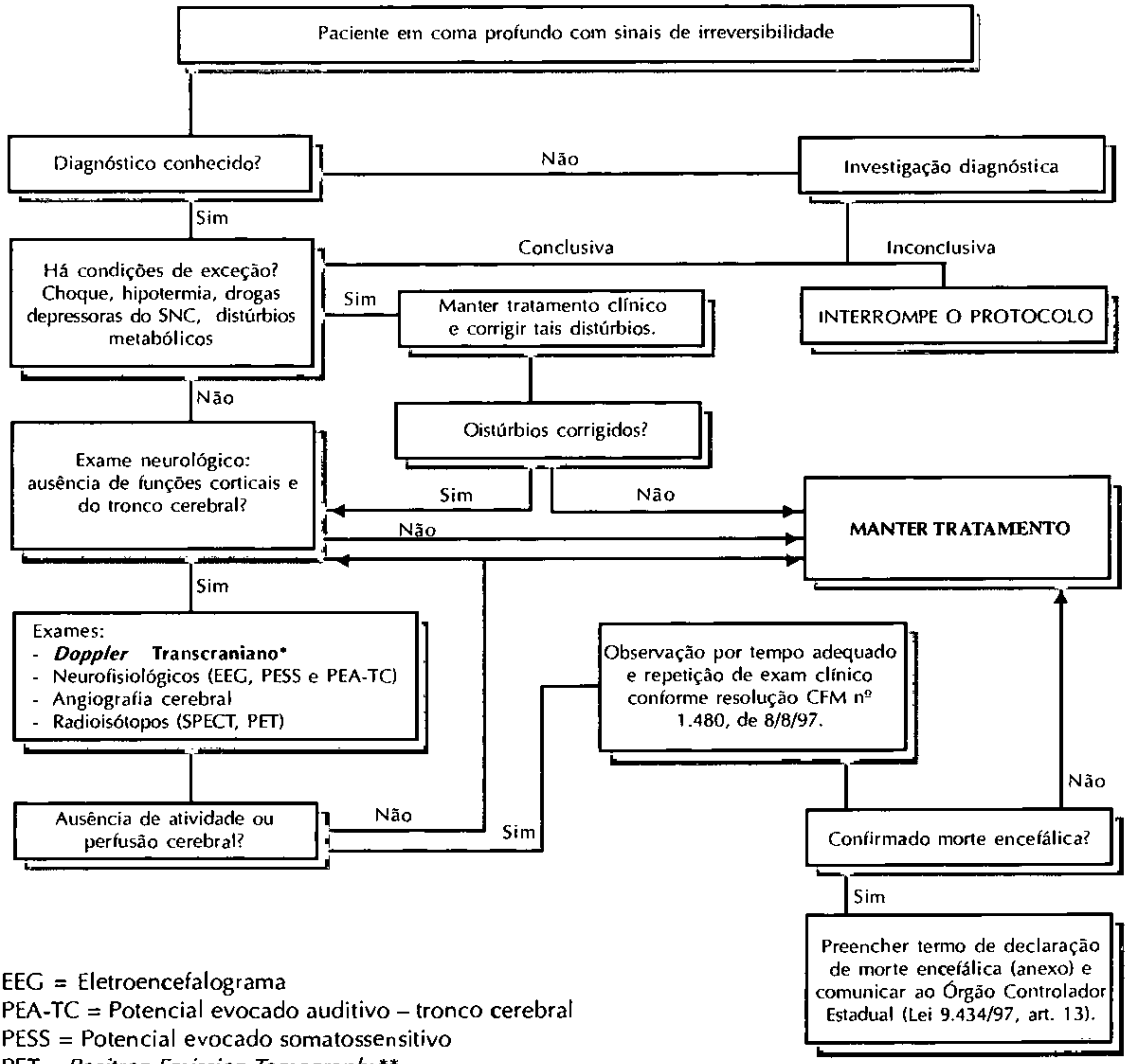
Protocolo para Diagnóstico de Morte Encefálica

SECRETARIA GERAL / SES
FLS Nº 4221

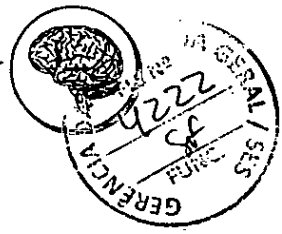
1- Algoritmo

2- Termo de Declaração de Morte Encefálica

1- Algoritmo para diagnóstico de morte encefálica



EEG = Eletroencefalograma
PEA-TC = Potencial evocado auditivo – tronco cerebral
PESS = Potencial evocado somatossensitivo
PET = *Positron Emission Tomography***
SPECT = *Single Photon Emission Computer Tomography****
* No HSR, o método mais adequado no momento é o *Doppler* transcraniano.
** Tomografia por emissão de pósitrons.
*** Tomografia computadorizada por emissão de fóton único.



Protocolo de Morte Encefálica

ANEXO
IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
TERMO DE DECLARAÇÃO DE MORTE ENCEFÁLICA
(Res. CFM nº 1.480, de 8/8/97)

Nome: _____
Pai: _____
Mãe: _____
Idade: _____ anos _____ meses _____ dias Data de Nascimento _____
Sexo: M F Raça: A B N Registro Hospitalar: _____

a. Causa do Coma:

a.1. Causa do coma
a.2. Causas do coma que devem ser excluídas durante o exame
a) Hipotermia Sim ( ) Não ( )
b) Uso de drogas depressoras do sistema nervoso central Sim ( ) Não ( )
Se a resposta for sim a qualquer um dos itens, interrompe-se o protocolo

b. Exame Neurológico

Atenção: verificar o intervalo mínimo exigível entre as avaliações clínicas, constantes da tabela abaixo:

Idade	**Intervalo**
7 dias a 2 meses incompletos	48 horas
2 meses a 1 ano incompleto	24 horas
1 ano a 2 anos incompletos	12 horas
Acima de 2 anos	06 horas

(Ao efetuar o exame, assinalar uma das duas opções SIM/NÃO. Obrigatoriamente, para todos os itens abaixo)

Elementos do exame neurológico	Resultados	
	1º exame	2º exame
Coma apreceptivo	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Pupilas fixas e arreativas	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexo cómeo-palpebral	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexos oculocefálicos	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de respostas às provas calóricas	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Ausência de reflexo de tosse	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
Apnéia	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não

c. Assinaturas dos Exames Clínicos

(Os exames devems ser realizados por profissionais diferentes, que não poderão ser integrantes da equipe de remoção e transplante.

1 – Primeiro Exame

Data: _____ Hora: _____
Nome do Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____
End.: _____
Assinatura: _____

2 – Segundo Exame

Data: _____ Hora: _____
Nome do Médico: _____
CRM: _____ Fone: _____
End.: _____
Assinatura: _____

d. Exame Complementar

Indicar o exame realizado e anexar laudo com indentificação do médico responsável.

1. Angiografia cerebral	2. Cintilografia radioisotópica	3. *Doppler* transcraniano	4. Monitorização da pressão intracraniana	5. Tomografia computadorizada com xenônio
6. Tomografia por emissão de fóton único	7. EEG	B. Tomografia por emissão de pósitrons	9. Extração cerebral de oxigênio	10. Outros (citar)

SECRETARIA GERAL DA GERÊNCIA
FLS Nº 4223
FUNEC SES

e. Observações:

1 Interessa, para o diagnóstico de morte encefálica, exclusivamente a arreatividade supra-espinal. Conseqüentemente, não afasta este diagnóstico a presença de sinais de reatividade infra-espinal (atividade reflexa medular) tais como: reflexos osteotendinosos ("reflexos profundos"), cutâneo-abdominais, cutâneo-plantar em flexão ou extensão, cremastérico superficial ou profundo, ereção peniana reflexa, arrepio, reflexos reflexores de retirada dos membros inferiores ou superiores, reflexo tônico cervical.

2 Certificar-se de que não há obstrução do canal auditivo por cerúmem ou qualquer outra condição que dificulte ou impeça a correta realização do exame.

2.2 Usar 50ml de líquido (soro fisiológico, água, etc.) próximo de 0 grau Celsius em cada ouvido.

2.3 Manter a cabeça elevada em 30 (trinta) graus durante a prova.

2.4 Constatar a ausência de movimentos oculares.

3 Teste da apnéia – no doente em coma, o nível sensorial de estímulos para desencadear a respiração é alto, necessitando-se da pCO_2 de até 55mmHg, fenômeno que pode determinar um tempo de vários minutos entre a desconexão do respirador e o aparecimento dos movimentos respiratórios, caso a região pontobulbar ainda esteja integrada. A provada epnéia é realizada de acordo com o seguinte protocolo:

3.1 Ventilar o paciente com 02 de 100% por 10 minutos.

3.2 Desconectar o ventilador.

3.3 Instalar cateter traqueal de oxigênio com fluxo de 6 litros por minuto.

3.4 Observar se aparecem movimentos respiratorios por 10 minutos ou até quando o pCO2 atingir 55 mmHg.

4 Exame complementar. Este exame clínico deve estar acompanhado de um exame complementar que demonstre inequivocadamente a ausência de circulação sangüínea intracraniana ou atividade elétrica cerebral, ou atividade metabólica cerebral. Observar o disposto abaixo (itens 5 e 6) com relação ao tipo de exame e faixa etária.

5 Em pacientes com dois anos ou mais – 1 exame complementar entre os abaixos mensionados:

5.1 Atividade circulatória cerebral: angiografia, cintilografia radioisotópica, *doppler* transcraniano, monitorização da pressão intracraniana, tomografia computadorizada com xenônio, SPECT.

5.2 Atividade elétrica: eletroencefalograma.

5.3 Atividade metabólica: PET, extração cerebral de oxigênio.

6 Para pacientes abaixo de 2 anos:

6.1 De 1 ano a 2 anos incompletos: dois eletroencefalogramas com intervalo de 12 horas.

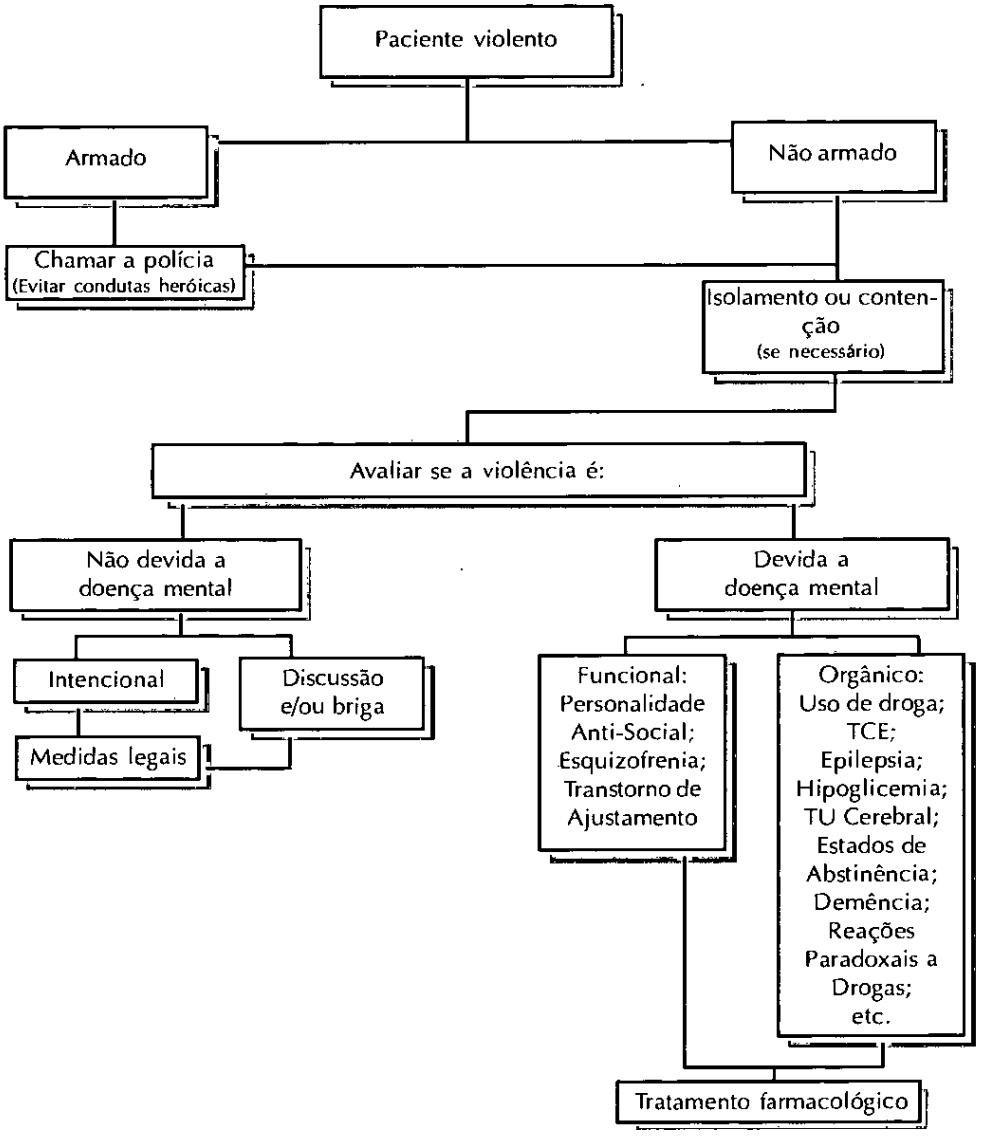
6.2 De 2 meses de idade a 1 ano incompleto: dois eletroencefalogramas com intervalo de 24 horas.

6.3 De 7 dias a 2 meses de idade (incompletos): dois eletroencefalogramas com intervalo de 48h.

7 Uma vez constatada a morte encefálica, cópia deste termo de declaração deve obrigatoriamente ser enviada ao órgão controlador estadual (Lei 9.434/97, art. 13).

Emergências Psiquiátricas

Avaliação do Paciente Violento



SECRETARIA DA SAÚDE GERAL/SES
FLS Nº 4225
FOLHA

PACIENTE VIOLENTO

- Paciente com pensamentos homicidas, fantasias de violência, tortura e mutilação
- Pacientes que dizem estar com muita raiva, impulsos coléricos
- Fisicamente agitado, psicótico, encolerizado, paranóide, intoxicado ou delirante, voz alta, estridente ou gritada, comentários pejorativos, difamatórios ou sexualmente agressivos (considerar qualquer ameaça feita pelo paciente)
- Indicadores não verbais: olhos arregalados, comportamento exigente e tenso, postura inclinada para frente e em estado de hipervigilância
- História conhecida de atos violentos, baixa auto-estima ou paranóia
- Pacientes de maior risco: sexo masculino entre 14-24 anos, baixo nível educacional, história de abuso de drogas, violência familiar, registro de detenções, história recente de vários empregos.

Obs.: suspeitando de violência iminente ou estando o paciente agitado, considerar necessidade da presença de um segurança, da realização da entrevista com outra pessoa presente ou com a porta aberta e com os membros da equipe claramente visíveis.
Não permitir que os pacientes andem pelos corredores ou sejam deixados sozinhos em uma sala, quando agitados ou muito irritados.

CONTENÇÃO FÍSICA – PACIENTE INTENSAMENTE AGITADO

- Tentar contenção voluntária; pedir para deitar e explicar o propósito da contenção, não atendendo, não barganhar com o paciente;
- Utillizar cinco pessoas: uma para cada membro e uma para a cabeça;
- Após contenção, supervisão a cada 15 minutos e tentativa de falar com o paciente a cada 2 horas;
- Nova entrevista médica após contenção;
- Decidir pelo uso ou não de medicamentos (a contenção pode resultar em melhora da agitação sem uso de medicamento).

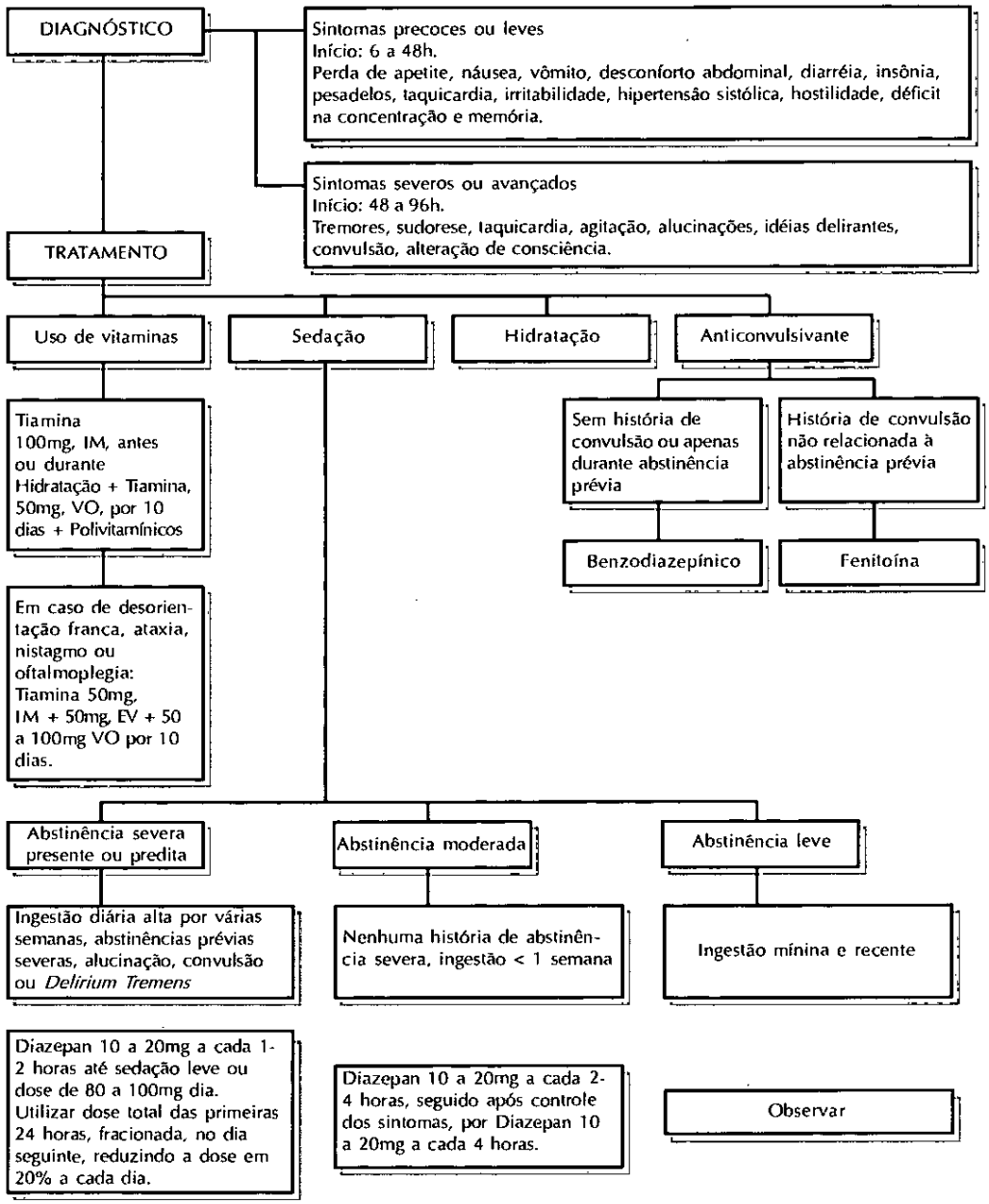
MANEJO FARMACOLÓGICO

- Haldol, 05mg, im, a cada duas horas, associado ou não a Diazepan (como pontencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas.

- O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (amplictil), 10mg, ev, a cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).

- Em paciente idoso com causa orgânica para a agitação: Haldol, 01 a 05mg ao dia (podendo chegar a doses habituais de 10 a 15mg ao dia, em alguns casos).

Tratamento de Abstinência Alcóolica



Obs.: 1. Lorazepan poderá ser usado no caso de cirrose, na dose de 02 a 04mg a cada 1-2 horas, até sedação leve;

2. Se houver reação adversa ao Benzodiazepínico, usar Fenobarbital como substituto (100-200mg a cada 1-2 horas, até sedação leve);

3. Observar a possibilidade de outra droga associada;

4. Se o paciente tem história de convulsão durante abstinência, reduzir o benzodizepínico de forma mais lenta.

Avaliação do Paciente com Risco de Suicídio

Escala Sad Persons (Paterson, 1983)

Sexo	1 se masc.; 0 se fem.
Idade	1 se < 19 anos ou > 45 anos
Depressão	1 se presente
Tentativa anterior	1 se presente
Abuso de álcool	1 se presente
Perda do pensamento racional	1 se paciente psicótico
Perda do apoio social	1 se presente (principalmente perda recente)
Plano organizado de suicídio	1 se presente e método letal
Não casado	1 se divorciado, viúvo, separado ou solteiro
Doença	1 se doença crônica, debilitante e severa

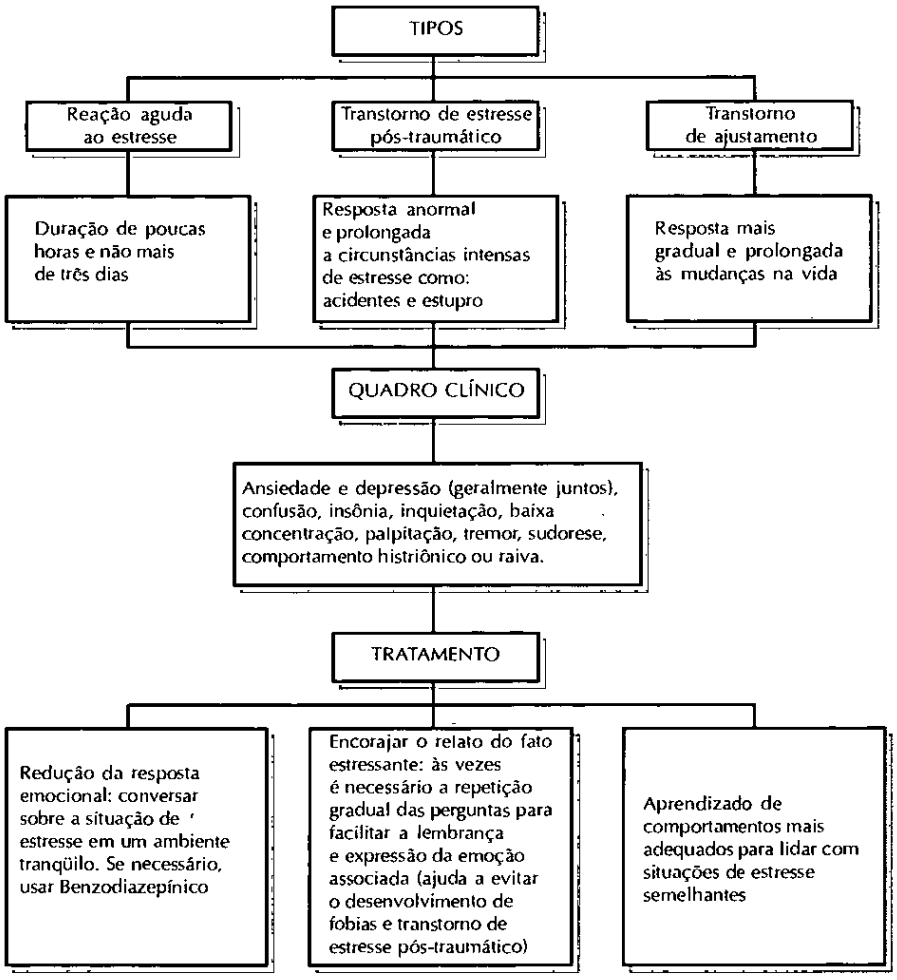
Utilização da escala (Paterson, 1983)

Total	
0 a 2	Não hospitalizar, acompanhamento ambulatorial
3 a 4	Acompanhamento estreito, considerar hospitalização
5 a 6	Hospitalização deve ser fortemente considerada
7 a 10	Hospitalização

FATORES PREDITORES DE SUICÍDIO APÓS TENTATIVA DE SUICÍDIO:

Evidência de intenção séria; transtorno depressivo; abuso de álcool e outras drogas; tentativas de suicídio prévia; isolamento social; idoso (mulher apenas), sexo masculino e sentimento de falta de esperança.

Reação a Experiências Estressoras



GERAL / SES
4228
FUNC.
GERÊNCIA

SECRETARIA GERAL / SES
GERÊNCIA DA
FLS Nº 4229
FUNC.

Abordagem Psicológica do Paciente Terminal

Solicitação da família para não informar ao paciente sobre sua doença

Conduta: avaliar motivo da solicitação pela família, valorizando sua razão e a possibilidade dela estar correta. Solicitar entrevista com o paciente, sem intenção de revelar o diagnóstico, para sondar o nível do conhecimento do paciente sobre sua patologia. Caso o paciente saiba e questione o médico, relatar a verdade, dentro do limite de conhecimento desejado pelo paciente e conciliá-lo com a família.

Informação do diagnóstico ao paciente terminal

Conduta: sentar em local privativo com o paciente (permanecer em pé sugere pressa e dificuldade em lidar com a situação). Solicitar a presença de familiar ou amigo para ajudar na adaptação psicológica do paciente.Avaliar o quanto de informação o paciente deseja, observando sua reação ao anúncio da seriedade do seu estado ou relatar ao paciente que após o término dos exames voltará a se reunir com ele para informá-lo sobre seu quadro. Se o paciente expressar o desejo de não saber mais nada finalizar com uma colocação da conduta a ser realizada, utilizando-se de um eufemismo do tipo "será retirada uma massa do seu abdome". Caso deseje mais informações, fornecê-las de forma gradual, observando até que ponto o paciente deseja saber (isto também ajuda a uma adaptação psicológica progressiva). Se o diagnóstico for sugerido ou solicitado de forma direta pelo paciente, responder de forma breve, descrevendo o problema de forma a dar tempo ao paciente de expressar seus sentimentos.Assegurar a continuidade do atendimento e dos cuidados médicos.

Evitar táticas de distanciamento do tipo:

Normalização: o desconforto ou sofrimento do paciente é explicado como inevitável e normal naquela situação (prefira perguntar pela razão do sofrimento);

Apoio prematuro: logo após o paciente manifestar sua preocupação, mostrar uma solução positiva (interromper o diálogo, evitando que o paciente expresse seus sentimentos);

Informações prematuras: interrompem o diálogo evitando o aprofundamento da relação médico-paciente durante a entrevista;

Mudança de assunto durante abordagem de questões problemáticas para o paciente;

Oferecer falsas esperanças;

Minimizar a situação de sofrimento;

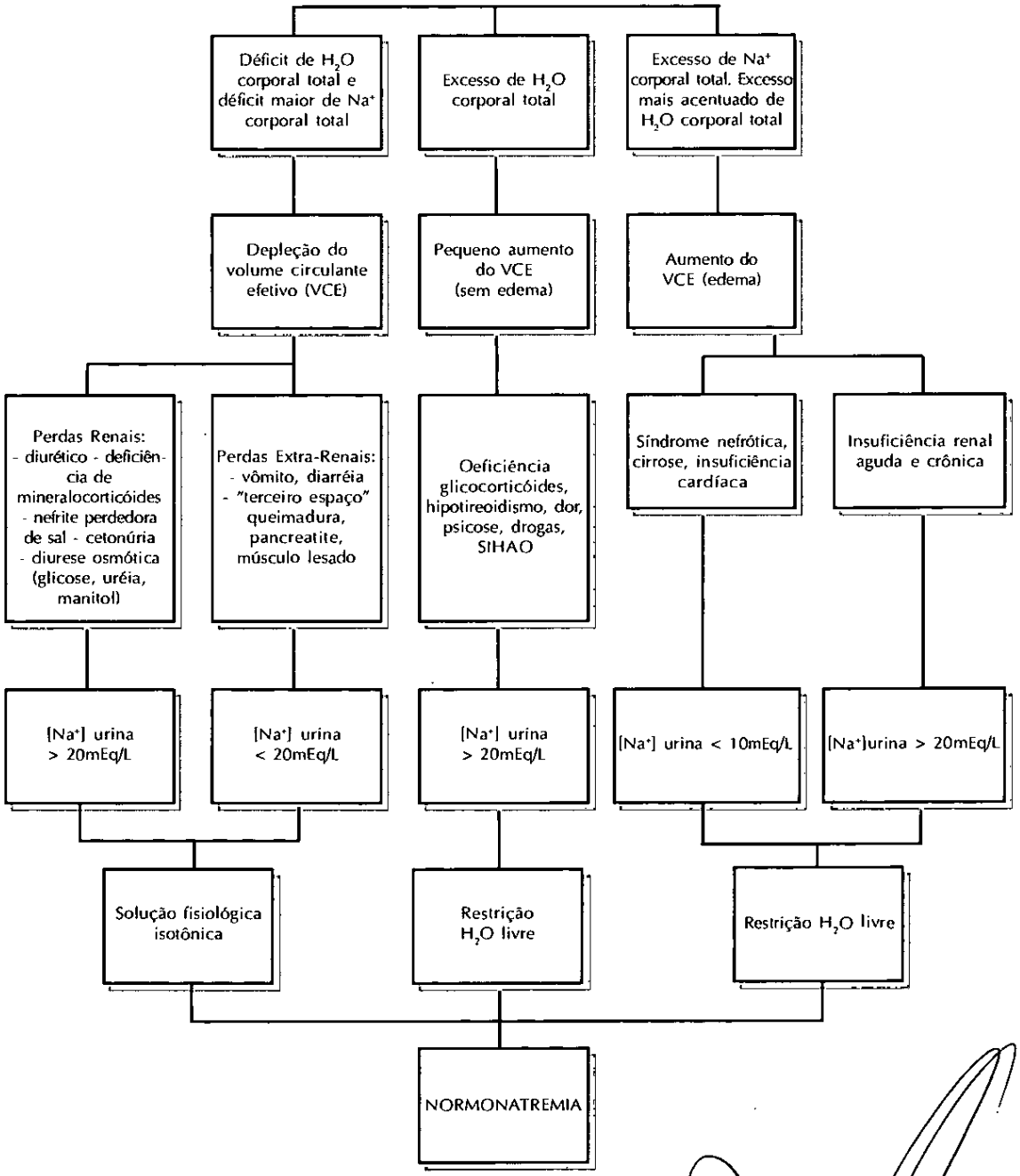
Modificação do protocolo para avaliação do paciente violento;

Manejo farmacológico;

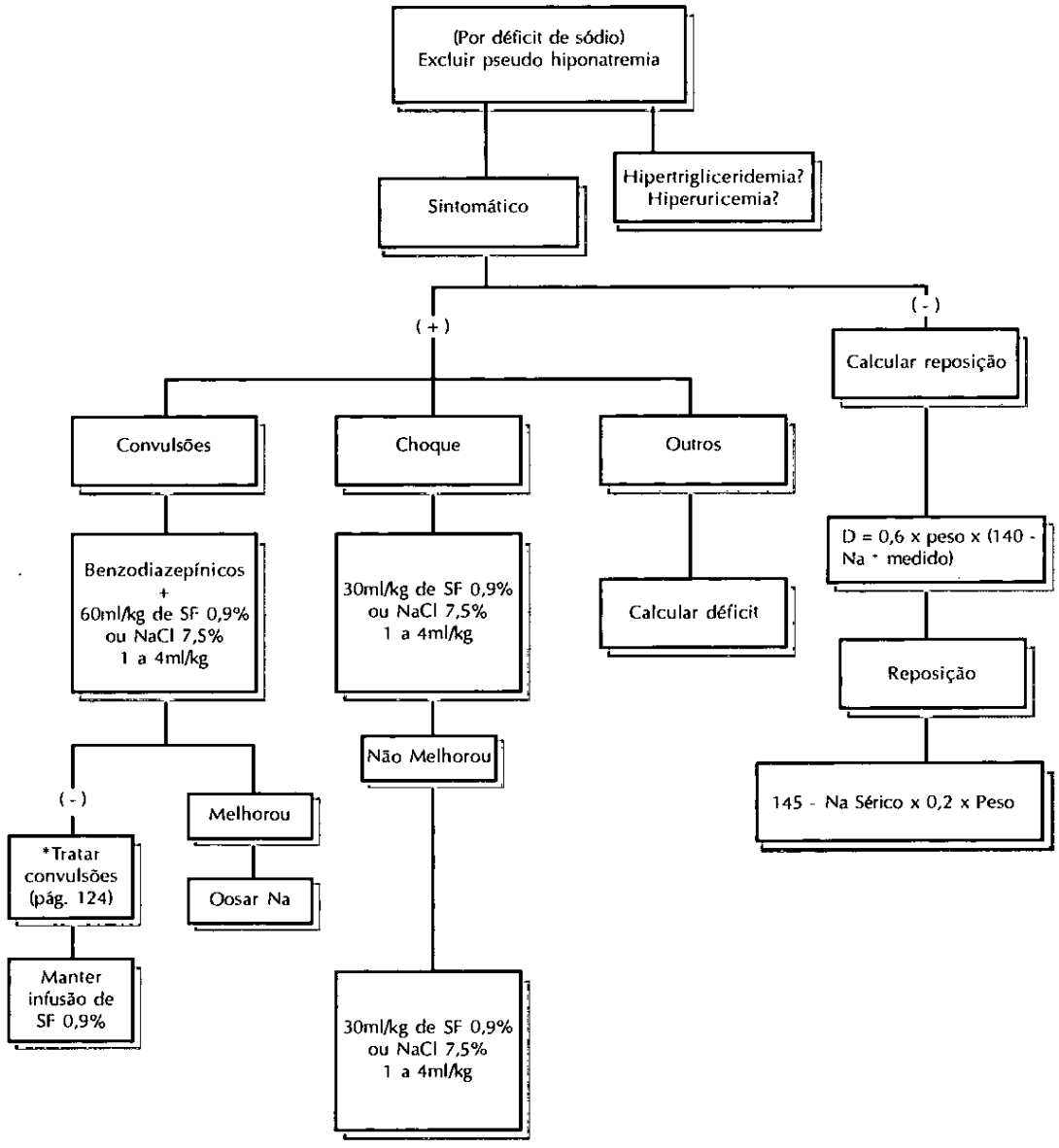
Haldol, 05mg, ev, a cada duas horas, associado ou não ao Diazepan (como potencializador do efeito do Haloperidol), 05 a 10mg, ev, a cada duas horas. O Haloperidol pode ser substituído pela Clorpromazina (amplictil), 10mg , ev, cada 1 hora (risco de hipotensão e diminuição do limiar convulsivo).

Distúrbios Hidroeletrolíticos

Hiponatremia - I



Hiponatremia - II

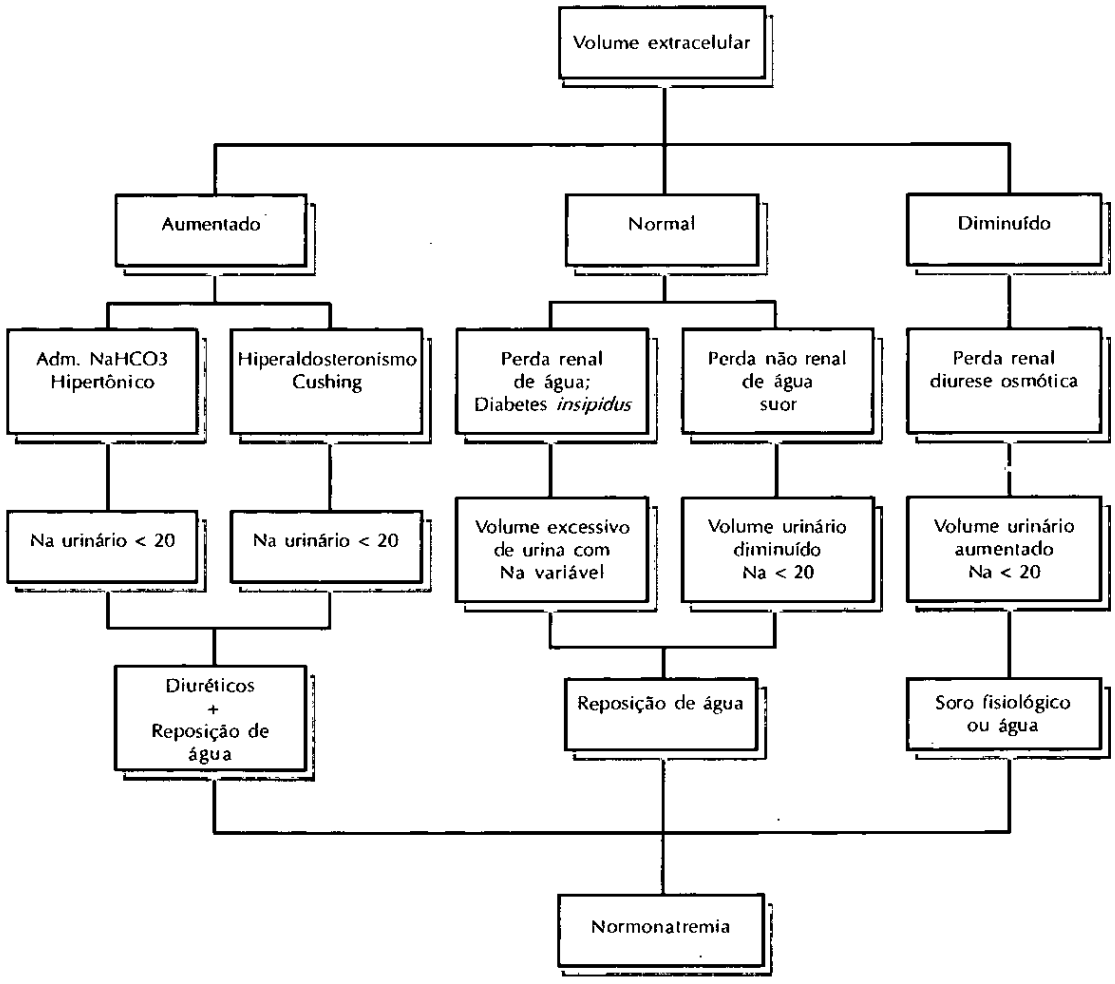


• Programar para não ultrapassar, na reposição, 1mEq/h no nível sérico sódio ou 10 mEq/dia ou não exceder 130 mEq/l nas primeiras 48 horas.
• O tempo da reposição depende da duração da perda.

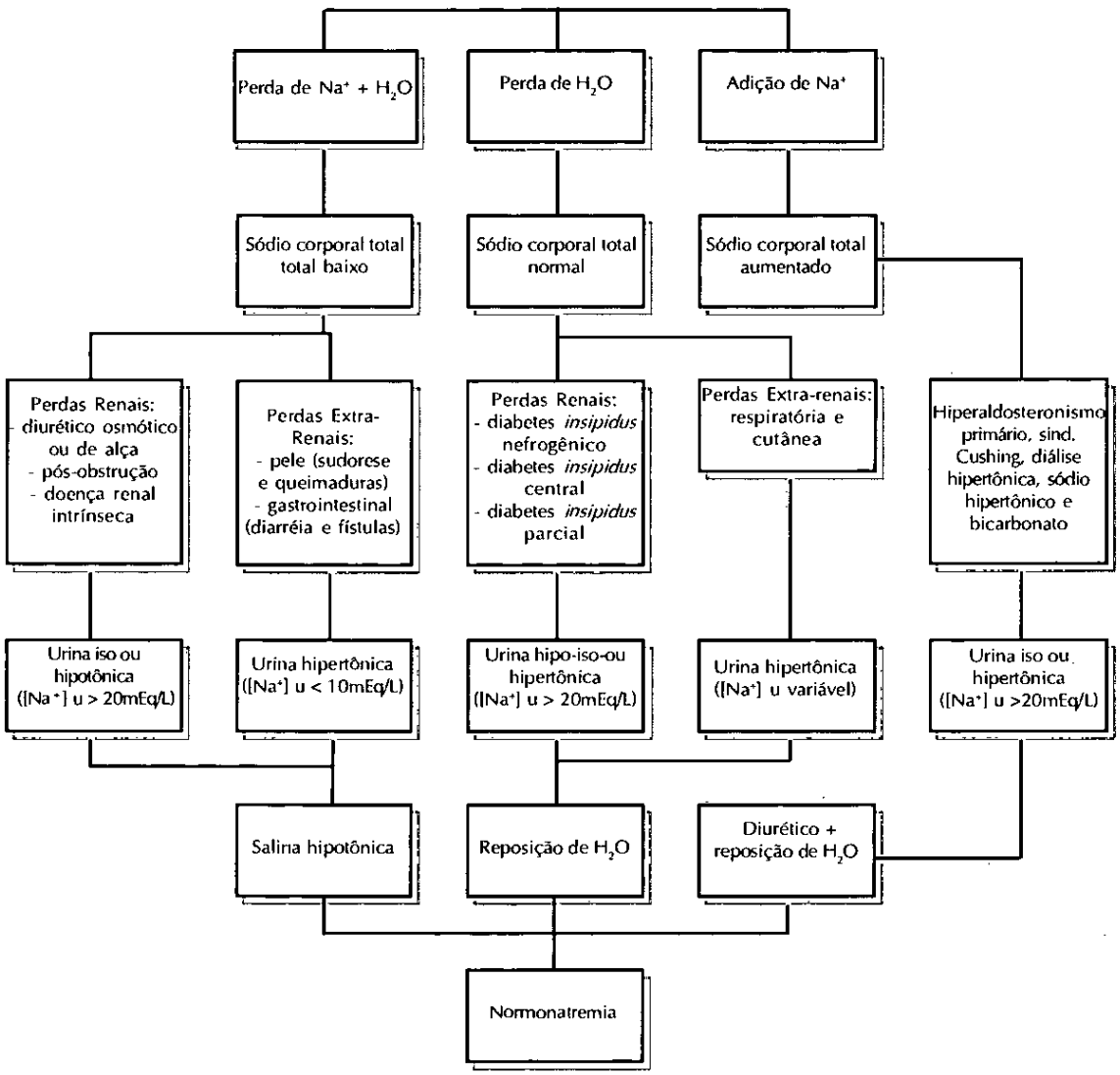
(+) Sim
(-) Não

(*) Semelhante ao tratamento do Estado de Mal Epilético (EMe) pág. 124.

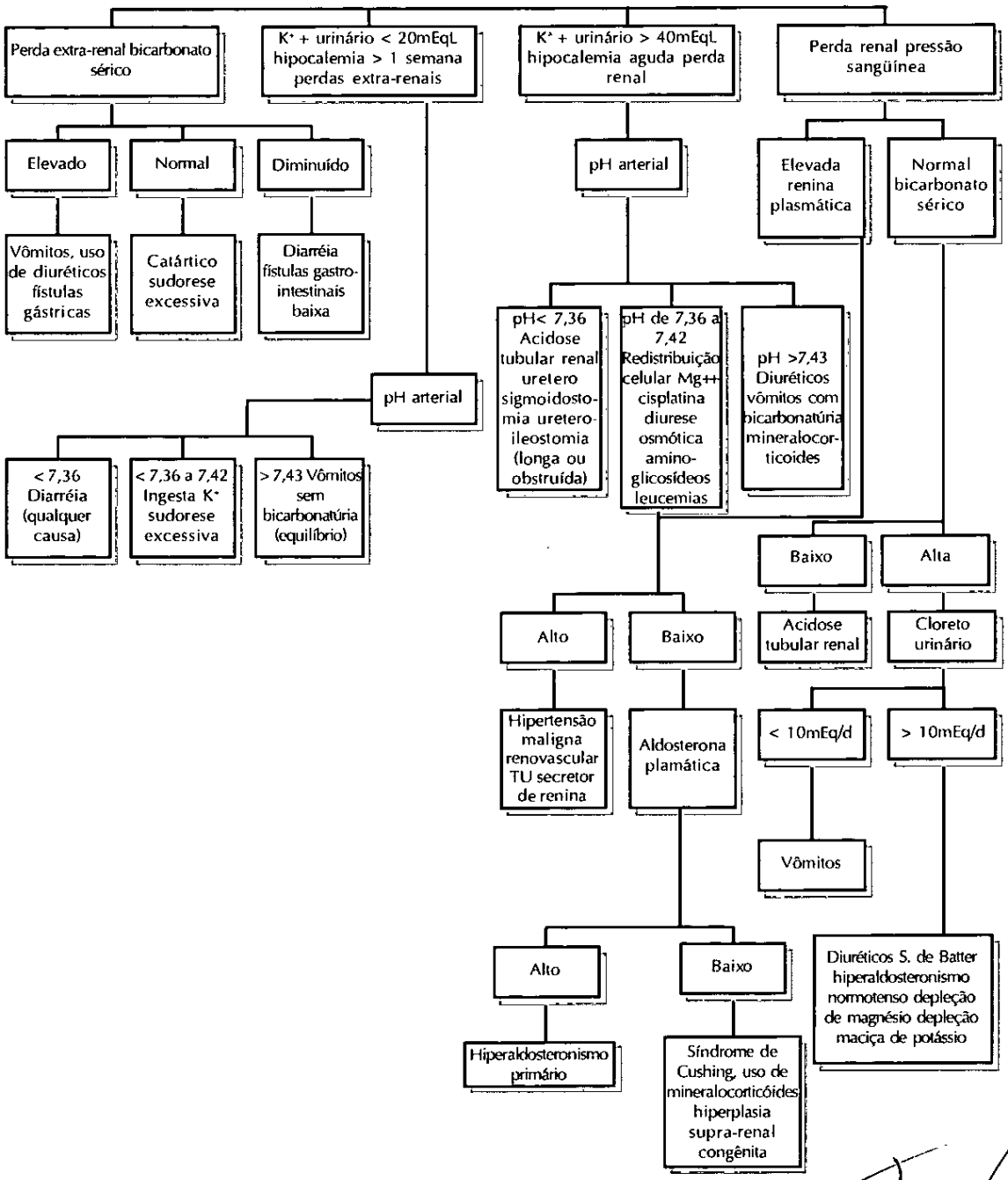
Hipernatremia - I



Hipernatremia - II



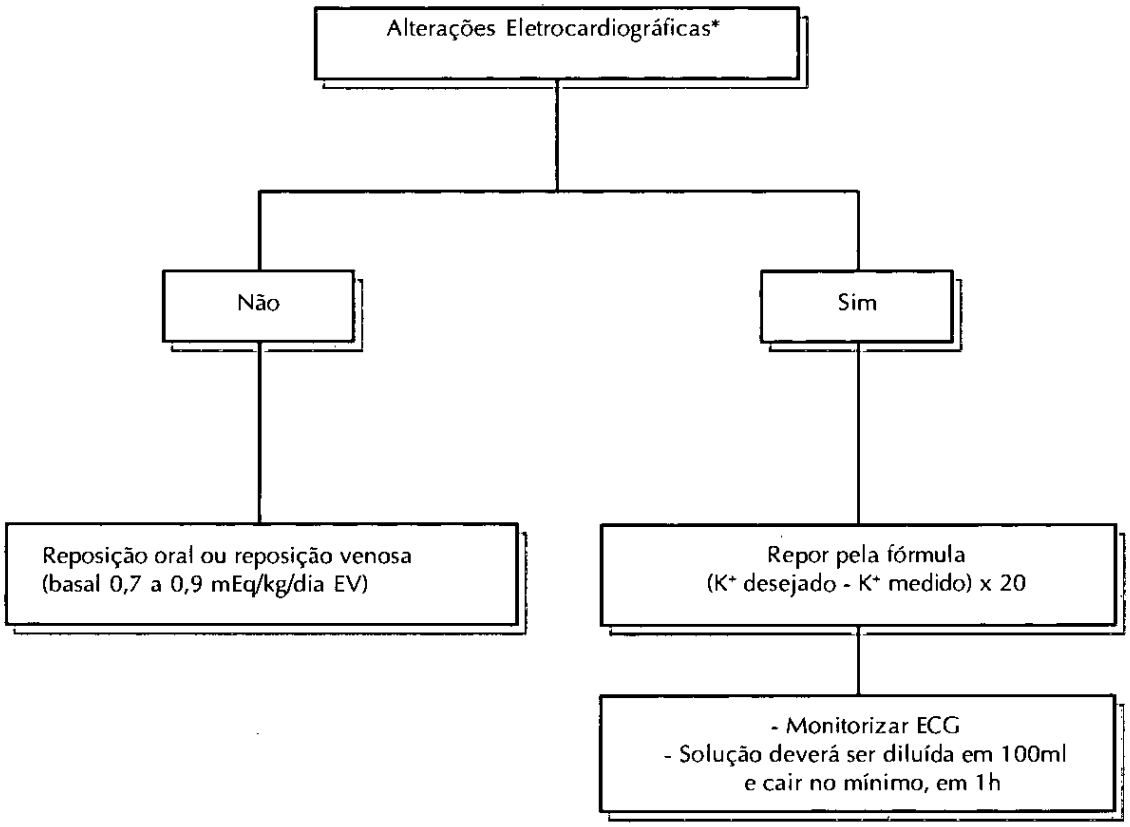
Hipocalemia - I



GERÊNCIA DA SEC. FLS Nº 4234 FUNC.

Hipocalemia - II

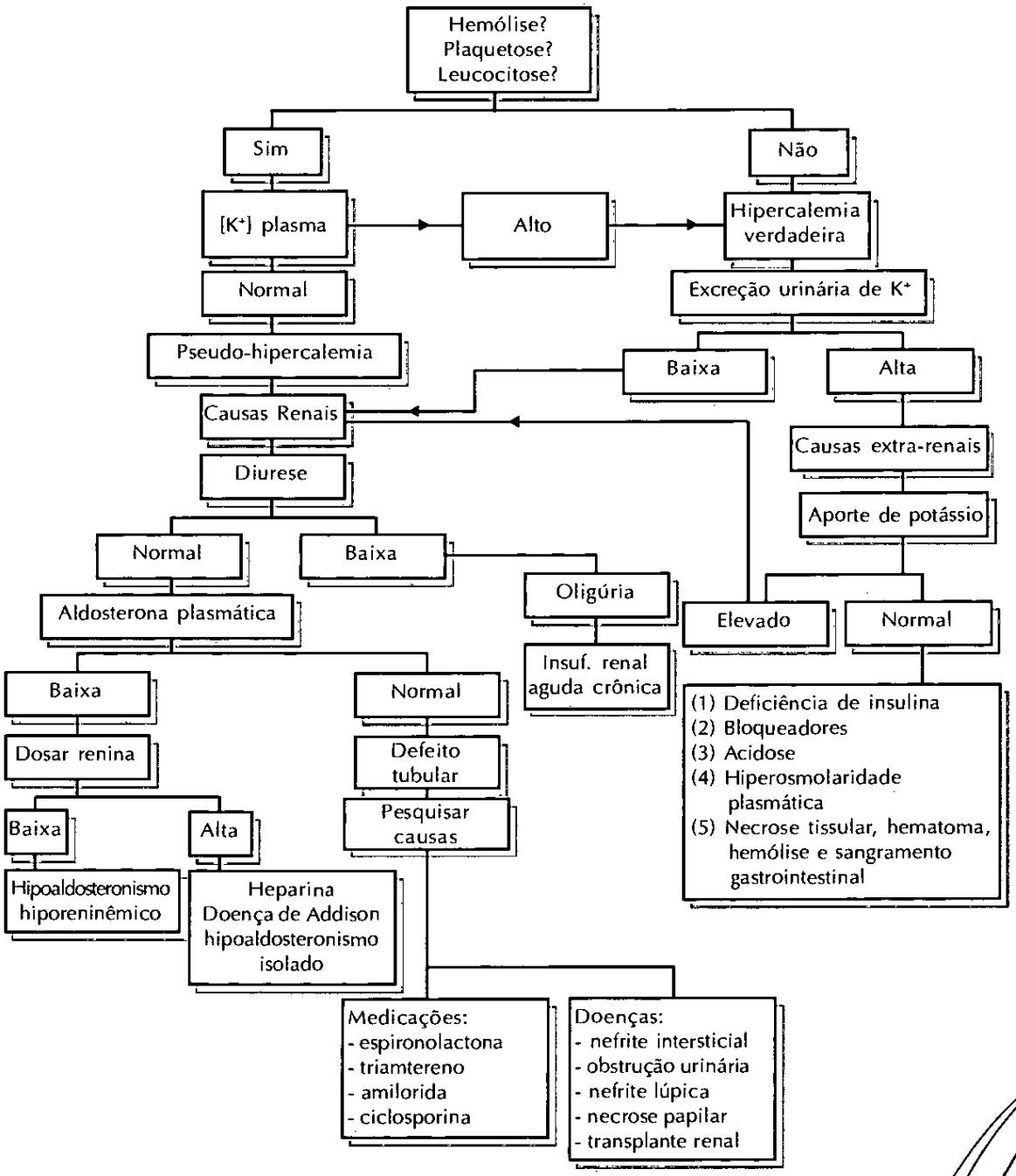
GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4235
FUNC.



ALTERAÇÕES ST:

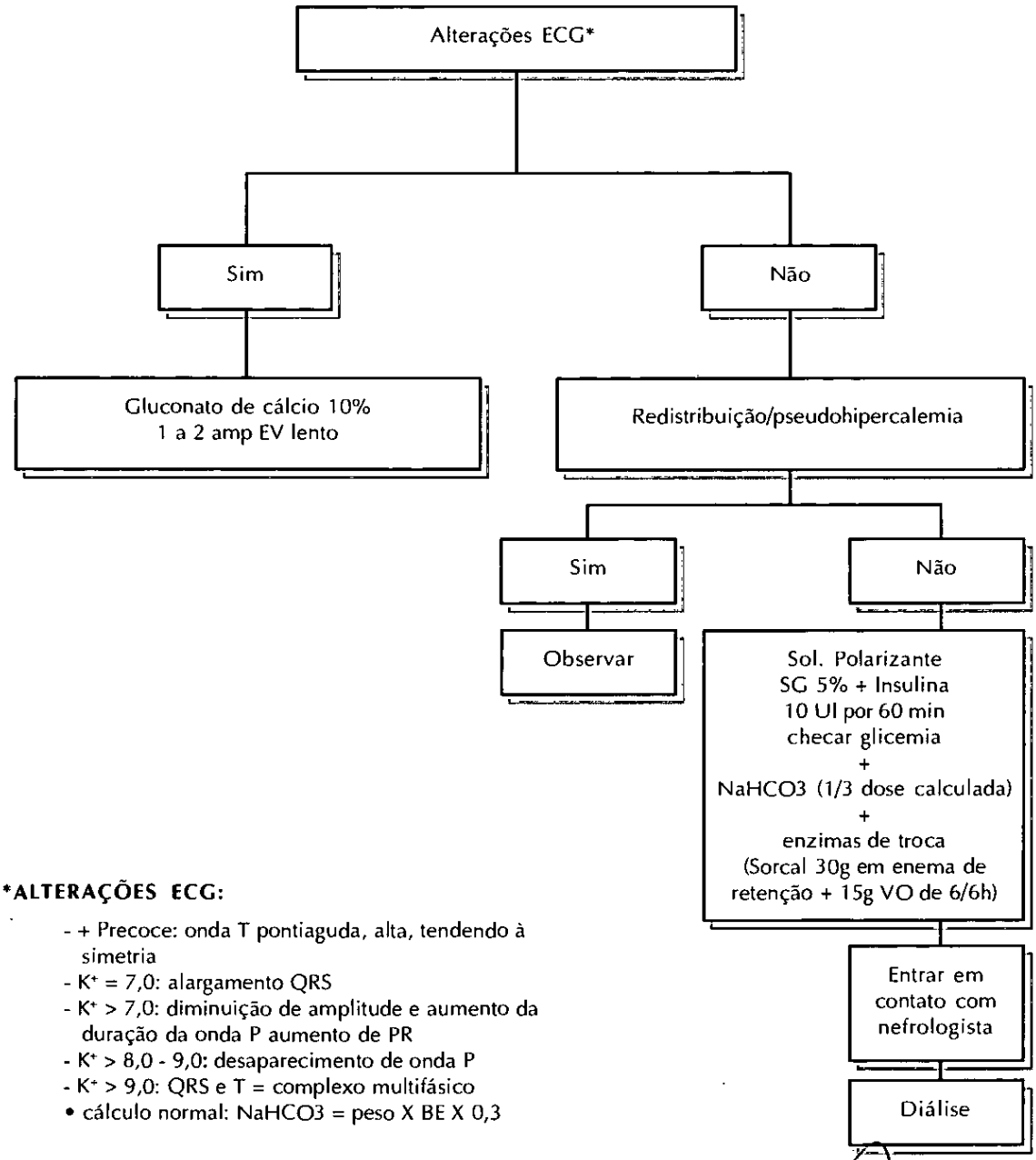
- infradesnivelamento ST
- onda T com duração acentuada
- onda U proeminente
- BAV I - II grau
- arritmias

Hipercalemia - I



GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4236
FUNC

Hipercalemia - II



***ALTERAÇÕES ECG:**

- + Precoce: onda T pontiaguda, alta, tendendo à simetria
- K^+ = 7,0: alargamento QRS
- K^+ > 7,0: diminuição de amplitude e aumento da duração da onda P aumento de PR
- K^+ > 8,0 - 9,0: desaparecimento de onda P
- K^+ > 9,0: QRS e T = complexo multifásico

• cálculo normal: NaHCO3 = peso X BE X 0,3

Hipercalemia - III

Tratamento	Indicação	Dose	Início de ação	Duração	Efeito no K^+ plasmático	Efeito no K^+ corporal total	Mecanismo de ação	Observações
Gluconato de cálcio	Hipercalemia severa com alterações no ECG	10ml da solução a 10% EV em 2 a 3 minutos	1 a 5 minutos	30 minutos	Nenhum	Nenhum	Reduz o limiar do potencial de ação e antagoniza a toxidade neuromuscular e cardíaca da hipercalemia	Ação rápida. Monitorizar ECG. Repetir em 5 minutos se as alterações no ECG persistirem. A associação com digital pode ser perigosa. É utilizado para o tratamento da complicação aguda.
Insulina e glicose	Hipercalemia moderada	5 ou 10U de insulina regular em 50ml de glicose a 50% EV	15 a 45 minutos	4 a 6 horas	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	A glicose é desnecessária se houver hiperglicemia. Se necessário, repetir a insulina a cada 15 min. acompanhada de infusão de glicose.
Bicarbonato de sódio	Hipercalemia moderada	90 mEq (~2amp) EV em 5 minutos	Imediato	Curta	Reduz	Nenhum	Desloca o potássio para dentro das células	Mais efetivo na presença de glicose. Risco de sobrecarga de sódio. Atentar para o risco de tetania hipocalcêmica.
Furosemida	Hipercalemia moderada e creatinina < 3mg%	20 a 40mg (1 a 2amp) EV	15 minutos	4 horas	Reduz	Reduz	Caliurese	Útil em condições de baixa excreção de potássio.
Resina Sorbitol	Hipercalemia moderada	retal: 30g de SORCAL em 200ml de sorbitol 20% enema com retenção de 45min	1 hora	4 a 6 horas	Reduz	Reduz	Remove potássio	Repetir a cada 4 horas. Usar com cautela em pacientes com ins. cardíaca congestiva.
Diálise	Hipercalemia com insuficiência renal		Imediato	Variável	Reduz	Reduz	Remove potássio	A hemodiálise é mais efetiva e também melhora a acidose.

American Heart Association®

GUIDELINES CPR ECC

Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE

Índice

Principais questões enfrentadas por todos os socorristas	1
RCP de adulto por socorrista leigo	3
SBV para profissionais de saúde	5
Terapias elétricas	9
Técnicas e dispositivos de RCP	12
Suporte avançado de vida cardiovascular	13
Síndromes coronárias agudas	17
AVE/AVC	18
Suporte básico de vida em pediatria	18
Suporte avançado de vida em pediatria	20
Ressuscitação neonatal	22
Questões éticas	24
Treinamento, implementação e equipes	25
Primeiros socorros	26
Resumo	28

Editor

Mary Fran Hazinski, RN, MSN

Assistência editorial

Leon Chameides, MD
Robin Hemphill, MD, MPH
Ricardo A. Samson, MD
Stephen M. Schexnayder, MD
Elizabeth Sinz, MD

Colaborador

Brenda Schoolfield

Presidentes e copresidentes do grupo de autores das diretrizes

Michael R. Sayre, MD
Marc D. Berg, MD
Robert A. Berg, MD
Farhan Bhanji, MD
John E. Billi, MD
Clifton W. Callaway, MD, PhD
Diana M. Cave, RN, MSN, CEN
Brett Cucchiara, MD
Jeffrey D. Ferguson, MD, NREMT-P
Robert W. Hickey, MD
Edward C. Jauch, MD, MS
John Kattwinkel, MD
Monica E. Kleinman, MD
Peter J. Kudenchuk, MD
Mark S. Link, MD
Laurie J. Morrison, MD, MSc
Robert W. Neumar, MD, PhD
Robert E. O'Connor, MD, MPH
Mary Ann Peberdy, MD
Jeffrey M. Perlman, MB, ChB
Thomas D. Rea, MD, MPH
Michael Shuster, MD
Andrew H. Travers, MD, MSc
Terry L. Vanden Hoek, MD

Editores da versão em português

Hélio Penna Guimarães, MD, FACP, FAHA
Paulo Carvalho, MD
Barbara Aires Mateus, RN
Juarez Barbisan, MD, PHD
Denis Cristian Toledo Corrêa
Daniel Dewes, MD
Luiz Roberto Braun Filho, MD
Cecília Korb, MD
Lígia Nasi Laranjeira
Patricia Howell Monteiro, MD
Roberto de Moraes Junior, MD
Antonio Claudio Oliveira
Sonia Ferreira de Sousa, RN

© 2010 American Heart Association

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4240
FUNC. 535

Esta publicação com os "Destaques das Diretrizes" resume os principais pontos de discussão e alterações nas Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE). Ela foi desenvolvida para que os profissionais que executam a ressuscitação e os instrutores da AHA possam se concentrar na ciência da ressuscitação e nas recomendações das diretrizes mais importantes ou controversas ou que resultem em mudanças na prática ou no treinamento da ressuscitação. Além disso, explica o raciocínio adotado nas recomendações.

Como esta publicação foi concebida como um resumo, ela não menciona os estudos de apoio publicados e não informa Classes de Recomendações ou Níveis de Evidência. Para obter informações e referências mais detalhadas, incentivam-se a leitura das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE, inclusive o Resumo Executivo[1], publicado on-line na *Circulation* em outubro de 2010, e a consulta ao resumo detalhado da ciência da ressuscitação no Consenso Científico Internacional de 2010 sobre RCP e ACE, com recomendações de tratamento, publicado, simultaneamente, na *Circulation*[2] e na *Resuscitation*.[3]

Este ano marca o 50º aniversário da primeira publicação médica revisada por pares, documentando a sobrevivência após compressão torácica fechada para PCR[4] e os especialistas e profissionais que trabalham com ressuscitação se mantêm dedicados a fim de reduzir morte e incapacitação provocadas por doenças cardiovasculares e AVE/AVC. Pessoas presentes no local, primeiros socorristas e profissionais de saúde desempenham, todos, papéis importantes na aplicação da RCP em vítimas de PCR. Além disso, profissionais especialistas podem fornecer excelentes cuidados peri e pós-PCR.

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE se baseiam em um processo internacional de avaliação de evidências, envolvendo centenas de cientistas e especialistas em ressuscitação de todo o mundo que avaliaram, discutiram e debateram milhares de publicações revisadas por pares. O Quadro 1 contém informações sobre o processo de avaliação de evidências de 2010.

PRINCIPAIS QUESTÕES ENFRENTADAS POR TODOS OS SOCORRISTAS

Esta seção resume as principais questões discutidas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE, principalmente aquelas referentes ao suporte básico de vida (SBV) enfrentadas por todos os socorristas, sejam eles profissionais de saúde ou socorristas leigos. As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE enfatizavam a importância de compressões torácicas de alta qualidade (a uma frequência e profundidade adequadas, permitindo retorno total do tórax após cada compressão e com interrupção mínima nas compressões torácicas). Estudos publicados antes e desde 2005 demonstram que (1) a qualidade das compressões torácicas continua necessitando de melhoria, embora a implementação das Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE tenha sido associada a uma melhor qualidade de RCP e maior sobrevivência; (2) existe uma variação considerável na sobrevivência à PCR extra-hospitalar entre os serviços médicos de emergência/urgência (SME); e (3) a maioria das vítimas de PCR súbita extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de RCP de pessoas presentes no local. As alterações recomendadas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE tentam dar conta dessas questões e, também, fazem recomendações para melhorar o resultado da PCR por meio de uma nova ênfase nos cuidados pós-PCR.

Ênfase permanente em RCP de alta qualidade

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE enfatizam, mais uma vez, a necessidade de uma RCP de alta qualidade, incluindo:

- Frequência de compressão mínima de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto, como era antes).
- Profundidade de compressão mínima de 2 polegadas (5 cm), em adultos, e de, no mínimo, um terço do diâmetro anteroposterior do tórax, em bebês e crianças (aproximadamente, 1,5 polegada [4 cm] em bebês e 2 polegadas [5 cm] em crianças). Observe que a faixa de 1½ a 2 polegadas não é mais usada para adultos, e a profundidade absoluta especificada para crianças e bebês é maior do que nas versões anteriores das Diretrizes da AHA para RCP e ACE.

QUADRO 1

Processo de avaliação de evidências

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE se baseiam em uma ampla revisão da literatura sobre ressuscitação e diversos debates e discussões com especialistas internacionais em ressuscitação e membros do Comitê e Subcomitês de ACE da AHA. O Consenso Internacional ILCOR 2010 sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento, simultaneamente publicado na *Circulation*[2] e *Resuscitation*,[3] resume o consenso internacional que interpretou dezenas de milhares de estudos de ressuscitação revisados por pares. Este processo internacional de avaliação de evidências, ocorrido em 2010, envolveu 356 especialistas em ressuscitação de 29 países, que analisaram, discutiram e debateram a pesquisa em ressuscitação em encontros presenciais, teleconferências e sessões on-line ("webinars") durante um período de 36 meses, incluindo a Conferência do Consenso Internacional 2010 sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento, realizada em Dallas, no estado do Texas, no início de 2010. Especialistas em planilhas produziram 411 revisões de evidências científicas de 277 tópicos em ressuscitação e atendimento cardiovascular de emergência (ACE). O processo incluiu a avaliação estruturada de evidências, análise e catalogação da literatura. Incluiu, também, uma rigorosa divulgação e gestão de possíveis conflitos de interesse. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE contêm as recomendações dos especialistas para a aplicação do Consenso Internacional sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento considerando a eficácia, a facilidade de ensino e aplicação e fatores dos sistemas locais.

- Retorno total do tórax após cada compressão
- Minimização das interrupções nas compressões torácicas
- Evitar excesso de ventilação

Não houve alteração na recomendação referente à relação compressão-ventilação de 30:2 para um único socorrista de adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos). As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE continuam recomendando que as ventilações de resgate sejam aplicadas em, aproximadamente, 1 segundo. Assim que houver uma via aérea avançada colocada, as compressões torácicas poderão ser contínuas (a uma frequência mínima de 100/minuto) e não mais alternadas com ventilações. As ventilações de resgate, então, poderão ser aplicadas à frequência de cerca de uma ventilação a cada 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto). Deve-se evitar ventilação excessiva.

Alteração de A-B-C para C-A-B

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam uma alteração na sequência de procedimentos de SBV de A-B-C (via aérea, respiração, compressões torácicas) para C-A-B (compressões torácicas, via aérea, respiração) em adultos, crianças e bebês (excluindo-se recém-nascidos — consulte a seção Ressuscitação neonatal). Essa alteração fundamental na sequência de RCP exigirá novo treinamento de todos os já treinados em RCP, mas o consenso entre os autores das Diretrizes de 2010 da AHA e os especialistas é de que o benefício valerá o esforço.

Motivo: A vasta maioria das PCRs ocorre em adultos, e as taxas mais altas de sobrevivência à PCR envolvem pacientes de todas as faixas etárias cuja parada/paragem foi presenciada por outras pessoas, com ritmo inicial de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular (TV) sem pulso. Nesses pacientes, os elementos iniciais críticos de SBV são compressões torácicas e a desfibrilação precoce. Na sequência A-B-C, as compressões torácicas, muitas vezes, são retardadas enquanto o socorrista abre a via aérea para aplicar respiração boca a boca, recupera um dispositivo de barreira ou reúne e monta o equipamento de ventilação. Com a alteração da sequência para C-A-B, as compressões torácicas serão iniciadas mais cedo e o atraso na ventilação será mínimo (isto é, somente o tempo necessário para aplicar o primeiro ciclo de 30 compressões torácicas, ou, aproximadamente, 18 segundos; quando dois socorristas estiverem presentes para a ressuscitação do bebê ou da criança, o atraso será ainda menor).

A maioria das vítimas de PCR extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de RCP das pessoas presentes. Existem, provavelmente, muitas razões para isso, mas um empecilho pode ser a sequência A-B-C, que começa com os procedimentos que os socorristas acham mais difíceis, a saber, a abertura da via aérea e a aplicação de ventilações. Começar com compressões torácicas pode encorajar mais socorristas a iniciar a RCP.

O suporte básico de vida, normalmente, é descrito como uma sequência de ações, e isso continua válido para o socorrista que atua sozinho. A maioria dos profissionais de saúde, contudo, trabalha em equipe, cujos membros, geralmente, executam as ações de SBV simultaneamente. Um socorrista, por exemplo, inicia imediatamente as compressões torácicas, enquanto outro socorrista busca um DEA/DAE (desfibrilador automático externo) e chama o serviço de ambulância e um terceiro abre a via aérea e aplica ventilações.

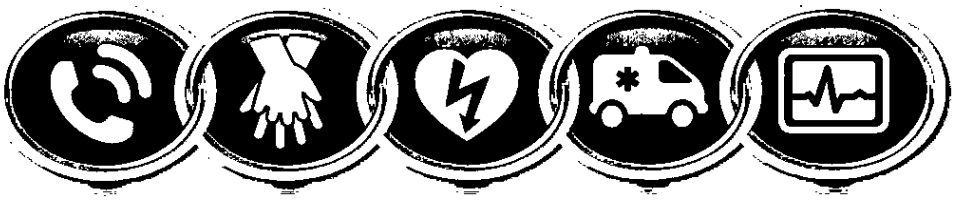
Os profissionais de saúde são, novamente, incentivados a adequar as ações de resgate à causa mais provável da PCR. Por exemplo, se um profissional de saúde testemunhar, sozinho, o colapso repentino de uma vítima, poderá presumir que a vítima sofreu uma PCR primária com um ritmo chocável/desfibrilável e deverá acionar imediatamente o serviço de emergência/urgência, buscar um DEA/DAE e retornar à vítima para aplicar a RCP e usar o DEA/DAE. Porém, para uma suposta vítima de PCR asfíxica, como em casos de afogamento, a prioridade seria aplicar compressões torácicas com ventilação de resgate por cerca de 5 ciclos (aproximadamente 2 minutos) antes de acionar o serviço de emergência/urgência.

Duas partes novas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE são: Cuidados Pós-PCR e Treinamento, implementação e equipes. A importância dos cuidados pós-PCR é enfatizada pela inclusão de um novo quinto elo na Cadeia de Sobrevivência de Adultos em ACE da AHA (Figura 1). Veja o resumo das principais recomendações contidas nessas novas partes nas seções Cuidados Pós-PCR e Treinamento, implementação e equipes desta publicação.

Figura 1
Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA

Os elos na nova Cadeia de Sobrevivência de ACE Adulto da AHA são:

1. **Reconhecimento** imediato da PCR e **acionamento** do serviço de emergência/urgência
2. **RCP** precoce, com ênfase nas compressões torácicas
3. Rápida **desfibrilação**
4. **Suporte avançado de vida** eficaz
5. **Cuidados pós-PCR** integrados



RCP DE ADULTO POR SOCORRISTA LEIGO

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Os principais pontos de discussão e alterações nas recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE para a RCP de adultos por socorristas leigos são os seguintes:

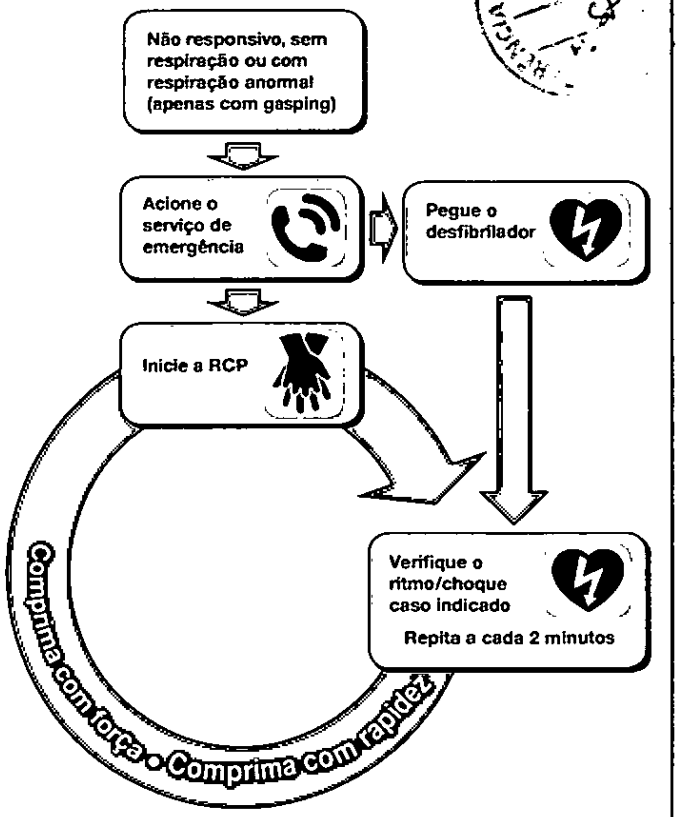
- Foi criado o algoritmo universal simplificado de SBV para adultos (Figura 2).
- Foram feitos refinamentos nas recomendações para o reconhecimento e e o acionamento imediatos do serviço de emergência/urgência, com base nos sinais de que a vítima não responde, e para o início da RCP se a vítima não responder, não apresentar respiração ou apresentar respiração anormal (isto é, apenas com gasping).
- O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido do algoritmo.
- Tem-se dado ênfase permanente em RCP de alta qualidade (com frequência e profundidade de compressão torácicas adequadas, permitindo retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões e evitando ventilação excessiva).
- Houve uma alteração na sequência recomendada para o socorrista que atua sozinho para que ele inicie as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C). O socorrista atuando sozinho deve iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, para reduzir a demora na aplicação da primeira compressão.
- A frequência de compressão deve ser, no mínimo, de 100/minuto (em vez de "aproximadamente" 100/minuto).
- A profundidade de compressão, em adultos, foi alterada da faixa de 1½ a 2 polegadas para, no mínimo, 2 polegadas (5 cm).

Estas alterações foram planejadas para simplificar o treinamento de socorristas leigos e continuar enfatizando a necessidade de aplicar compressões torácicas o quanto antes em vítimas de PCR súbita. Mais informações sobre estas alterações encontram-se abaixo. *Nota:* Nos tópicos a seguir, as alterações ou os pontos a enfatizar para socorristas leigos que sejam semelhantes aos utilizados para profissionais de saúde estão indicados com um asterisco (*).

*Ênfase nas compressões torácicas**

2010 (Nova): Se a pessoa presente não tiver treinamento em RCP, ela deverá aplicar a RCP somente com as mãos (somente compressões torácicas) na vítima adulta com colapso repentino, com ênfase em "comprimir forte e rápido" no centro do tórax, ou seguir as instruções do atendente/operador do SME. O socorrista deve continuar a RCP somente com as mãos até a chegada e preparação de um DEA/DAE para uso ou até que os profissionais do SME ou outros encarregados assumam o cuidado da vítima.

Figura 2
Algoritmo de SBV Adulto simplificado



Todos os socorristas leigos treinados devem, no mínimo, aplicar compressões torácicas em vítimas de PCR. Além disso, se o socorrista leigo treinado puder realizar ventilações de resgate, as compressões e as ventilações devem ser aplicadas na relação de 30 compressões para cada 2 ventilações. O socorrista deve continuar a RCP até a chegada e preparação de um DEA/DAE para uso ou até que os profissionais do SME assumam o cuidado da vítima.

2005 (Antiga): As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE não forneciam recomendações diferentes para socorristas treinados e não treinados, mas, sim, recomendavam que os atendentes/operadores fornecessem instruções de RCP somente com compressões às pessoas presentes não treinadas. As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE observavam que, se o socorrista não estivesse disposto a aplicar ventilações, ou preparado para tal, ele deveria aplicar somente compressões.

Motivo: A RCP somente com as mãos (somente compressões) é mais fácil de ser executada por um socorrista não treinado e pode ser prontamente orientada por telefone pelos atendentes/operadores. Além disso, as taxas de sobrevivência às PCRs de etiologia cardíaca são similares para a RCP somente com as mãos e a RCP com compressões e ventilação de resgate. No entanto, para o socorrista leigo treinado e capaz, a recomendação continua sendo a de aplicar compressões e ventilações.

*Alteração na sequência da RCP: C-A-B, em vez de A-B-C**

2010 (Nova): Iniciar compressões torácicas antes das ventilações.

2005 (Antiga): A sequência de RCP em adultos tinha início com a abertura da via aérea, seguida de verificação quanto à presença de respiração normal e, em seguida, a aplicação de duas ventilações de resgate, acompanhadas de ciclos de 30 compressões torácicas e 2 ventilações.

Motivo: Embora nenhuma evidência em humanos ou animais publicada demonstre que iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, leve a um melhor resultado, as compressões torácicas fornecem fluxo sanguíneo vital ao coração e ao cérebro; ademais, estudos de PCR extra-hospitalar em adultos mostram que a sobrevivência é maior quando as pessoas presentes fazem alguma tentativa de aplicar a RCP, em vez de simplesmente não tentarem fazê-lo. Dados de animais demonstram que atrasos ou interrupções nas compressões torácicas reduzem a sobrevivência; logo, tais atrasos ou interrupções devem ser minimizados ao longo de toda a ressuscitação. As compressões torácicas podem ser iniciadas quase imediatamente, ao passo que posicionar a cabeça e obter um selo para a respiração boca a boca ou com bolsa-válvula-máscara/insuflador manual sempre demoram certo tempo. A demora no início das compressões poderá ser reduzida se houver dois socorristas presentes: o primeiro inicia as compressões torácicas e o segundo abre a via aérea e se prepara para aplicar respirações tão logo o primeiro complete a primeira série de 30 compressões torácicas. Quer haja um ou mais socorristas presentes, o início da RCP com compressões torácicas garante que a vítima receba logo essa intervenção crítica - e qualquer atraso nas ventilações de resgate deve ser breve.

QUADRO 2

Número de compressões aplicadas, afetadas pela frequência de compressão e por interrupções

O número total de compressões aplicadas durante a ressuscitação é um fator determinante importante da sobrevivência em PCR. O número de compressões aplicadas é afetado pela *frequência* de compressão e pela *fração* da compressão (a parte do tempo total de RCP dedicada à execução das compressões); os aumentos na frequência e na fração da compressão elevam o total de compressões aplicadas, ao passo que reduções na frequência e na fração diminuem o total de compressões aplicadas. A fração da compressão melhora se você reduzir o número e a duração das interrupções nas compressões e é reduzida por interrupções frequentes ou longas nas compressões torácicas. Podemos encontrar uma analogia em uma viagem de automóvel. Ao viajar de automóvel, o número de quilômetros percorridos em um dia é afetado não somente pela velocidade com que você dirige (sua taxa de deslocamento), mas também pelo número e a duração das paradas/paragens feitas (interrupções do deslocamento). Durante uma RCP, o objetivo é aplicar compressões eficazes a uma frequência (no mínimo, 100/minuto) e profundidade apropriada, minimizando-se o número e a duração das interrupções nas compressões torácicas. Outros componentes de uma RCP de alta qualidade compreendem obter o retorno total do tórax após cada compressão e evitar ventilação excessiva.

*Eliminação do procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração"**

2010 (Nova): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da sequência de RCP. Após a aplicação de 30 compressões, o socorrista que atuar sozinho deverá abrir a via aérea da vítima e aplicar duas ventilações.

2005 (Antiga): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" era usado para avaliar a respiração após a abertura da via aérea.

Motivo: Com a nova sequência "compressões torácicas primeiro", a RCP será executada se o adulto não estiver respondendo e nem respirando ou não respirando normalmente (como já mencionado, os socorristas leigos serão instruídos a aplicar a RCP se a vítima que não responde "não estiver respirando ou estiver apenas com gasping"). A sequência da RCP começa com compressões (sequência C-A-B). Logo, a respiração é verificada rapidamente como parte da verificação quanto à PCR; após a primeira série de compressões torácicas, a via aérea é aberta e o socorrista aplica duas ventilações.

*Frequência de compressão torácica: mínimo de 100 por minuto**

2010 (Nova): É sensato que os socorristas leigos e profissionais de saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 compressões por minuto.

2005 (Antiga): Executar aproximadamente 100 compressões por minuto.

Motivo: O número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCP é um fator determinante importante do retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica. O número real de compressões torácicas aplicadas por minuto é determinado pela frequência das compressões torácicas e o número e a duração das interrupções nas compressões (para, por exemplo, abrir a via aérea, aplicar ventilações de resgate ou permitir análise do DEA/DAE). Na maioria dos estudos, a aplicação de mais compressões está associada a maiores taxas de sobrevivência, ao passo que a aplicação de menos compressões está associada a uma menor sobrevivência. A aplicação de compressões torácicas adequadas exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas também em minimizar interrupções a este componente crítico da RCP. Uma frequência de compressão inadequada ou interrupções frequentes (ou ambas) reduzirão o número total de compressões aplicadas por minuto. Para obter mais informações, consulte o Quadro 2.

*Profundidade das compressões torácicas**

2010 (Nova): O esterno adulto deve ser comprimido, no mínimo, 2 polegadas (5 cm).

2005 (Antiga): O esterno adulto deve ser comprimido aproximadamente de 1½ a 2 polegadas (aproximadamente de 4 a 5 cm).

Motivo: As compressões criam fluxo sanguíneo principalmente por aumentarem a pressão intratorácica e comprimirem diretamente o coração. Compressões geram fornecimento de fluxo sanguíneo, oxigênio e energia, críticos para o coração e o cérebro. Pode haver confusão quando se recomenda uma faixa de profundidade; por isso, agora, recomenda-se uma profundidade de compressão específica. Os socorristas, muitas vezes, não comprimem adequadamente o tórax,

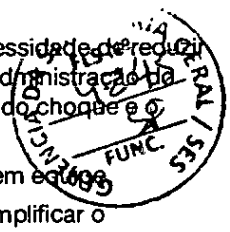
apesar das recomendações de "comprimir com força". Além disso, a ciência disponível sugere que as compressões de, pelo menos, 2 polegadas são mais eficazes do que as de 1½ polegada. Por essa razão, as Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam uma profundidade mínima específica para a compressão torácica em adultos.

SBV PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Os principais pontos de discussão e alterações nas recomendações das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE para profissionais de saúde são os seguintes:

- Como as vítimas de PCR podem apresentar um curto período de atividade semelhante a convulsão ou gasp agônico, que podem confundir os possíveis socorristas, os atendentes/operadores devem ser especificamente treinados para identificar tais manifestações de PCR para melhorar o reconhecimento da PCR.
- Os atendentes/operadores devem instruir socorristas leigos não treinados a aplicar a RCP somente com as mãos em adultos com PCR súbita.
- Foram feitos refinamentos nas recomendações para o reconhecimento e o acionamento imediatos do serviço de emergência/urgência tão logo o profissional de saúde identifique que a vítima adulta não responde, está sem respiração ou apresenta respiração anormal (isto é, apenas gasping). O profissional de saúde deve verificar rapidamente se não há respiração ou se a mesma é anormal (isto é, não respirando ou apenas com gasping) ao verificar a capacidade de resposta da vítima. Em seguida, o profissional deve acionar o serviço de emergência/urgência e buscar o DEA/DAE (ou encarregar alguém disso). O profissional de saúde não deve levar mais do que 10 segundos verificando o pulso e, caso não sinta o pulso em 10 segundos, deve iniciar a RCP e usar o DEA/DAE, se disponível.
- O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido do algoritmo.
- minimizando interrupções nas compressões e evitando Tem-se dado maior ênfase em RCP de alta qualidade (com frequência e profundidade de compressão torácicas adequadas, permitindo retomo total do tórax entre as compressões, ventilação excessiva).
- O uso de pressão cricoide durante as ventilações, em geral, não é recomendado.
- Os socorristas devem iniciar as compressões torácicas antes de aplicar ventilações de resgate (C-A-B, em vez de A-B-C). Iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, diminui a demora em aplicar a primeira compressão.
- A frequência de compressão foi modificada para um mínimo de 100 por minuto, em vez de aproximadamente 100/minuto.
- A profundidade da compressão em adultos foi ligeiramente alterada para, no mínimo, 2 polegadas (cerca de 5 cm), em lugar da faixa antes recomendada de cerca de 1½ a 2 polegadas (4 a 5 cm).
- Tem-se dado ênfase permanente na necessidade de reduzir o tempo entre a última compressão e a administração do choque e o tempo entre a administração do choque e o reinício imediato das compressões.
- Há um maior foco na aplicação de RCP em equipe.



Estas alterações foram concebidas para simplificar o treinamento do profissional de saúde e continuar enfatizando a necessidade de aplicar a RCP de alta qualidade, o quanto antes, em vítimas de PCR. Mais informações sobre estas alterações encontram-se a seguir. *Nota:* Nos tópicos a seguir, para profissionais de saúde, aqueles indicados com um asterisco (*) são semelhantes aos dos socorristas leigos.

Identificação de gasp agônico pelo atendente/operador

As vítimas de PCR podem apresentar atividade semelhante a convulsão ou gasp agônico, podendo confundir os possíveis socorristas. Os atendentes/operadores devem ser especificamente treinados para identificar manifestações de PCR, para melhorar o reconhecimento da PCR e a aplicação imediata da RCP.

2010 (Nova): Para ajudar as pessoas presentes a reconhecerem a PCR, os atendentes/operadores devem perguntar sobre a capacidade de resposta da vítima adulta, se a vítima está respirando e se a respiração está normal, na tentativa de distinguir vítimas com gasp agônico (ou seja, que necessitam de RCP) de vítimas que respiram normalmente e que não necessitam de RCP. O socorrista leigo deve ser instruído a iniciar a RCP se a vítima "não estiver respirando ou apenas com gasping". O profissional de saúde deve ser instruído a iniciar a RCP se a vítima "não estiver respirando ou apresentar respiração anormal (isto é, gasping)". Portanto, a respiração deve ser rapidamente verificada como parte da verificação da PCR antes de o profissional de saúde acionar o serviço de emergência/urgência e buscar o DEA/DAE (ou encarregar alguém disso) para, então, verificar rapidamente o pulso e iniciar a RCP e usar o DEA/DAE.

2005 (Antiga): As instruções de RCP fornecidas pelo atendente/operador devem incluir perguntas que ajudem as pessoas presentes a identificar pacientes com gaspings ocasionais como prováveis vítimas de PCR, para aumentar a probabilidade de RCP das vítimas pelos presentes.

Motivo: Há evidência de considerável variação regional na incidência e no resultado de PCR relatados nos Estados Unidos. Tal variação é evidência ainda maior da necessidade de que as comunidades e os sistemas identifiquem adequadamente cada ocorrência de PCR tratada e avalie os resultados. Também sugere mais oportunidades de melhorar as taxas de sobrevivência em muitas comunidades.
As diretrizes anteriores recomendavam o desenvolvimento de programas que ajudassem a reconhecer a PCR. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE são mais

específicas quanto aos componentes necessários nos sistemas de ressuscitação. Estudos publicados desde 2005 demonstram um melhor resultado em PCR extra-hospitalares, em particular com ritmos chocáveis/desfibriláveis, e têm reafirmado a importância de uma maior ênfase na aplicação imediata de RCP de alta qualidade (compressões de frequência e profundidade adequadas, permitindo o retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões torácicas e evitando ventilação excessiva).

Para ajudar as pessoas presentes a reconhecerem imediatamente uma PCR, os atendentes/operadores devem perguntar, especificamente, sobre a ausência de resposta da vítima adulta, se ela está respirando e se a respiração observada está normal. Os atendentes/operadores devem ser especificamente treinados em ajudar as pessoas presentes a detectar gasp agônico para melhorar o reconhecimento da PCR.

Os atendentes/operadores também devem estar cientes de que convulsões breves e generalizadas podem ser a primeira manifestação da PCR. Em suma, além de acionar os profissionais do serviço de emergência/urgência, o atendente/operador deve fazer perguntas claras e diretas sobre se o paciente está responsivo/consciente e respirando normalmente, a fim de identificar pacientes com possível PCR. Os atendentes/operadores devem fornecer instruções para RCP somente com as mãos (apenas compressões) para ajudar as pessoas presentes não treinadas a iniciar a RCP quando houver suspeita de PCR (vide abaixo).

O atendente/operador deve fornecer instruções para RCP

2010 (Nova): As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam de forma mais enfática que os atendentes/operadores instruam os socorristas leigos não treinados a aplicar a RCP somente com as mãos em adultos que não estejam respondendo, não estejam respirando ou apresentem respiração anormal. Os atendentes/operadores devem fornecer instruções para RCP convencional em vítimas com provável PCR asfíxica.

2005 (Antiga): As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE observavam que era preferível fornecer por telefone apenas instruções para compressões torácicas.

Motivo: Infelizmente, a maioria dos adultos com PCR extra-hospitalar não recebe nenhuma manobra de RCP das pessoas presentes. A RCP somente com as mãos (apenas compressões) aplicada pelas pessoas presentes melhora substancialmente a sobrevivência de adultos após PCR extra-hospitalar em comparação com situações em que não recebem nenhuma RCP dessas pessoas. Outros estudos de adultos com PCR tratados por socorristas leigos mostram taxas de sobrevivência similares entre as vítimas que recebem RCP somente com as mãos em comparação com as que recebem RCP convencional (isto é, com ventilações de resgate). Vale ressaltar que é mais fácil os atendentes/operadores instruírem os socorristas não treinados a aplicar a RCP somente com as mãos do que a RCP convencional em vítimas adultas. Por isso, a recomendação atual é mais incisiva para que ajam dessa forma, salvo em caso de suspeita de PCR asfíxica (por exemplo, devido a afogamento).

Pressão cricoide

2010 (Nova): O uso rotineiro de pressão cricoide em PCR não é recomendado.

2005 (Antiga): A pressão cricoide deverá ser usada apenas se a vítima estiver profundamente inconsciente e, em geral, requer um terceiro socorrista, não envolvido em ventilações de resgate ou compressões.

Motivo: A pressão cricoide é uma técnica para aplicar pressão à cartilagem cricoide da vítima, de forma a empurrar a traqueia posteriormente e comprimir o esôfago contra as vértebras cervicais. A pressão cricoide pode impedir a distensão gástrica e reduzir o risco de regurgitação e aspiração durante a ventilação com bolsa-válvula-máscara/insuflador manual, mas também pode impedir a ventilação. Sete estudos aleatórios mostraram que a pressão cricoide pode retardar ou impedir a colocação de uma via aérea avançada e que, a despeito da aplicação de pressão cricoide, pode ocorrer, ainda assim, um pouco de aspiração. Além disso, é difícil treinar os socorristas de forma apropriada no uso da manobra. Por isso, o uso rotineiro de pressão cricoide em PCR não é recomendado.

*Ênfase nas compressões torácicas**

2010 (Nova): As compressões torácicas são enfatizadas para os socorristas, sejam eles treinados ou não. Se a pessoa presente não tiver treinamento em RCP, ela deverá aplicar a RCP somente com as mãos (somente compressões) na vítima adulta com colapso repentino, com ênfase em "comprimir com força e rapidez" no centro do tórax, ou seguir as instruções do atendente/operador de emergência/urgência médica. O socorrista deve continuar a RCP somente com as mãos até a chegada e preparação de um DEA/DAE para uso ou até que os profissionais do SME assumam o cuidado da vítima.

O ideal é que todos os profissionais de saúde sejam treinados em SBV. Nessa população treinada, faz sentido que o SME e os socorristas profissionais nos hospitais apliquem compressões torácicas e ventilações de resgate em vítimas de PCR.

2005 (Antiga): As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE não forneciam recomendações distintas para socorristas treinados e não treinados, nem enfatizavam diferenças nas instruções fornecidas a socorristas leigos ou a profissionais de saúde, mas recomendavam que os atendentes/operadores fornecessem instruções para RCP somente com compressões para pessoas presentes não treinadas. Além disso, as Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE observavam que, se o socorrista não estivesse disposto a aplicar ventilações, ou preparado para tal, ele deveria aplicar somente compressões torácicas. Note que o parecer "RCP somente com as mãos" da AHA foi publicado em 2008.

Motivo: A RCP somente com as mãos (somente compressões) é mais fácil de ser executada por um socorrista não treinado e pode ser prontamente orientada por telefone pelos atendentes/operadores. Porém, como o profissional de saúde deve estar treinado, a recomendação continua sendo a de aplicar compressões e ventilações. Se o profissional de saúde não puder aplicar ventilações, deverá acionar o serviço de emergência/urgência e aplicar compressões torácicas.

Acionamento do serviço de emergência/urgência

2010 (Nova): O profissional de saúde deve verificar se o paciente responde observando-o para determinar se a respiração está anormal ou ausente. O profissional deverá suspeitar de PCR se a vítima não estiver respirando ou estiver com gasping.

2005 (Antiga): O profissional de saúde acionava o serviço de emergência/urgência tão logo encontrasse uma vítima que não apresentasse resposta. Em seguida, voltava à vítima, abria a via aérea e verificava a respiração quanto a anormalidades.

Motivo: O profissional de saúde não deve retardar o acionamento do serviço de emergência/urgência, porém deve obter duas informações simultaneamente: verificar se a vítima responde e se está sem respiração ou com respiração anormal. Se a vítima não estiver respondendo e não estiver respirando ou apresentar respiração anormal (isto é, apenas gasp agônico), o profissional deverá acionar o serviço de emergência/urgência e buscar o DEA/DAE, se disponível (ou encarregar alguém disso). Se o profissional de saúde não sentir pulso na vítima em 10 segundos, deverá iniciar a RCP e usar o DEA/DAE, quando estiver disponível.

*Alteração na sequência da RCP: C-A-B, em vez de A-B-C**

2010 (Nova): Uma das alterações feitas nas Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomenda o início das compressões torácicasantes das ventilações.

2005 (Antiga): A sequência da RCP em adultos tinha início com a abertura da via aérea, seguida de verificação quanto à presença de respiração normal e, em seguida, a aplicação de duas ventilações de resgate, acompanhadas de ciclos de 30 compressões torácicas e 2 ventilações.

Motivo: Embora nenhuma evidência em humanos ou animais publicada demonstre que iniciar a RCP com 30 compressões, em vez de 2 ventilações, leve a um melhor resultado, as compressões torácicas fornecem fluxo sanguíneo; ademais, estudos de PCR extra-hospitalar em adultos mostram que a sobrevivência é maior quando as pessoas presentes fazem alguma tentativa de aplicar a RCP, em vez de simplesmente não tentarem fazê-lo. Dados de animais demonstram que atrasos ou interrupções nas compressões torácicas reduzem a sobrevivência; logo, tais atrasos ou interrupções devem ser minimizados ao longo de toda a ressuscitação. As compressões torácicas podem ser iniciadas quase imediatamente, ao passo que posicionar a cabeça e obter um selo para a respiração boca a boca ou com bolsa-válvula-máscara/insuflador manual sempre demoram certo tempo. A demora no início das compressões poderá ser reduzida se houver dois socorristas presentes: o primeiro inicia as compressões torácicas e o segundo abre a via aérea e se prepara para aplicar respirações tão logo o primeiro complete a primeira série de 30 compressões torácicas. Quer haja um ou mais socorristas presentes, o início da RCP com compressões torácicas garante que a vítima receba logo essa intervenção crítica.

*Eliminação do procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração"**

2010 (Nova): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" foi removido da sequência de avaliação da respiração após a abertura da via aérea. O profissional de saúde verifica rapidamente a respiração ao verificar se o paciente está respondendo a fim de detectar sinais de PCR. Após a aplicação de 30 compressões, o socorrista que atuar sozinho deverá abrir a via aérea da vítima e aplicar duas ventilações.

2005 (Antiga): O procedimento "Ver, ouvir e sentir se há respiração" era usado para avaliar a respiração após a abertura da via aérea.

Motivo: Com a nova sequência "compressão torácica primeiro", a RCP será executada se o adulto não estiver respondendo e não estiver respirando ou apresentando respiração anormal (isto é, não respirando ou com gasping), sendo iniciada pelas compressões (sequência C-A-B). Logo, a respiração é rapidamente verificada como parte da verificação da PCR. Após a primeira série de compressões torácicas, a via aérea é aberta e o socorrista aplica 2 ventilações.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4247

*Frequência de compressão torácica: mínimo de 100 por minuto**

2010 (Nova): É sensato que os socorristas leigos e profissionais de saúde realizem compressões torácicas a uma frequência mínima de 100 compressões por minuto.

2005 (Antiga): Executar aproximadamente 100 compressões por minuto.

Motivo: O número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCP é um fator determinante importante do retorno da circulação espontânea (RCE) e da sobrevivência com boa função neurológica. O número real de compressões torácicas aplicadas por minuto é determinado pela frequência das compressões torácicas e o número e a duração das interrupções nas compressões (para, por exemplo, abrir a via aérea, aplicar ventilações de resgate ou permitir a análise do DEA/DAE). Na maioria dos estudos, a aplicação de mais compressões durante a ressuscitação está associada a uma maior sobrevivência, ao passo que a aplicação de menos compressões está associada a uma menor sobrevivência. A aplicação de compressões torácicas adequadas exige ênfase não somente na frequência adequada de compressões, mas também em minimizar interrupções a este componente crítico da RCP. Uma frequência de compressão inadequada ou interrupções frequentes (ou ambas) reduzirão o número total de compressões aplicadas por minuto. Para mais informações, consulte o Quadro 2 na página 4.

*Profundidade das compressões torácicas**

2010 (Nova): O esterno adulto deve ser comprimido, no mínimo, 2 polegadas (5 cm).

2005 (Antiga): O esterno adulto deve ser comprimido de 1½ a 2 polegadas (aproximadamente de 4 a 5 cm).

Motivo: As compressões criam fluxo sanguíneo principalmente por aumentarem a pressão intratorácica e comprimirem diretamente o coração. Compressões geram fornecimento de fluxo sanguíneo, oxigênio e energia, críticos para o coração e o cérebro. Pode haver confusão quando se recomenda uma faixa de profundidade; por isso, agora, recomenda-se uma profundidade de compressão específica. Os socorristas, muitas vezes, não comprimem adequadamente o tórax, apesar das recomendações de "comprimir com força". Além disso, a ciência disponível sugere que as compressões de, pelo menos, 2 polegadas são mais eficazes do que as de 1½ polegada. Por essa razão, as Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam uma profundidade mínima específica para a compressão torácica em adultos, maior do que a recomendação anterior.

Tabela 1
Resumo dos principais componentes de SBV para adultos, crianças e bebês*

	Recomendações		
Componente	**Adultos**	**Crianças**	**Bebês**
Reconhecimento	Não responsivo (para todas as idades)		
	Sem respiração ou com respiração anormal (isto é, apenas com gasping)	Sem respiração ou apenas com gasping	
	Sem pulso palpado em 10 segundos, para todas as idades (apenas para profissionais de saúde)		
Sequência da RCP	C-A-B		
Frequência de compressão	No mínimo, 100/min		
Profundidade da compressão	No mínimo, 2 polegadas (5 cm)	No mínimo ⅓ do diâmetro AP Cerca de 2 polegadas (5 cm)	No mínimo ⅓ do diâmetro AP Cerca de 1½ polegada (4 cm)
Retorno da parede torácica	Permitir retorno total entre as compressões Profissionais de saúde, alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos		
Interrupções nas compressões	Minimizar interrupções nas compressões torácicas Tentar limitar as interrupções a menos de 10 segundos		
Vias aéreas	Inclinação da cabeça-elevação do queixo (profissionais de saúde que suspeitarem de trauma: anteriorização da mandíbula)		
Relação compressão-ventilação (até a colocação da via aérea avançada)	30:2 1 ou 2 socorristas	30:2 Um socorrista 15:2 2 socorristas profissionais de saúde	
Ventilações: quando socorrista não treinado ou treinado e não proficiente	Apenas compressões		
Ventilações com via aérea avançada (profissionais de saúde)	1 ventilação a cada 6 a 8 segundos (8 a 10 ventilações/min) Assíncronas com compressões torácicas Cerca de 1 segundo por ventilação Elevação visível do tórax		
Desfibrilação	Colocar e usar o DEA/DAE assim que ele estiver disponível. Minimizar as interrupções nas compressões torácicas antes e após o choque; reiniciar a RCP começando com compressões imediatamente após cada choque.		

*Abreviações: DEA/DAE, desfibrilador automático externo; AP, anteroposterior; RCP, ressuscitação cardiopulmonar; PS, profissional da saúde.
†Excluindo-se recém-nascidos, cuja etiologia da PCR é, quase sempre, asfixia.

Ressuscitação em equipe

2010 (Nova): As etapas do algoritmo de SBV são tradicionalmente apresentadas como uma sequência para ajudar um socorrista sozinho a priorizar as ações. Há um maior foco na aplicação da RCP em equipe, porque as ressuscitações, na maioria dos SMEs e sistemas de saúde, envolvem equipes de socorristas cujos membros executam várias ações simultaneamente. Um socorrista, por exemplo, aciona o serviço de emergência/urgência enquanto um segundo inicia as compressões torácicas, um terceiro aplica ventilações ou busca a bolsa-válvula-máscara/insuflador manual para ventilações de resgate e um quarto busca e configura um desfibrilador.

2005 (Antiga): As etapas de SBV consistem em uma série de avaliações e ações sequenciais. A intenção do algoritmo é apresentar as etapas de maneira lógica e concisa para que cada socorrista possa aprendê-las, memorizá-las e executá-las facilmente.

Motivo: Algumas ressuscitações são iniciadas por um socorrista atuando sozinho que, então, liga para pedir ajuda, ao passo que outras começam já com vários socorristas envolvidos. O treinamento deve se concentrar na capacidade de formar uma equipe à medida que cada socorrista chega ao local ou de designar um líder para a equipe, caso vários socorristas estejam presentes. À medida que chegam mais pessoas, as responsabilidades pelas tarefas que, normalmente, seriam executadas em sequência pelos poucos socorristas, podem ser delegadas a uma equipe de profissionais que as executará de forma simultânea. Por essa razão, o treinamento em SBV para profissionais de saúde não só deve proporcionar capacitação individual, como também ensinar os socorristas a trabalharem em equipe de forma eficaz.

Comparação dos principais elementos da RCP em adultos, crianças e bebês

Como nas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE, as Diretrizes de 2010 contêm uma tabela comparativa que relaciona os principais elementos da RCP em adultos, crianças e bebês (excluindo-se a RCP em bebês recém-nascidos). Esses elementos principais encontram-se na Tabela 1.

TERAPIAS ELÉTRICAS

As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE foram atualizadas para que refletissem os novos dados sobre desfibrilação e cardioversão em distúrbios do ritmo cardíaco e o uso de estimulação em bradicardia. Tais dados continuam servindo de respaldo às recomendações das Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE. Logo, não foram recomendadas grandes alterações em relação à desfibrilação, à cardioversão e à estimulação. A ênfase na desfibrilação precoce integrada com RCP de alta qualidade é a chave para melhorar a sobrevivência à PCR súbita.

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Os tópicos principais compreendem

Integração dos DEAs/DAEs à Cadeia de Sobrevivência com acesso público à desfibrilação

- Consideração do uso de DEAs/DAEs em hospitais
- Os DEAs/DAEs, agora, podem ser usados em bebês, se não houver um desfibrilador manual disponível
- Choque primeiro versus RCP primeiro em PCR
- Protocolo de 1 choque versus sequência de 3 choques em FV
- Formas de onda bifásicas e monofásicas
- Intensificação da carga versus cargas fixas no segundo choque e nos subsequentes
- Colocação de eletrodos
- Desfibrilação externa com desfibrilador cardioversor implantado
- Cardioversão sincronizada

Desfibriladores externos automáticos

Programas comunitários de DEAs/DAEs para socorristas leigos

2010 (Ligeiramente modificada): A ressuscitação cardiopulmonar e o uso de DEAs/DAEs por primeiros socorristas da segurança pública são recomendados para aumentar as taxas de sobrevivência em PCR súbita extra-hospitalar. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE recomendam, mais uma vez, estabelecer programas de DEAs/DAEs em locais públicos nos quais exista probabilidade relativamente alta de PCR presenciada (por exemplo, aeroportos, cassinos, instituições esportivas). Para maximizar a eficácia desses programas, a AHA continua enfatizando a importância de organizar, planejar, treinar, criar parceria com o sistema de SME e estabelecer um processo de contínuo aperfeiçoamento da qualidade.

2005 (Antiga): As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE identificaram quatro componentes para o êxito dos programas comunitários de DEAs/DAEs para socorristas leigos:

- Resposta planejada e praticada; normalmente, requer a supervisão de um profissional de saúde.
- Treinamento em RCP e uso do DEA/DAE para socorristas designados
- Criação de parceria com o sistema de SME (Serviço Médico de Emergência/Urgência) local
- Um programa de contínuo aperfeiçoamento da qualidade

Existe pouca evidência para recomendações pró ou contra a implementação de DEAs/DAEs em domicílios.

Uso de DEAs/DAEs em hospitais

2010 (Reafirmação da recomendação de 2005): Apesar de evidência limitada, os DEAs/DAEs podem ser considerados para o ambiente hospitalar como forma de facilitar a desfibrilação precoce (meta de administração de choques em ≤ 3 minutos do colapso), especialmente nas áreas cujo pessoal não esteja capacitado para reconhecer ritmos ou em que o uso de desfibriladores não seja frequente. Os hospitais devem monitorar os intervalos entre o colapso e o primeiro choque e os resultados da ressuscitação.

Uso de DEA/DAE em crianças agora inclui bebês

2010 (Nova): Na tentativa de desfibrilação em crianças de 1 a 8 anos de idade com um DEA/DAE, o socorrista deve usar um sistema atenuador de carga pediátrico, se disponível. Se o socorrista aplicar a RCP contra a PCR em uma criança e não houver um DEA/DAE com sistema atenuador pediátrico, deve-se usar um DEA/DAE padrão. Em bebês (com menos de 1 ano de idade), é preferível um desfibrilador manual. Se não houver um desfibrilador manual disponível, aconselha-se um DEA/DAE com atenuação de carga pediátrica. Se nenhum dos dois estiver disponível, use um DEA/DAE sem atenuador de carga.

2005 (Antiga): Em crianças de 1 a 8 anos de idade, o socorrista deve usar um sistema atenuador de carga pediátrico, se disponível. Se o socorrista aplicar a RCP contra a PCR em uma criança e não houver um DEA/DAE com sistema atenuador pediátrico, deve-se usar um DEA/DAE padrão. Há dados insuficientes para recomendação pró ou contra o uso de DEAs/DAEs em bebês com menos de 1 ano de idade.

Motivo: Não se conhece a carga de energia mínima para que se possa realizar uma desfibrilação eficaz em bebês e crianças. O limite superior para desfibrilação segura também não é conhecido, mas cargas > 4 J/kg (chegando a 9 J/kg) têm apresentado desfibrilação eficaz em crianças e modelos animais de PCR pediátrica sem efeitos adversos significativos. DEAs/DAEs com cargas de energia relativamente alta têm sido usados com êxito em bebês com PCR, sem efeitos adversos claros.

Choque primeiro versus RCP primeiro

2010 (Reafirmação da recomendação de 2005): Ao presenciar uma PCR extra-hospitalar e havendo um DEA/DAE prontamente disponível no local, o socorrista deverá iniciar a RCP com compressões torácicas e usar o DEA/DAE o quanto antes. Profissionais de saúde tratando PCR

em hospitais ou outras instituições com DEAs/DAEs ou desfibriladores no local devem aplicar a RCP imediatamente e usar o DEA/DAE/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível. Estas recomendações foram concebidas como apoio à RCP precoce e à desfibrilação inicial, em particular quando há um DEA/DAE ou um desfibrilador disponível instantes após o ataque da PCR súbita. Quando a PCR extra-hospitalar não for presenciada pelo pessoal do SME, o SME poderá iniciar a RCP enquanto verifica o ritmo com o DEA/DAE ou no ECG e se prepara para a desfibrilação. Em tais circunstâncias, podem-se considerar de 1½ a 3 minutos de RCP antes da tentativa de desfibrilação. Quando houver dois ou mais socorristas presentes, aplique a RCP enquanto se busca o desfibrilador.

Em PCR súbita no hospital, há pouca evidência para sustentar ou refutar a RCP antes da desfibrilação. Contudo, em pacientes monitorizados, o tempo da FV até a administração do choque deve ser inferior a 3 minutos, devendo-se aplicar a RCP enquanto o desfibrilador é preparado.

Motivo: Quando há FV por mais de alguns minutos, ocorre depleção de oxigênio e energia no miocárdio. Um breve período de compressões torácicas pode fornecer oxigênio e energia ao coração, o que aumenta a probabilidade de que um choque venha a eliminar a FV (desfibrilação) e seja acompanhado do retorno da circulação espontânea (RCE). Antes da publicação das Diretrizes AHA 2005 para RCP e ACE, dois estudos sugeriam o potencial benefício da RCP antes do primeiro choque. Em ambos os estudos, embora a aplicação da RCP por um período de 1½ a 3 minutos antes da administração do choque não tivesse melhorado a sobrevivência à FV, a estratégia da RCP primeiro melhorou a sobrevivência das vítimas de FV quando o intervalo entre a ligação para o SME e sua chegada era de 4 a 5 minutos ou mais. Todavia, dois ensaios aleatórios controlados subsequentes indicaram que a RCP antes da tentativa de desfibrilação pelo pessoal do SME não estava associada a nenhuma diferença significativa na sobrevivência à alta hospitalar. Um estudo retrospectivo detectou um melhor estado neurológico em 30 dias e em 1 ano, em comparação com a desfibrilação imediata em pacientes com FV extra-hospitalar.

Protocolo de 1 choque versus sequência de 3 choques

2010 (Sem alterações em relação a 2005): Na época da Conferência do Consenso 2010 da ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento, dois novos estudos publicados, realizados com seres humanos, comparavam o protocolo de 1 choque com o protocolo de 3 choques consecutivos no tratamento da PCR por FV. A evidência desses dois estudos sugere significativo benefício à sobrevivência com o protocolo de desfibrilação com 1 choque, em comparação com o protocolo de três choques consecutivos. Se um choque não eliminar a FV, o benefício incremental de outro choque é baixo, e o reinício da RCP provavelmente terá maior valor do que outro choque imediato. Este fato, aliado aos dados de estudos em animais - que documentam os efeitos nocivos da interrupção das compressões torácicas - e a estudos em humanos - que sugerem benefício à sobrevivência com o uso da abordagem de RCP com 1 choque em comparação com o protocolo de 3 choques -, respalda a recomendação de um só choque acompanhado de RCP imediata em vez de choques consecutivos, como tentativa de desfibrilação.

Formas de onda de desfibrilação e níveis de energia

2010 (Sem alterações em relação a 2005): Dados de estudos intra e extra-hospitalares indicam que choques com forma de onda bifásica em configurações de energia comparáveis ou inferiores a choques monofásicos de 200 J têm êxito equivalente ou maior para o encerramento da FV. Contudo, a energia ideal para a desfibrilação com choque primeiro com forma de onda bifásica não foi determinada. Igualmente, nenhuma característica específica de forma de onda (quer monofásica ou bifásica) está consistentemente associada a uma maior incidência de RCE ou sobrevivência a alta hospitalar após PCR.

FLS Nº 1250 FUNC. 535

Na ausência de desfibriladores bifásicos, é aceitável o uso de desfibriladores monofásicos. As configurações de choque com forma de onda bifásica diferem conforme o fabricante, nenhum dos quais foi diretamente comparado em humanos quanto à eficácia relativa. Devido a essas diferenças na configuração da forma de onda, os profissionais devem usar a carga de energia recomendada pelo fabricante (120 a 200 J) para a respectiva forma de onda. Se a carga recomendada pelo fabricante não for conhecida, considere a desfibrilação à carga máxima.

Desfibrilação pediátrica

2010 (Modificação da recomendação anterior): Em pacientes pediátricos, a carga ideal de desfibrilação não é conhecida. Os dados sobre a carga eficaz mínima ou o limite superior para desfibrilação segura são limitados. Uma carga de 2 a 4 J/kg pode ser usada para a energia de desfibrilação inicial; porém, para facilitar o treinamento, pode-se considerar uma carga inicial de 2 J/kg. Para os choques subsequentes, os níveis de energia devem ser de, no mínimo, 4 J/kg, podendo ser considerados níveis de energia mais altos, desde que não excedam 10 J/kg ou a carga máxima para adultos.

2005 (Antiga): A carga inicial da tentativa de desfibrilação em bebês e crianças com o uso de um desfibrilador manual monofásico ou bifásico é de 2 J/kg. A segunda carga e as subsequentes são de 4 J/kg.

Motivo: Há insuficiência de dados para implementar uma alteração substancial nas atuais cargas recomendadas para a desfibrilação pediátrica. Cargas iniciais de 2 J/kg, com formas de onda monofásicas, são eficazes na solução de 18% a 50% dos casos de FV e não há evidência suficiente para comparar o êxito de cargas mais altas. A literatura de casos documenta desfibrilações bem-sucedidas com cargas de até 9 J/kg sem efeitos adversos detectados. São necessários mais dados.

Energia fixa e intensificada

2010 (Sem alterações em relação a 2005): O nível de energia bifásica ideal para o primeiro choque ou os subsequentes ainda não foi determinado. Logo, não é possível fazer uma recomendação definitiva acerca da seleção de energia para as tentativas subsequentes de desfibrilação bifásica. com base nas evidências existentes, se o choque bifásico inicial não for capaz de

encerrar a FV, os níveis de energia subsequentes deverão, no mínimo, ser equivalentes, podendo ser considerados níveis de energia mais altos, se disponíveis.

Colocação de eletrodos

2010 (Modificação da recomendação anterior): Para facilitar a colocação e o treinamento, a posição da pá anterolateral segue o posicionamento lógico padrão de eletrodos. Qualquer uma das três posições alternativas da pá (anteroposterior, infraescapular anteroesquerda e infraescapular anterodireita) podem ser consideradas, segundo as características de cada paciente. A colocação das pás do DEA/DAE no tórax desnudo da vítima, em qualquer uma das quatro posições da pá, é aceitável para a desfibrilação.

2005 (Antiga): Os socorristas devem colocar as pás do DEA/DAE no tórax desnudo da vítima na posição esterno-apical (anterolateral) convencional. A pá torácica (esterno) direita é colocada no tórax anterossuperior (infraclavicular) direito da vítima; a pá apical (esquerda) é colocada no tórax inferolateral esquerdo da vítima, lateral ao peito esquerdo. Outras posições de pá aceitáveis são a colocação na parede torácica lateral nos lados direito e esquerdo (biaxilares) ou a pá esquerda na posição apical padrão e a outra pá na região dorsal superior direita ou esquerda.

Motivo: Novos dados demonstram que as quatro posições da pá (anterolateral, anteroposterior, anteroesquerda infraescapular e anterodireita infraescapular) parecem ser igualmente eficazes para tratar arritmias atriais/auriculares ou ventriculares. Mais uma vez, para facilitar o treinamento, a posição padrão ensinada em cursos da AHA não será modificada em relação à posição recomendada em 2005. Não foi identificado qualquer estudo que avaliasse diretamente o efeito do posicionamento das pás/pás manuais sobre o êxito da desfibrilação, com a meta de retorno da circulação espontânea.

Desfibrilação com desfibrilador cardioversor implantado

2010 (Nova): As posições anteroposterior e anterolateral são, geralmente, aceitas em pacientes com marca-passos/pacemakers e desfibriladores implantados. Em pacientes com desfibriladores cardioversores ou marca-passos/pacemakers implantados, a colocação das pás/pás manuais não deve retardar a desfibrilação. Convém evitar colocar as pás ou pás manuais diretamente sobre o dispositivo implantado.

2005 (Antiga): Quando um dispositivo médico implantado se situar em uma área onde normalmente se colocaria uma pá, posicione a pá, no mínimo, a 1 polegada (2,5 cm) de distância do dispositivo.

Motivo: O discurso desta recomendação é um pouco mais suave do que o discurso usado em 2005. Existe a possibilidade de o marca-passo/pacemaker ou o desfibrilador cardioversor implantado funcionar incorretamente após a desfibrilação quando as pás são colocadas muito próximas do dispositivo. Um estudo com cardioversão demonstrou que posicionar as pás com pelo menos 8 cm de distância do dispositivo não danifica a estimulação, o sensor, nem a captura do dispositivo. Os picos dos marca-passos/pacemakers com estimulação unipolar podem confundir o software do DEA/DAE e impedir a detecção de FV (e, por conseguinte, a administração do choque). A principal mensagem para os socorristas é que a preocupação com o posicionamento preciso das pás ou pás manuais em relação a um dispositivo médico implantado não deve retardar a tentativa de desfibrilação.

FLS Nº 4351 GERÊNCIA GERAL / SES FUNC.

Cardioversão sincronizada

Taquiarritmias supraventriculares

2010 (Nova): A carga de energia monofásica inicial recomendada para a cardioversão de fibrilação atrial/auricular é de 120 a 200 J. A carga monofásica inicial para a cardioversão de fibrilação atrial/auricular é de 200 J. A cardioversão do flutter atrial/auricular e outros ritmos supraventriculares em adultos, geralmente, requerem menos energia; uma energia inicial de 50 a 100 J, com um dispositivo monofásico ou bifásico, muitas vezes basta. Se o choque de cardioversão inicial falhar, os profissionais deverão aumentar a carga de modo paulatino.

2005 (Antiga): A carga de energia monofásica inicial recomendada para a cardioversão de fibrilação atrial/auricular é de 100 a 200 J. Já está disponível a cardioversão com formas de onda bifásicas, mas suas cargas ideais ainda não foram estabelecidas com segurança. A extrapolação com base em experiências publicadas com cardioversão eletiva de fibrilação atrial/auricular usando formas de onda exponenciais retilíneas e truncadas defende uma carga inicial de 100 a 120 J, com intensificação conforme a necessidade. Essa carga inicial se mostrou de 80% a 85% eficaz no encerramento de fibrilação atrial/auricular. Até que mais evidências venham a público, esta informação pode ser usada para extrapolar as cargas bifásicas de cardioversão para outras taquiarritmias.

Motivo: O grupo de autores examinou dados provisórios de todos os estudos bifásicos conduzidos desde a publicação das Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE e fez pequenas alterações para atualizar as recomendações de carga para cardioversão. Uma série de estudos atesta a eficácia da cardioversão com forma de onda bifásica em fibrilação atrial/auricular usando configurações de energia de 120 a 200 J, dependendo da forma de onda específica.

Taquicardia ventricular

2010 (Nova): A taquicardia ventricular monomórfica estável adulta responde bem a choques de cardioversão (sincronizada) com forma de onda monofásica ou bifásica com energias iniciais de 100 J. Se não houver resposta ao primeiro choque, pode ser oportuno aumentar a carga de modo paulatino. Não foi encontrado nenhum estudo provisório que abordasse esse ritmo e, portanto, as recomendações foram feitas por consenso de especialistas do grupo de autores.

A cardioversão sincronizada não deve ser usada para o tratamento de FV, por ser improvável que o dispositivo perceba uma onda de QRS e, com isso, acabe não administrando o choque. A cardioversão sincronizada também não deve ser usada para TV sem pulso ou polimórfica (TV irregular). Tais ritmos exigem a administração de choques (isto é, cargas de desfibrilação) de alta energia *não sincronizados*.

2005 (Antiga): Havia evidência insuficiente para recomendar uma carga bifásica para a cardioversão de TV monomórfica. As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE recomendavam o uso de um choque não sincronizado para o tratamento do paciente instável com TV polimórfica.

Motivo: O grupo de autores concordou que seria útil acrescentar uma recomendação de carga bifásica às Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE no tocante à cardioversão de TV monomórfica, mas queria enfatizar a necessidade de tratar a TV polimórfica como instável e como um ritmo de PCR.

Análise da forma de onda da fibrilação para a previsão dos resultados

2010 (Sem alterações em relação a 2005): O valor da análise da forma de onda da FV para orientar a administração da desfibrilação durante a ressuscitação é incerto.

Estimulação

2010 (Sem alterações em relação a 2005): A estimulação não é rotineiramente recomendada para pacientes com PCR assistólica. Em pacientes com bradicardia com pulso sintomática, é oportuno que os profissionais de saúde estejam preparados para iniciar estimulação transcutânea naqueles que não responderem aos medicamentos. Se a estimulação transcutânea falhar, a provável indicação será a estimulação transvenosa, iniciada por um profissional treinado e com experiência em acesso venoso central e estimulação intracardíaca.

TÉCNICAS E DISPOSITIVOS DE RCP

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

Até o momento, nenhum dispositivo de RCP se mostrou consistentemente superior à RCP padrão convencional (manual) para o SBV extra-hospitalar, assim como nenhum outro dispositivo, exceto o desfibrilador, proporcionou melhoria consistente na sobrevivência de longo prazo em PCR extra-hospitalar. Esta parte das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE contém resumos de ensaios clínicos recentes.

Técnicas de RCP

Foram desenvolvidas alternativas à RCP manual convencional, em um esforço de melhorar a perfusão durante a ressuscitação de PCR e a sobrevivência. Em comparação com a RCP convencional, essas técnicas, normalmente, exigem mais pessoal, treinamento e equipamento ou se aplicam a uma situação específica. Algumas técnicas alternativas de RCP podem melhorar a hemodinâmica ou a sobrevivência no curto prazo quando usadas por profissionais bem treinados em pacientes selecionados.

2010 (Nova): O soco precordial não deve ser usado em RCR extra-hospitalar não presenciada. O soco precordial poderá ser considerado para pacientes com TV instável (inclusive TV sem pulso) presenciada e monitorizada se não houver um desfibrilador imediatamente pronto para uso. No entanto, ele não deverá retardar a RCP nem a aplicação dos choques.

2005 (Antiga): Não havia recomendações anteriormente.

Motivo: Em alguns estudos, há relatos de conversão de taquiarritmias ventriculares pelo soco precordial. No entanto, duas séries de casos maiores demonstraram que o soco precordial não resultou em RCE nos casos de FV. O relato de complicações associadas ao soco precordial inclui fratura do esterno, osteomielite, AVE/AVC e desencadeamento de arritmias malignas em adultos e crianças. O soco precordial não deve retardar o início da RCP ou da desfibrilação.

Dispositivos de RCP

Vários dispositivos mecânicos de RCP estiveram no centro de ensaios clínicos recentes. O início do tratamento com esses dispositivos (isto é, sua aplicação e seu posicionamento) tem o potencial de retardar ou interromper a RCP da vítima de PCR e, portanto, os socorristas devem ser treinados - e, se necessário, treinados novamente - para minimizar qualquer interrupção das compressões torácicas ou da desfibrilação.

O uso do dispositivo de limiar de impedância (DLI) melhorou o RCE e a sobrevivência no curto prazo quando usado em adultos com PCR extra-hospitalar, mas não melhorou a sobrevivência no longo prazo de pacientes com PCR.

Um ensaio aleatório, prospectivo e multicêntrico controlado comparando a RCP com faixa de distribuição de carga (AutoPulse®) com a RCP manual em PCR extra-hospitalar demonstrou não ter havido melhoria na sobrevivência em 4 horas e um pior resultado neurológico quando o dispositivo foi usado. São necessários mais estudos para determinar se os fatores específicos ao local e a experiência com o uso do dispositivo podem influenciar sua eficácia. Não há evidências suficientes que respaldem o uso rotineiro deste dispositivo.

Séries de casos empregando dispositivos com pistão mecânico relatam graus variados de êxito. O uso de tais dispositivos pode ser considerado quando for difícil manter a RCP convencional (por exemplo, durante estudos de diagnóstico).

Para evitar atrasos e maximizar a eficiência, treinamento inicial, monitorização contínua e programas de retreinamento devem ser oferecidos regularmente aos profissionais que usam dispositivos de RCP.

SUPORTE AVANÇADO DE VIDA CARDIOVASCULAR

Resumo dos principais pontos de discussão e alterações

As principais modificações ocorridas no suporte avançado de vida cardiovascular (SAVC) para 2010 são as seguintes:

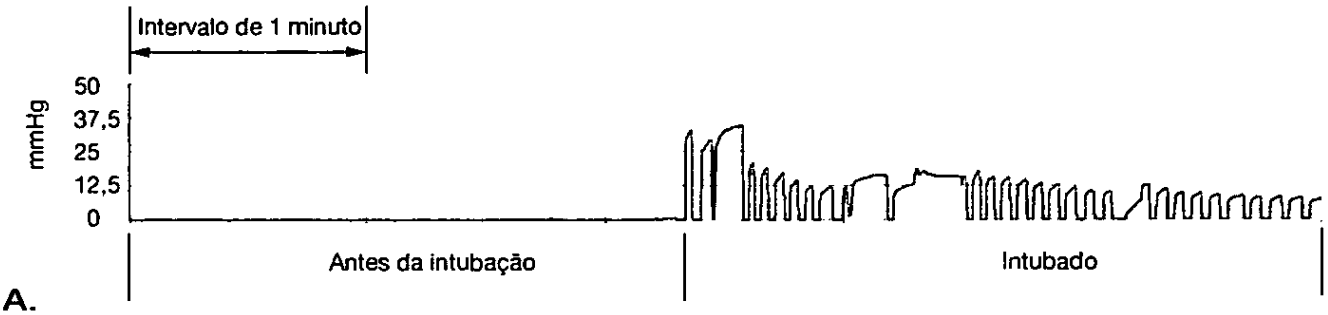
- A capnografia quantitativa com forma de onda é recomendada para a confirmação e a monitorização do posicionamento do tubo endotraqueal e a qualidade da RCP.
- O algoritmo de PCR tradicional foi simplificado e um esquema conceitual alternativo foi criado para enfatizar a importância da RCP de alta qualidade.
- Há uma maior ênfase na monitorização fisiológica, para otimizar a qualidade da RCP e detectar o RCE.
- A atropina não é mais recomendada para uso de rotina no tratamento da atividade elétrica sem pulso (AESP)/assístole.
- Infusões de medicamentos cronotrópicos são recomendadas como alternativa à estimulação em bradicardia sintomática e instável.
- A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada.
- O cuidado sistemático pós-PCR após o RCE deve continuar em uma UTI com tratamento multidisciplinar especializado e avaliação do estado neurológico e fisiológico do paciente. Isto, muitas vezes, compreende o uso de hipotermia terapêutica.

SECRETARIA GERAL 4353

Recomendação de capnografia

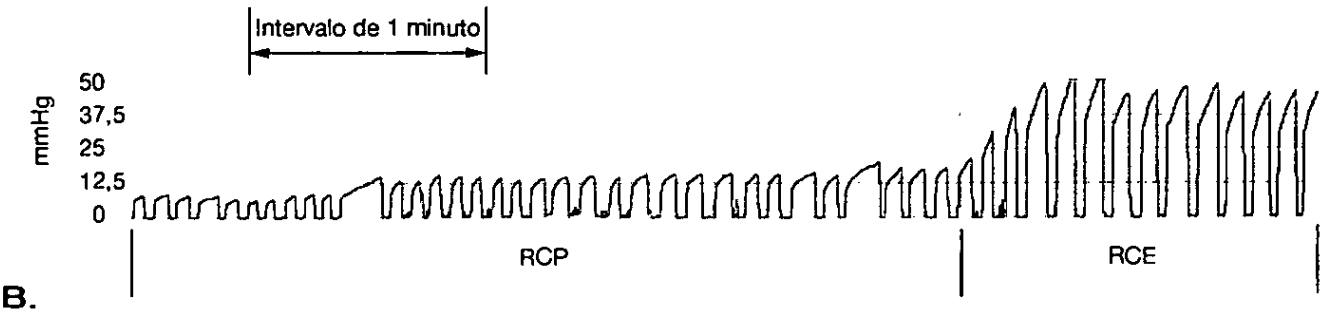
2010 (Nova): A capnografia quantitativa contínua com forma de onda é, agora, recomendada para pacientes intubados ao longo de todo o período peri-PCR. No uso adulto de capnografia quantitativa com forma de onda, as aplicações, agora, contêm recomendações para confirmar o posicionamento do tubo traqueal e monitorar a qualidade da RCP e detectar o RCE com base em valores do dióxido de carbono no final da expiração P_{ETCO_2} (Figuras 3A e 3B).

Figura 3
Formas de onda de capnografia



A.

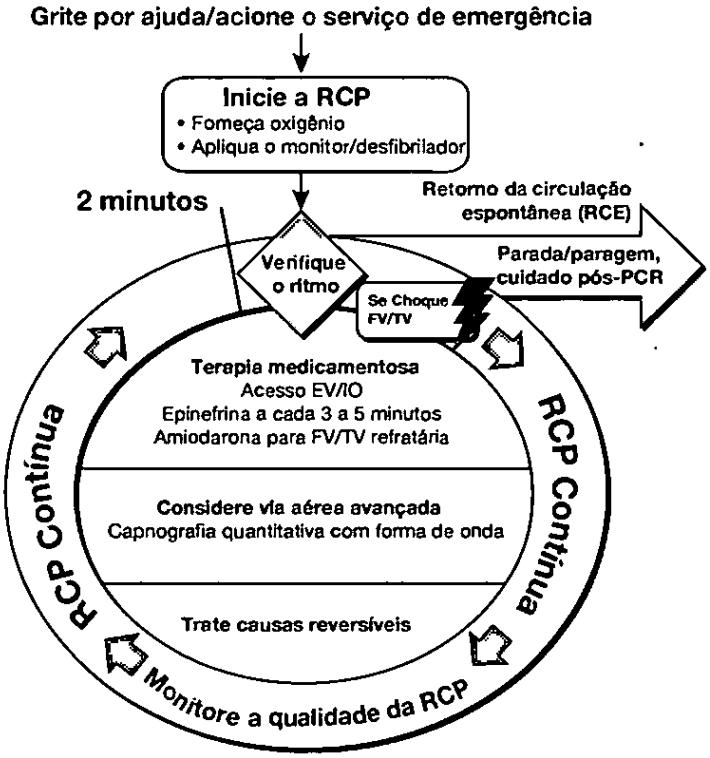
Capnografia para confirmar a colocação do tubo endotraqueal. Esta curva de capnografia mostra a pressão parcial do dióxido de carbono exalado (P_{ETCO_2}), em mm Hg, no eixo vertical, em função do tempo quando é feita uma intubação. Uma vez que o paciente esteja intubado, detecta-se o dióxido de carbono exalado, confirmando a colocação do tubo traqueal. O P_{ETCO_2} varia durante o ciclo respiratório, com valores mais altos na expiração final.



B.

Capnografia para monitorar a eficácia dos esforços de ressuscitação. Esta segunda curva de capnografia mostra o P_{ETCO_2} em mm Hg, no eixo vertical, em função do tempo. Este paciente está intubado e recebendo RCP. Observe que a frequência de ventilação é de aproximadamente 8 a 10 respirações por minuto. As compressões torácicas são aplicadas continuamente a uma frequência ligeiramente maior que 100/min, mas não são visíveis nesta curva. O P_{ETCO_2} inicial é menor que 12,5 mm Hg durante o primeiro minuto, indicando um fluxo sanguíneo bastante baixo. O P_{ETCO_2} aumenta para um valor entre 12,5 e 25 mm Hg durante o segundo e o terceiro minutos, compatível com o aumento do fluxo sanguíneo com a ressuscitação em andamento. O retorno da circulação espontânea (RCE) ocorre durante o quarto minuto. O RCE é reconhecido pelo aumento abrupto do P_{ETCO_2} (visível logo após a quarta linha vertical) para mais de 40 mm Hg, compatível com uma melhora substancial no fluxo sanguíneo.

Figura 4
Algoritmo de SAVC Circular



Qualidade da RCP
- Comprima com força (> 2 pol [5 cm]) e rapidez (≥ 100/min) e aguarde o retorno total do tórax
- Minimize interrupções nas compressões
- Evite ventilação excessiva
- Alterna a pessoa que aplica as compressões a cada 2 minutos
- Se sem via aérea avançada, relação compressão-ventilação da 30:2
- Capnografia quantitativa com forma de onda
  - Se P_{ETCO_2} < 10 mm Hg, tente melhorar a qualidade da RCP
- Pressão intra-arterial
  - Se a pressão na fase de relaxamento (diastólica) < 20 mmHg, tente melhorar a qualidade da RCP

Retorno da circulação espontânea (RCE)
- Pulso e pressão arterial
- Aumento abrupto prolongado no P_{ETCO_2} (normalmente, ≥ 40 mmHg)
- Variabilidade espontânea na pressão arterial com monitorização intra-arterial

Energia de choque
- **Bifásica:** recomendação do fabricante (120 a 200 J); se desconhecida, usar máximo disponível. A segunda carga e as subsequentes devem ser equivalentes, podendo ser consideradas cargas mais altas.
- **Monofásica:** 360 J

Terapia medicamentosa
- **Dose EV/IO de epinefrina:** 1 mg a cada 3 a 5 minutos
- **Dose EV/IO de vasopressina:** 40 unidades podem substituir a primeira ou a segunda dose de epinefrina
- **Dose EV/IO de amiodarona:** Primeira dose: bolus de 300 mg. Segunda dose: 150 mg.

Via aérea avançada
- Via aérea avançada supraglótica ou intubação endotraqueal
- Capnografia com forma de onda para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo ET
- 8 a 10 ventilações por minuto, com compressões torácicas contínuas

Causas reversíveis
- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogênio (acidose)
- Hipo-/hipercalemia
- Hipotermia
- Tensão do tórax por pneumotórax
- Tamponamento cardíaco,
- Toxinas
- Trombosa pulmonar,
- Trombosa coronária

2005 (Antiga): Recomendava um detector de dióxido de carbono (CO_2) exalado ou um dispositivo detector esofágico para confirmar o posicionamento do tubo endotraqueal. As Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE observavam que a monitorização do P_{ETCO_2} podia ser útil como indicador não invasivo do débito cardíaco gerado durante a RCP.

Motivo: A capnografia contínua com forma de onda é o método mais confiável de confirmar e monitorar o correto posicionamento de um tubo endotraqueal. Embora estejam disponíveis outros meios de confirmar o posicionamento do tubo endotraqueal, eles não são mais confiáveis do que a capnografia contínua com forma de onda. Os pacientes correm maior risco de deslocamento do tubo endotraqueal durante o transporte ou a transferência; os profissionais devem observar uma onda capnográfica persistente com ventilação para confirmar e monitorar o posicionamento do tubo endotraqueal.

Como o sangue deve circular pelos pulmões para que o CO_2 seja exalado e medido, a capnografia também serve de monitor fisiológico da eficácia das compressões torácicas e para detectar o RCE. Compressões torácicas ineficazes (quer devido a características do paciente, quer ao desempenho do socorrista) estão associadas a um baixo P_{ETCO_2}. Débito cardíaco insuficiente ou nova PCR no paciente com RCE também causam redução no P_{ETCO_2}. Por outro lado, o RCE pode causar um aumento abrupto no P_{ETCO_2}.

Algoritmo de SAVC simplificado e novo algoritmo

2010 (Nova): O algoritmo convencional de SAVC para PCR foi simplificado e racionalizado para enfatizar a importância da RCP de alta qualidade (incluindo compressões de frequência e profundidade adequadas, permitindo retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões e evitando ventilação excessiva) e o fato de que as ações de SAVC devem se organizar em torno de períodos ininterruptos de RCP. Um novo algoritmo circular também foi introduzido (Figura 4 acima).

2005 (Antiga): As mesmas prioridades foram citadas nas Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE. O algoritmo nos quadros e nas setas listava as principais ações executadas durante a ressuscitação, em modo sequencial.

Motivo: Para o tratamento da PCR, as intervenções de SAVC se baseiam nos fundamentos de SBV da RCP de alta qualidade para aumentar a probabilidade do RCE. Antes de 2005, os cursos de SAVC presumiam uma excelente aplicação da RCP e se concentravam, principalmente, em intervenções adicionais de desfibrilação manual, terapia medicamentosa, colocação de via aérea avançada e opções de tratamento alternativo e adicional para situações especiais de ressuscitação.

Embora o tratamento medicamentoso adjuvante e o tratamento com via aérea avançada ainda façam parte do SAVC, a ênfase no suporte avançado de vida (SAV), em 2005, voltou ao básico, com uma maior ênfase no que sabidamente funciona: RCP de alta qualidade (aplicar compressões de frequência e profundidade adequadas, permitindo retorno total do tórax após cada compressão, minimizando interrupções nas compressões torácicas e evitando ventilação excessiva). As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE mantêm essa ênfase. As Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE observam que a RCP se guia, idealmente, pela monitorização fisiológica e inclui oxigenação adequada e desfibrilação precoce enquanto o prestador de SAVC avalia e trata possíveis causas subjacentes da PCR. Não existe evidência clínica definitiva de que a intubação precoce ou a terapia medicamentosa melhore a sobrevivência neurologicamente intacta na alta hospitalar.

Menos ênfase nos dispositivos, medicamentos e outros desvios de atenção

Ambos os algoritmos de SAVC utilizam formatos simples com enfoque nas intervenções de maior impacto sobre o resultado. Com esse fim, enfatizou-se a aplicação de RCP de alta qualidade e desfibrilação precoce para FV/TV sem pulso. O acesso vascular, a administração de fármacos e a colocação de via aérea avançada, embora ainda recomendados, não devem causar interrupções significativas nas compressões torácicas, nem retardar os choques.

Novos protocolos de medicação

2010 (Nova): A atropina não é recomendada para uso de rotina no tratamento de AESP/assístole e foi retirada do algoritmo de SAVC para PCR. O tratamento de AESP/assístole agora está consistente nas recomendações e nos algoritmos de SAVC e SAVP (suporte avançado de vida em pediatria).

O algoritmo de tratamento de taquicardia com pulso foi simplificado. A adenosina é recomendada no diagnóstico e no tratamento iniciais da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada (isto também está consistente nas recomendações de SAVC e SAVP). É importante notar que a adenosina ***não*** deve ser usada para taquicardias de complexo largo ***irregulares,*** já que pode causar degeneração do ritmo para FV.

Para o tratamento de adultos com bradicardia sintomática e instável, infusões de medicamento cronotrópico são recomendadas como alternativa à estimulação.

2005 (Antiga): A atropina foi incluída no algoritmo de SAVC para a PCR: para pacientes em assístole ou AESP lenta, considere o uso de atropina. No algoritmo de taquicardia, a adenosina foi recomendada somente para suspeita de taquicardia supraventricular de complexo estreito regular de reentrada. No algoritmo de bradicardia, infusões de medicamento cronotrópico foram listadas após a atropina e enquanto se aguarda um marca-passo/pacemaker ou pela ineficácia da estimulação.

Motivo: Há várias alterações importantes no tocante ao tratamento de arritmias sintomáticas em adultos. A evidência disponível sugere ser improvável que o uso de rotina de atropina durante AESP ou assístole produza benefícios terapêuticos. Por essa razão, a atropina foi retirada do algoritmo da PCR.

Com base na nova evidência de segurança e possível eficácia, a adenosina pode, agora, ser considerada na avaliação e no tratamento iniciais da taquicardia de complexo largo monomórfica regular estável indiferenciada quando o ritmo for regular. Para bradicardia sintomática ou instável, a infusão intravenosa (IV) de agentes cronotrópicos é agora recomendada como alternativa igualmente eficaz à estimulação transcutânea externa quando a atropina for ineficaz.

Cuidados organizados pós-PCR

2010 (Nova): Cuidados organizados pós-PCR é uma nova seção das Diretrizes da AHA 2010 para RCP e ACE. Para melhorar a sobrevivência das vítimas de PCR que dão entrada em um hospital após o RCE, um sistema abrangente, estruturado, integrado e multidisciplinar de cuidados pós-PCR deve ser implementado de maneira consistente (vide Quadro 3). O tratamento deve incluir suporte cardiopulmonar e neurológico. Hipotermia terapêutica e intervenções coronárias percutâneas (ICPs) devem ser executadas, quando indicadas (consulte, também, a seção "Síndromes coronárias agudas"). Como convulsões são comuns após a PCR, deve-se realizar um eletroencefalograma (EEG) para o diagnóstico das convulsões, com pronta interpretação tão logo quanto possível e monitorização frequente ou contínua em pacientes comatosos após o RCE.

2005 (Antiga): Cuidados pós-PCR foram incluídos na seção de SAVC das Diretrizes da AHA 2005 para RCP e ACE. A hipotermia terapêutica foi recomendada a fim de melhorar o resultado de vítimas comatosas adultas de PCR extra-hospitalar presenciada quando o ritmo de apresentação era de FV. Além disso, foram feitas recomendações para otimizar a hemodinâmica, o suporte respiratório e neurológico, identificar e tratar causas reversíveis da PCR, monitorar a temperatura e considerar o tratamento de distúrbios na regulação da temperatura. Contudo, a evidência para sustentar tais recomendações era limitada.

Motivo: Desde 2005, dois estudos não aleatórios com controles simultâneos, assim como outros estudos usando controles históricos, indicaram um possível benefício da hipotermia terapêutica após PCR intra ou extra-hospitalar com ritmo de apresentação de AESP/assístole. Cuidados organizados pós-PCR, com ênfase em programas multidisciplinares que enfoquem a otimização da função hemodinâmica, neurológica e metabólica (incluindo a hipotermia terapêutica) podem melhorar a sobrevivência a

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4355 CPMI/CNC

alta hospitalar entre as vítimas que obtiveram o RCE após a PCR intra ou extra-hospitalar. Embora ainda não seja possível determinar o efeito individual de muitas dessas terapias, quando conjugadas em um sistema de cuidados integrados, sua implementação tem demonstrado uma melhoria na sobrevivência à alta hospitalar.

Efeito da hipotermia sobre o prognóstico

Muitos estudos tentaram identificar pacientes comatosos pós-PCR sem perspectiva de recuperação neurológica significativa, tendo sido propostas regras decisórias para o prognóstico de resultados ruins; porém, as regras desenvolvidas em anos anteriores foram estabelecidas com base em estudos de pacientes pós-PCR que não foram tratados com hipotermia. Relatórios recentes têm documentado bons resultados ocasionais em pacientes pós-PCR tratados com hipotermia terapêutica, a despeito de exames neurológicos ou de estudos neuroeletrofisiológicos prevendo resultados ruins dentro do tradicional período de prognóstico de 3 dias após a PCR. Portanto, as características ou os resultados de testes que indicavam esultados ruins em pacientes pós-PCR no passado podem não ser tão indicativos de resultados ruins após o uso de hipotermia terapêutica.

Identificar pacientes durante o período pós-PCR sem potencial de recuperação neurológica é um grande desafio clínico que requer maior investigação. Aconselha-se cautela nas considerações de limitar o cuidado ou suspender a terapia de suporte de vida, especialmente logo após o RCE.

Devido à necessidade crescente de tecidos e órgãos para transplante, toda equipe de profissionais que tratar pacientes pós-PCR deve implementar os procedimentos apropriados para uma possível doação de órgãos e tecidos, em tempo hábil e de modo eficaz, de acordo com a vontade do paciente e dos membros da família.

Redução da concentração de oxigênio inspirado após RCE com base na saturação de oxi-hemoglobina monitorada

SECRETARIA GERAL

2010 (Nova): Uma vez restabelecida a circulação, monitore a saturação arterial da oxi-hemoglobina. Pode ser obtido, quando houver equipamento apropriado disponível, titular a administração de oxigênio para manter a saturação arterial de oxi-hemoglobina ≥ 94%. Havendo equipamento apropriado disponível, uma vez obtido o RCE, ajuste a fração de oxigênio inspirado (F_{IO_2}) para a concentração mínima necessária para a obtenção da saturação arterial de oxi-hemoglobina ≥ 94%, com a meta de evitar hiperóxia sem deixar de assegurar a administração adequada de oxigênio. Como uma saturação de oxi-hemoglobina de 100% pode corresponder a um P_{aO_2} em qualquer ponto entre aproximadamente 80 e 500 mm Hg, de um modo geral, convém ajustar gradualmente o F_{IO_2} para uma saturação de 100%, contanto que a saturação possa ser mantida acima de 94%.

2005 (Antiga): Não era fornecida qualquer informação específica sobre o ajuste gradual.

Motivo: De fato, a saturação de oxi-hemoglobina deve ser mantida de 94% a 99%, quando possível. Embora a força-tarefa do SAVC do Consenso Internacional de 2010 sobre a Ciência da RCP e ACE com Recomendações de Tratamento[2,3] não tenha encontrado evidências suficientes para recomendar um protocolo de ajuste gradual específico, um estudo recente[5] documentou os efeitos nocivos da hiperóxia após o RCE. Como observado acima, uma saturação de oxigênio de 100% pode corresponder a um P_{aO_2} em qualquer ponto entre aproximadamente 80 e 500 mm Hg. O consenso dos especialistas em SAVC e SAVP é que, se houver equipamento disponível, pode ser oportuno titular o oxigênio inspirado, tendo por base a saturação de oxi-hemoglobina monitorada, para manter uma saturação ≥ 94%, mas menor que 100%.

QUADRO 3

Principais objetivos iniciais e subsequentes dos cuidados pós-PCR

1. Otimizar a função cardiopulmonar e a perfusão de órgãos vitais após o RCE
2. Transportar/transferir para um hospital apropriado ou UTI com completo sistema de tratamento pós-PCR
3. Identificar e tratar SCAs e outras causas reversíveis
4. Controlar a temperatura para otimizar a recuperação neurológica
5. Prever, tratar e prevenir a disfunção múltipla de órgãos. Isto inclui evitar ventilação excessiva e hiperóxia

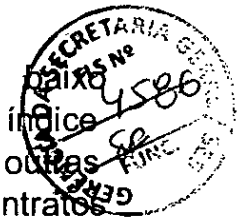
A principal meta de uma estratégia conjugada de tratamento do paciente após a PCR é um plano de tratamento abrangente a ser executado com consistência em um ambiente multidisciplinar treinado até o retorno do estado funcional normal ou próximo do normal. Pacientes com suspeita de SCA devem ser triados para uma instituição com recursos de angiografia coronária e reperfusão interventiva (intervenção coronária percutânea primária) e uma equipe multidisciplinar experiente na monitorização de pacientes quanto à disfunção múltipla de órgãos, iniciando-se, em tempo hábil, o tratamento pós-PCR apropriado, incluindo hipotermia.

Com foco renovado em melhorar o resultado funcional, a avaliação neurológica é um componente fundamental na avaliação de rotina dos sobreviventes. O reconhecimento precoce de distúrbios neurológicos possivelmente tratáveis, como as convulsões, é importante. O diagnóstico das convulsões pode ser desafiador, especialmente no cenário de hipotermia e bloqueios neuromusculares. Por isso, a monitorização eletroencefalográfica se tornou uma importante ferramenta de diagnóstico nessa população de pacientes.

A avaliação prognóstica no cenário de hipotermia está mudando, razão pela qual especialistas qualificados em avaliação neurológica nessa população de pacientes e a integração de ferramentas de prognóstico adequadas são essenciais para pacientes, prestadores de socorro e famílias.

SECRETARIA GERENCIAL FLS Nº 4585

- Número de chamadas para reparo por ano: recebe maior pontuação a empresa que apresenta o maior número de chamada para reparo por ano;
- Disponibilidade de empréstimo de equipamentos: quando a empresa tem disponibilidade de empréstimo para substituir o equipamento em reparo, isto diminui o tempo de parada do equipamento, recebe maior pontuação a empresa que apresenta a maior disponibilidade de empréstimo;
- Estabilidade organizacional: é um dado que pode ser conseguido em outras instituições que já trabalharam com a empresa ou em contratos (prestações de serviço) anteriores com a própria US;
- Tempo no negócio: recebe maior pontuação a empresa que possui maior tempo;
- Suporte do fabricante: indica se a empresa (caso não seja o próprio fabricante) tem suporte ou é representante do fabricante;
- Qualidade do serviço: mede se a empresa executa o serviço com qualidade (por exemplo, o equipamento retornou calibrado, existência de protocolo de testes, existência de equipamentos de teste e calibração, retorno de equipamentos com parafusos e porcas soltos, etc.) é um dado que pode ser conseguido em outras instituições que já trabalharam com a empresa ou em contratos (prestações de serviço) anteriores com a própria US.
- Tempo de colocação das peças de reposição: recebe maior pontuação a empresa que apresentar o menor tempo;
- Reparos feitos corretamente na primeira vez: existe a re-chamada para executar o mesmo serviço, recebe maior pontuação a empresa que apresenta o maior número de reparos feitos corretamente na primeira vez; informação que pode ser conseguido em outras instituições que já trabalharam com a empresa ou em contratos (prestações de serviço) anteriores com a própria US;
- Reparos feitos no tempo adequado: a empresa executa o trabalho dentro do tempo adequado ou existe muita demora; informação que pode ser conseguido em outras instituições que já trabalharam com a empresa ou em contratos (prestações de serviço) anteriores com a própria US;



- Satisfação geral: mede a satisfação do usuário (por exemplo, baixo tempo de resposta, o equipamento retornou limpo ou não, baixo índice de re-chamadas, etc.); informação que pode ser conseguido em outras instituições que já trabalharam com a empresa ou em contratos (prestações de serviço) anteriores com a própria US.

A empresa que apresentar a maior pontuação final é a mais indicada para a execução do serviço.

MONITORAÇÃO DE SERVIÇOS EXTERNOS

Tendo concluído a seleção do fornecedor e realizado a adjudicação do contrato de serviço, o desempenho da empresa contratada precisa ser monitorado para assegurar que a US irá receber o serviço que foi contratado. Para esta monitoração é necessário, sempre que houver uma chamada de serviço ou ocorrer uma visita de MP, a empresa deve notificar o departamento de engenharia clínica.

Um relatório detalhado do serviço precisa ser fornecido, listando os problemas, as ações de correção, as horas trabalhadas, as horas de início de atendimento, as peças utilizadas para o reparo e o preço de cada item. A US deve utilizar este relatório para determinar o custo real do serviço.

Com este relatório alguns indicadores podem ser elaborados e analisados, como:

- Tempo de atendimento ou tempo de resposta: tempo gasto para o técnico chegar ao equipamento;
- Tempo de reparo ou tempo de solução: tempo gasto para reparar o equipamento após a chegada do técnico;
- Tempo entre falhas: depois de uma quantidade razoável de falhas pode ser analisado em função do tempo médio;
- Disponibilidade do equipamento: tempo em que o equipamento está disponível para executar o serviço dado em %;

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4587 FUNC.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION - AHA. **Maintenance Management for Medical Equipment**. American Hospital Association. 1996.

BRONZINO, J. D. Management of Medical Technology. Butterwoth-Heinemann's. 1992;

CALIL, S.J. E TEIXEIRA, M.S. **Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares**. Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 1998;

MIRSHAWKA, V. **Manutenção Preditiva - Caminho para Zero Defeito.** Makron Books do Brasil. 1991;

TAVARES, L. **Excelência na Manutenção - Estratégias, Otimização e Gerenciamento**. Casa da Qualidade. 1996;

WEBSTER J.G. & COOK A.M. (Orgs). **Clinica Engineering: Principies and Practices**. N.J., EUA: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, 1979.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4589
FURG

CAPÍTULO 3

AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Elaborado por:
Prof. Dr. Egon Luiz Müller Júnior
Colaborador: Prof. Dr. João Carlos L. Pedroso

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 155

DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES CLÍNICAS 157

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS 157

LEVANTAMENTOS DOS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NO MERCADO 159

ESPECIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS 160

Escopo 161

Documentos relacionados 161

Requerimentos 161

Teste e aceitação do equipamento 163

Cláusulas especiais 163

SOLICITAÇÃO DE RESPOSTAS 169

AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS E ORÇAMENTOS 171

Avaliação técnica 171

Avaliação clínica 173

Avaliação do custo 173

SELEÇÃO DO FORNECEDOR 173

RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO 175

Pré-instalação 175

INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO 179

BIBLIOGRAFIA 180

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4591

INTRODUÇÃO

O processo de aquisição de equipamentos médicos tem início com a solicitação de aquisição, geralmente feita pela equipe clínica da instituição. Esta solicitação pode ser feita para a reposição, ou atualização, de certa tecnologia existente ou determinada através de planejamento estratégico para cumprir a missão da instituição. Para o sucesso do processo de aquisição, algumas etapas devem ser executadas em seqüência, como ilustra o diagrama da figura 1.

Os três primeiros passos, definição das necessidades clínicas, avaliação das condições ambientais e levantamento dos equipamentos existentes no mercado, são relativos à obtenção de informações e de fundamental importância para a determinação do equipamento que melhor atenda as necessidades da instituição. Estes passos são realizados através de um processo interativo onde as etapas são repetidas até alcançar um volume suficiente de informações. Este processo envolve pessoal de várias áreas, em interação contínua.

Os passos seguintes são relativos à negociação para definir o equipamento a ser adquirido. Estes passos são: especificar o equipamento, solicitar as propostas, avaliar as propostas e equipamentos, escolher o fornecedor, emitir o contrato, receber o equipamento e instalá-lo. Se for uma substituição, os passos de especificação do equipamento e solicitação de propostas podem ser evitados, desde que já tenham sido executados quando adquiriram o equipamento que está sendo substituído.

A etapa de avaliação de propostas e orçamentos pode levar o processo para o estágio inicial, quando nenhuma das propostas atende às necessidades da instituição ou os recursos disponíveis para a aquisição do equipamento não são suficientes.

GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4592
FUNC.

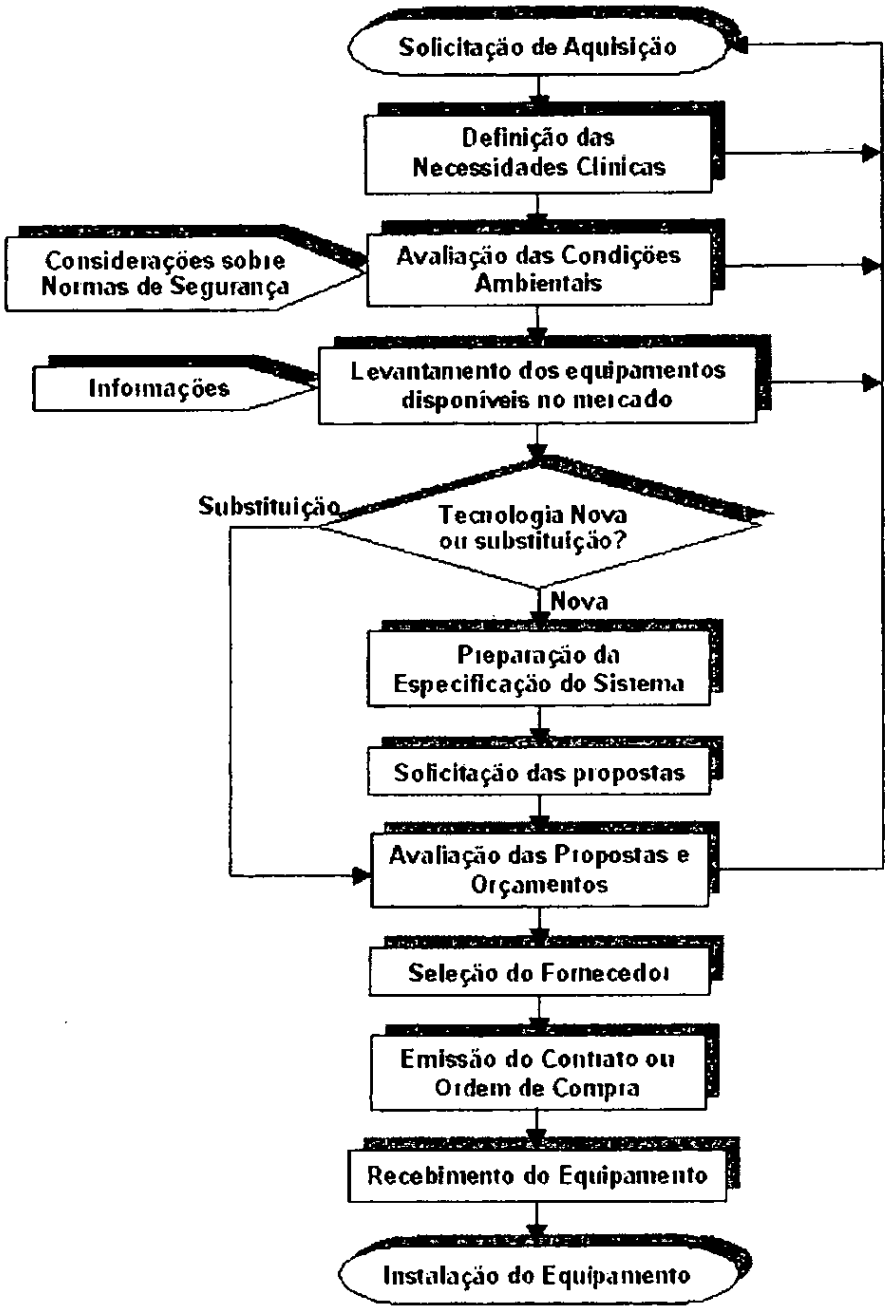


Figura 1: Diagrama de etapas para a aquisição de equipamentos médicos.

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4593
FUNC.

DEFINIÇÃO DAS NECESSIDADES CLÍNICAS

Esta etapa do processo de aquisição de equipamentos médicos, tem como objetivo, gerar uma descrição quantitativa das necessidades clínicas. Recomenda-se um trabalho em equipe para facilitar as interações no processo. A equipe deve ser formada por médicos (interesse nos resultados fornecidos pelo equipamento), enfermeiros (interesse na facilidade de utilização) e engenheiros clínicos (interesse na representação técnica, ligação com fornecedores, segurança na utilização do equipamento, treinamento e efetividade).

A equipe deve executar as seguintes tarefas:

- *Definição dos objetivos clínicos* – definir os objetivos clínicos relacionados ao problema, em linguagem sucinta, precisa, direta e clara para todas as partes. Servirá como base para a escolha e avaliação dos equipamentos (se o resultado for uma lista de itens desejáveis e não de itens necessários, deve estar em ordem de prioridade);
- *Especificar as variáveis fisiológicas* – quantificar o tipo e o limite das variáveis fisiológicas que serão medidas e estimuladas, registradas e analisadas;
- *Definir as restrições de natureza clínica* - riscos que não são admissíveis (como infecção), tempo de resposta e alarme, como deve ser a apresentação dos dados.
- Monitorar o ciclo de vida da tecnologia, das inovações e determinar a utilidade clínica das mesmas.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS

Consiste na obtenção das informações sobre o ambiente de operação do equipamento. É importante detectar qualquer restrição imposta pelo ambiente. As variáveis ambientais a serem observadas são:

- *Espaço* – levantar as necessidades de espaço para qualquer equipamento, independente do seu tamanho, para a equipe clínica e paciente (e seus acessos, manutenção e calibração) envolvidos no uso do mesmo. Devem ser verificadas as rotas de passagem

SECRETARIA FLS Nº 4594 FUNC.

para garantir que o equipamento chegará ao local de instalação. No caso de UTI, o espaço a beira do leito deve ser otimizado;

- *Alimentação* – verificar a alimentação elétrica disponível (número de fases, nível de tensões e correntes de operação e alimentação de emergência), ar comprimido, oxigênio, gases anestésicos, rede de vácuo, água e sistema de descarte de material;
- *Peso* – verificar a capacidade e carga de prateleiras, carrinhos e suportes para equipamentos de pequeno porte e dos pisos para equipamentos de grande porte (a rota de passagem também deve ser verificada)
- *Temperatura* – a faixa de temperatura na maioria dos hospitais adequa-se à maioria dos equipamentos. Um cuidado especial deve ser tomado em ambientes cujo ar condicionado é desligado durante a noite e fins de semana. Se o equipamento produz calor deve ser analisada (contabilizar espaço e custo) a necessidade da instalação de equipamentos de ar condicionado adicionais;
- *Vibração e choque* – verificação no caso do equipamento ser instalado em ambiente fora do normal;
- *Campos elétrico e magnético* – a existência destes campos deve ser evitada, pois podem prejudicar o funcionamento do equipamento. Dispositivos de diatermia, eletrocautérios, antenas de rádios e grandes motores são risco em potencial. A blindagem ou a relocação são soluções;
- *Ambiente inflamável ou explosivo* – em ambientes com riscos de explosão (salas cirúrgicas, por exemplo), ou onde são armazenados materiais inflamáveis é necessário projeto especial;
- *Umidade* – em locais com elevada umidade devem ser tomados cuidados especiais (instalação de medidor). Se há risco de spray (contra incêndio), borrifos de líquidos de materiais ou torneiras, etc., pode ser necessária uma proteção contra água (ralos são importantes nestes casos);
- *Padrões aplicáveis* – analisar padrões e normas nacionais e internacionais para obter informações relacionadas ao equipamento e suas limitações ambientais, por exemplo: problemas de emissão de radiação ionizante.

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4595 FUNC

LEVANTAMENTO DOS EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NO MERCADO

Com as exigências clínicas definidas e conhecendo as condições ambientais, o próximo passo no processo de aquisição é a obtenção de informações específicas sobre os equipamentos disponíveis no mercado que preencham as necessidades da instituição.

A tarefa de obtenção dessas informações é realizada através de pesquisa bibliográfica em propagandas, serviços de divulgação, publicações dos fabricantes, web sites e em instituições que possuam equipamentos semelhantes. Durante a obtenção de informações é útil ter uma idéia do custo do equipamento. Ao final da pesquisa tem-se uma lista de possíveis equipamentos e seus respectivos fornecedores, que atendam as necessidades da instituição.

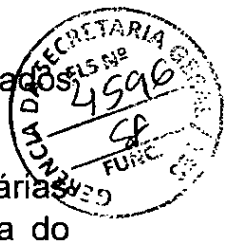
Através de contato com os fornecedores consegue-se informações mais detalhadas dos equipamentos. É interessante para a instituição armazenar as informações obtidas na pesquisa para facilitar pesquisas futuras.

A estimativa de custo do equipamento é realizada durante a pesquisa e atualizada ao longo da mesma. Esta estimativa deverá conter o máximo de custos relacionados ao equipamento (por exemplo: instalação e treinamento).

Tendo concluído a pesquisa, as informações devem ser apresentadae forma direta a equipe de trabalho. Nesta etapa do processo, algumas questões devem ser analisadas:

- Possíveis mudanças nas exigências clínicas;
- Avaliar a relação custo-benefício;
- Chegar a uma conclusão final sobre o máximo da efetividade de custo.

O resultado da análise destas questões é uma lista definitiva de exigências clínicas e limitações ambientais. A lista gerada fornece subsídios para a decisão de como será efetuada a compra, que pode basicamente, ser realizada de duas formas:



- *Compra direta* – os equipamentos disponíveis no mercado são avaliados e emiti-se uma ordem de compra para o fornecedor selecionado;
- *Contrato de compra* – é utilizado para sistemas maiores, com várias partes e até instalações. É necessária uma especificação detalhada do equipamento, uma solicitação de propostas dos fornecedores, uma avaliação dos equipamentos, escolher o fornecedor e executar o contrato.

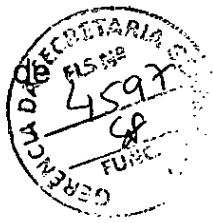
Em instituições privadas há uma maior flexibilidade com relação às compras diretas. Nas instituições públicas as compras diretas limitam-se a equipamentos com valor muito baixos. Nestas instituições, a maioria das compras é realizada através de processo de licitação. Os processo de licitação são divididos em três modalidades:

- Concorrência – modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para a execução de seu objeto;
- Tomada de preços – se realiza entre os interessados devidamente cadastrados em qualquer entidade da Administração Pública, ou que, até no terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, atendam a todas as condições exigidas para cadastramento, observada a qualificação necessária;
- Convite — é a licitação realizada entre interessados pertencentes ao ramo do objeto, escolhidos e convidada entre cadastrados ou não em número mínimo de três.

As modalidades de licitação acima referidas são determinadas em função de limites estabelecidos pelos valores estimados para a aquisição, apurados em pesquisa eficiente de mercado. Essa pesquisa é de absoluta importância já que qualquer falha poderá determinar a alunação da licitação em decorrência do uso inadequado da modalidade.

ESPECIFICAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICOS

Este documento deve ser elaborado com muito cuidado, para garantir que sejam oferecidas propostas adequadas às necessidades da



instituição. O modelo abaixo é bastante completo e pode ser modificado de acordo com essas necessidades.

Escopo

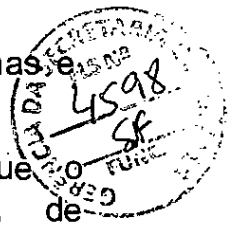
Define as áreas cobertas pela especificação, apresenta a organização e estabelece abreviações.

Documentos relacionados

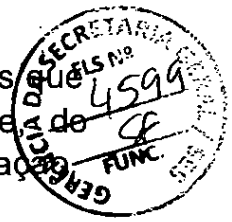
Lista os documentos ligados à especificação, que devem ser considerados parte dela. Indica a precedência entre eles em caso de conflito e define como podem ser feitas alterações à especificação.

Requerimentos

- *Objetivos:* descreve os objetivos esperados do sistema.
- *Requerimentos gerais*: apresenta fatores restritivos como filosofia clínica, instalação já existente, fatores ambientais e características genéricas necessárias.
- *Requerimentos específicos*: descreve-se os itens de especificação, ou seja, as características funcionais do equipamento de forma qualitativa e quantitativa para atender as necessidades específicas de caráter clínico, técnico e ambiental. Os itens de especificação podem ser classificados em:
- Nome do equipamento - nome que usualmente identifica o equipamento;
- Configuração física - especificar se o material é descartável ou reutilizável, implantável ou não implantável, invasivo ou não invasivo, esterelizável ou não esterelizável, etc.;
- Tipo de montagem - especifica a forma na qual o equipamento ficará montado para a utilização (portátil, sobre rodízios, fixo, estativa, bancada, etc.);
- Princípio de funcionamento - se aplicável, especifica o princípio de funcionamento utilizado pelo equipamento (ultra-som, piezelétrico, sistema Venturi, pneumático, etc.);
- Capacidade nominal - indica a quantidade de trabalho que o equipamento pode processar por ciclo (volume de exames por hora, número de amostras processada por hora, etc.);



- Dimensões físicas - define as dimensões físicas aproximadas internas e externas do equipamento;
- Parâmetros exigidos - indica o limite inferior e superior que o equipamento pode processar, medir, monitorar, etc. (faixa de temperatura, tempo, velocidade, pressão, etc.)
- Sistemas e dispositivos de controle - indicar todos os parâmetros que podem ser ajustados através de controle (volume corrente de mistura ar e 0_2, freqüência respiratória);
- Sistemas e dispositivos de alarme - indicar quais parâmetros devem ser monitorados ou protegidos por alarmes, ajustes das faixas, etc. (alarme para taquicardia e bradicardia de um monitor cardíaco);
- Sistemas de apresentação de dados - especificar a forma que os parâmetros devem ser indicados ou registrados (tela de monitor, registrador térmico, display de cristal líquido, impressora, etc.);
- Exatidão - expressa qual o valor máximo do erro permitido para o equipamento (erro máximo de infusão 2 %);
- Precisão - especifica o número de casas decimais após a virgula necessárias à utilização adequada do equipamento;
- Sensibilidade - especifica o menor incremento na entrada que produz uma variação na saída;
- Resolução - especifica o menor valor de escala de medida ou registro que o equipamento é capaz de fornecer;
- Saídas e entradas - especifica quantas e quais devem ser as entradas e saídas, suas características e compatibilidades necessárias (entrada e, ou saída isolada, saída padrão RS232C, etc.);
- Acessórios - especifica quantos e quais os acessórios que devem acompanhar o equipamento, suas características e finalidades (cabos, eletrodos, transdutores, circuito de paciente, etc.);
- Características de construção - especifica as características de construção e acabamento do equipamento (protegido contra corrosão, em aço inoxidável, cor, etc.);



- Sistemas e dispositivos de segurança - especifica quais os requisitos que o equipamento deve incorporar visando a segurança do paciente, do usuário e do ambiente nos aspectos elétrico, mecânico, de radiação, bacteriológica, química, etc.;
- Alimentação - especifica o tipo e características de alimentação que o equipamento deve ter (alimentação elétrica 220 V - 60 Hz, vácuo, gases, bateria, etc.);
- Exigências técnicas ou normativas - em equipamentos onde já existam as exigências técnica definidas em normas, é possível a eliminação de alguns itens (como: sensibilidade, resolução, segurança, etc.). Entretanto é importante mencionar na especificação a norma que o equipamento deve obedecer. Por outro lado, as exigências estabelecidas pelas normas devem ser cuidadosamente analisadas para verificar se as mesmas estão em sintonia com aquelas estabelecidas pela equipe. Um cuidado especial deve se ter com equipamentos que gerem radiação, os de baixa intensidade (raios-X, mamógrafo, tomógrafo, etc.) devem seguir as exigências da portaria 453/98 - SVS/MS. Os de alta intensidade (acelerador linear, braquiterapia, medicina nuclear) devem seguir as exigências do CNEN;

Teste e aceitação do equipamento

Define como serão feitos os testes de aceitação e as condições nas quais o equipamento será aceito. A utilização dos dados de testes do fabricante pode servir como ponto de partida (checar pelo menos se ele faz o que diz fazer).

Cláusulas especiais

Dentro de um processo de aquisição de equipamento, as exigências institucionais, assim como as exigências técnicas, nem sempre atendem àquelas necessárias à equipe técnica e, ou clínica. Desta maneira é necessária a elaboração de exigências especiais e específicas para o equipamento, com a finalidade de evitar que a equipe de manutenção, assim como, a equipe clínica tenha longos e desgastantes conflitos com os fornecedores. Algumas das exigências que podem ser analisadas e inseridas como cláusula especial são descritas a seguir:

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4600 SF FUNC.

- *Peças de reposição* - Durante o processo de aquisição é necessária a avaliação da melhor forma pela qual será dada a manutenção no equipamento no período pós garantia: se por contrato ou se o setor de manutenção assumirá a responsabilidade. Esta decisão se faz necessária, tendo em vista sua influência no tipo e no conteúdo da lista de peças de reposição a serem adquiridas. Para a elaboração desta lista, devem ser avaliados aspectos como: manutenção ao nível de troca de placas, existência do material no mercado nacional, lista de estoque do fornecedor, facilidade de importação do material, custo de estoque, possibilidade de investimento para estoque de custo real e social devido à paralisação do equipamento por falta de peças de reposição. De qualquer forma, deve ser feita uma avaliação com o fornecedor de modo a se evitar paralisações desnecessárias e custo excessivo de estoque. Pode-se utilizar uma matriz com notas e pesos para chegar a uma conclusão final, ilustrada na tabela I;
- *Garantia de peças de reposição* - Uma vez definida qual será a forma de manutenção para o equipamento em questão, deve ser vinculado ao processo de compra, o compromisso do fornecedor ou fabricante de fornecer peças de reposição ou material de consumo, por um período mínimo de 10 anos, de modo a possibilitar a utilização plena do equipamento, enquanto atender as necessidades do usuário dentro de padrões seguros, independente da descontinuidade de sua fabricação. Em se tratando de equipamentos importados, é necessário tomar um maior cuidado no tocante ao fornecimento de partes e peças, pois a forma como as peças futuramente necessárias deverão ser fornecidas, poderá levar a uma manutenção com maior ou menor agilidade.

GERÊNCIA DA SECR... FLS Nº 4601 SAF FUNC. SES

Tabela I – Matriz para avaliação da lista de peças de reposição.

Características	Peso	Nota	Total
Custo estimado da peça			
Existência da peça no mercado nacional			
Lista de estoque do fornecedor			
Facilidade de importação da peça			
Proximidade ao fornecedor			
Custo de estocagem			
Confiabilidade do fornecedor			
Custo de paralisação do equipamento por falta de peça de reposição			

- *Garantia de fornecimento de manuais técnicos* - Todo processo de aquisição deve levar em conta, que o setor técnico sem uma documentação adequada não poderá resolver os defeitos que o equipamento vier a apresentar, sem comprometer, a qualidade dos resultados apresentados. Assim, não basta notificar que a empresa deve fornecer toda a documentação técnica, pois existe uma grande quantidade de empresas que possuem apenas o catálogo com as especificações técnicas, o que está longe de ser o suficiente para possibilitar uma manutenção qualificada pela equipe local. Como documentação técnica devemos entender o fornecimento de:
- Manual de operação;
- Manual de serviço;
- Esquemas eletrônicos;

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4602
FUNC.

- Esquemas mecânicos;
- Esquemas pneumáticos;
- Procedimentos de calibração;
- Lista de equipamentos de calibração;
- Procedimentos de manutenção preventiva;
- Lista de peças de reposição e respectivo código.
- *Prazo de garantia* - Para diversos tipos de equipamentos é comum que o prazo de garantia, normalmente, oferecido pelos fornecedores e fabricantes, seja menor do que um ano. Em caso de justificativa insatisfatória pelo fabricante e fornecedor dos motivos desta redução, é recomendada a solicitação através do edital do prazo mínimo de garantia igual a um ano. Um ponto de extrema importância a ser enfocado sobre garantia é o prazo real da mesma. Em muitos casos, embora a garantia dada seja de um ano, em caso de quebra, o tempo de paralisação do equipamento durante este período pode ser bastante grande. Assim, é importante que durante o processo de aquisição, seja incluída uma ou mais cláusulas, que obriguem o fornecedor e fabricante a estender o período de garantia por igual, caso o equipamento fique paralisado por mais de 30 dias. Para o caso de equipamentos importados, esta negociação deve ser mais rigorosa tendo em vista o longo tempo necessário para a importação de partes e peças.
- *Competência técnica do fornecedor* - Mesmo que a unidade de saúde já disponha de equipes de manutenção, é necessário que o fabricante e fornecedor possua uma equipe de manutenção própria ou por representação, tecnicamente capaz de reparar o equipamento em um curto espaço de tempo e a custo compatível àqueles praticados no mercado para um mesmo tipo de equipamento. Não é raro, principalmente para equipamentos importados, vendidos e mantidos por representantes nacionais, a falta de pessoal especializado na manutenção dos mesmos. Embora, em casos de conflitos seja possível uma ação judicial, nenhuma

SECRETARIA FLS Nº 4603 FUNC. GERÊNCIA

das partes sai vencedora, tendo em vista o prejuízo social causado pela longa paralisação do equipamento.

- *Responsabilidades por falhas técnicas do equipamento* - Para alguns fabricantes menos idôneos, sua responsabilidade para com o equipamento termina no recebimento financeiro. Assim, do ponto de vista do fornecedor, não é sua responsabilidade quando equipamento que após algum tempo de utilização apresentem falhas de projetos, defeitos de fabricação ou desgaste excessivo de partes e peças. Esta situação onera ainda mais o comprador pela substituição ou alteração de partes do equipamento. É necessário que no edital de licitação, o fornecedor saiba que durante um determinado período após a aquisição (normalmente, dois anos), ele é totalmente responsável por estes tipos de problemas que venham ocorrer.
- *Treinamento* - Para unidades de saúde que já possuam equipes de manutenção ou que estas se encontrem em fase de implantação, é de extrema importância que seja solicitado a obrigatoriedade de treinamento de uma ou duas pessoas da equipe em cada aquisição. Esta cláusula é de suma importância para o bom funcionamento do grupo de manutenção, tendo em vista a grande dificuldade que a maioria dos licitantes irão impor para a execução do treinamento, após o pagamento do material objeto da licitação. É importante lembrar que estes treinamentos envolvem custos extras para o fabricante e para o fornecedor e que normalmente representam um adicional no valor total do equipamento.
- *Testes técnicos e clínicos do equipamento* - Para o caso de modelos de equipamentos cuja unidade de saúde não tenha experiência quanto a qualidade e operação, é importante que estes sejam submetidos a uma série de testes clínicos e técnicos prévios da aceitação do equipamento. Para os testes clínicos, o equipamento deverá permanecer em operação na área clínica durante uma semana, no mínimo. Para os testes técnicos, o prazo deverá ser estabelecido pela equipe técnica, de acordo com os recursos disponíveis para o trabalho. Assim, no edital deverão constar cláusulas que obriguem os fornecedores a cederem o equipamento para testes durante determinado período, imediatamente após a

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS. Nº 4604 FUNEC

abertura das propostas dos licitantes e identificação dos fornecedores classificados. Isto possibilita ao grupo de avaliação das propostas, acesso a um maior número de informações para julgamento das mesmas. Nos casos de equipamentos bastante sofisticados e, ou de alto custo, onde a equipe técnica não tenha suficiente conhecimento para exames de partes internas, é recomendável a presença de um representante técnico do fornecedor para abertura do mesmo.

- *Exigência de referências de outros clientes* - Para a aquisição de equipamentos cujo fabricante seja desconhecido no mercado e cuja equipe de manutenção não se sinta segura para execução da avaliação, é importante que o licitante forneça uma lista de clientes que já trabalhem com este equipamento por algum tempo. De posse desta informação, a equipe de avaliação das propostas poderá investigar o comportamento do equipamento, dos custos para sua manutenção e da qualidade de atendimento do licitante.
- *Outras* - É sempre interessante no processo de avaliação, durante o período da licitação, a verificação da proximidade do representante técnico para manutenção do equipamento a ser adquirido. O custo de transporte e diárias de um técnico para execução de serviços de reparos, em outras cidades ou estados longe da oficina de manutenção, pode tornar inviável a operação do equipamento. Assim, para equipamentos que atendam as qualificações exigidas em edital, é aconselhável a escolha daquele, cujo representante técnico esteja mais próximo.

Dependendo do porte do equipamento a ser adquirido, mesmo possuindo a unidade, um grupo de manutenção, é obrigatória a utilização de contratos de manutenção pós-período de garantia. Nestes casos, seria interessante, para comparação na avaliação das propostas, solicitar aos fornecedores o valor atual de seu contrato de manutenção, assim como, uma cópia desse contrato para verificação das condições de manutenção. É interessante a elaboração de uma minuta de contrato para contratação de serviços de manutenção que poderá ser tomada como base na definição das condições que melhor se adeqüem á realidade local. Não só devido à distância, mas devido a mão de obra especializada, em casos de inexistência de um contrato de manutenção,

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4605 FUNC.

os representantes técnicos costumam cobrar preços que poderão até, se não inviabilizar sua manutenção, paralisar o equipamento por um determinado período, até a obtenção de recursos financeiros. Desta maneira, é importante analisar as cláusulas contratuais para verificar:

- O número de visitas para manutenção corretiva;
- O número de manutenções preventivas e o trabalho que será executado;
- As responsabilidades do fabricante para com o equipamento;
- Os custos extracontratuais envolvidos para manutenção;
- As responsabilidades do contratante.

SOLICITAÇÃO DE PROPOSTAS

A solicitação de propostas é feita através de um pedido de proposta, que deve conter as seguintes informações:

- Apresentação da instituição e o que está sendo comprado;
- Lista os documentos que compõem a especificação;
- Detalhar como deve ser feita a proposta - as informações esperadas do fornecedor, inclusive eventuais alterações na especificação;
- Indicar como serão avaliadas as propostas e que nenhuma insatisfatória será aceita;
- Como, quando e onde devem ser entregues as propostas.

A proposta deve ser revisada pelo departamento jurídico da instituição, mas a versão final deve ser conferida. Não mandar propostas para fornecedores inviáveis, pois eles podem responder com propostas muito baixas e causar problemas. O pedido de propostas das instituições públicas é feito através de edital de licitação (para as modalidades concorrência e tomada de preços), que deve conter:

- Preâmbulo do qual contará o número de ordem da licitação em série anual, o nome e qualificação da repartição interessada, o setor responsável ou interessado pela aquisição, a modalidade, o regime de execução, o tipo de licitação, local, dia e hora para o recebimento da documentação e da proposta e para o início da abertura dos envelopes;

DA SECRETARIA GERAL DO TCE FLS Nº 4606 FUNC.

- Indicação clara e completa do objeto da licitação. Se for necessária uma especificação extensa, com riqueza de detalhes, pode-se indicar o objeto no corpo do edital, indicando sua complementação em anexo;
- Prazo e condições para assinatura do contrato ou retirada dos instrumentos equivalentes, prazo para execução do contrato e prazo para a entrega do objeto;
- Sanções administrativas e penalidades para o caso de inexecução total ou parcial do ajuste acordado em decorrência da licitação;
- Local onde se possa obter informações relativas à licitação e a seu objeto, bem como, onde se possa obter demais documentos ou elementos importantes ao atendimento das obrigações necessárias ao cumprimento do objeto da licitação, fornecendo horário de atendimento, números de telefones, fax, etc.
- Condições para a habilitação dos licitantes e forma para a apresentação das propostas;
- Critério de julgamento, com disposições claras e critérios objetivos, por exemplo:

CARACTERÍSTICAS	Peso	Nota	Total
Custo estimado da peça			
Existência da peça no mercado nacional			
Lista de estoque do fornecedor			
Facilidade de importação da peça			
Proximidade ao fornecedor			
Custo de estocagem			
Confiabilidade do fornecedor			
Custo de paralisação do equipamento por falta de peça de reposição			

A pontuação final da proposta técnica (PT), será obtida pela fórmula a seguir:

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL SES FLS Nº 4607 FUNC.

$$PT = \sum_{i=1}^{5} Ni.Pi$$

Onde:

PT = pontuação final da proposta técnica;

N_i = nota nos quesitos básicos;

P_i = peso dos quesitos básicos.

- Critério para aceitabilidade de preços unitários e globais, proibida a fixação de preço mínimo, critérios estatísticos ou faixas de variação relativos a preços de referência;
- Critério de ajuste, que deve retratar a variação efetiva de custos de produção, mediante adoção de índices específicos ou setoriais, a contar da data prevista para a apresentação das propostas ou do orçamento referente, até a data do pagamento de cada parcela;
- Condições de pagamento, que em caso de licitação internacional não poderão diferenciar empresas brasileiras e estrangeiras;
- Instruções e normas para a interposição de recursos;
- Condições para o recebimento do objeto da licitação;
- Quaisquer outras indicações específicas da licitação.

AVALIAÇÃO DAS PROPOSTAS E ORÇAMENTOS

A avaliação das propostas é uma etapa importante do processo de aquisição. Os fornecedores devem disponibilizar o equipamento (se for de pequeno porte), ou parte dele, ou uma montagem de amostra, ou em outro local (hospital, show-room) para as avaliações técnicas e clínicas. A avaliação pode ser feita através de um sistema de pontuação (inclusive com um sistema de pesos), para os itens a seguir:

Avaliação Técnica

Desempenho do sistema -Criar uma tabela comparativa das variáveis elétricas e ambientais de cada concorrente. Falhas podem desqualificar o equipamento.

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4608 FUNC.

Construção física - Avaliação da modularidade, facilidade de desmontagem para manutenção, avaliação de variáveis mecânicas (vibração, resistência à água) e robustez da montagem para o manuseio necessário.

Confiabilidade

- É determinado quantitativamente pelo MTBF (Mean Time Between Failure). Que pode ser fornecido pelo fabricante, pela equipe de manutenção de outra instituição, por publicações especializadas ou localmente utilizando métodos estatísticos (mais demorado);
- Pode ser avaliado qualitativamente pelos tipos de componentes usados, tipo de materiais, placas, como é feita a montagem, aparência de solidez e robustez, proteção dos circuitos contra agentes externos (poeira, umidade, etc.), cuidado aparente com estes itens e informações de equipes de manutenção de outras instituições.

Facilidade de manutenção

- Avaliação quantitativa através da MTTR (Mean Time To Repair);
- Avaliação qualitativa pela disponibilidade de documentação, facilidade de desmontagem, disponibilidade de peças, existência de manutenção própria do fornecedor próximo e possibilidade de treinamento da equipe de manutenção pelo fornecedor; Obs.: O MTTR aumenta com o tempo, sua taxa de aumento no tempo deve ser avaliada, pois pode subir rapidamente e o equipamento tornar-se inviável.
- *Segurança* - Avaliar itens de segurança como: vazamento de corrente AC pelo terra do sistema, vazamento de corrente nas partes em contato com o paciente e características de segurança mecânica, térmica, química, radiação, etc.

Fatores humanos

- Facilidade para efetuar a manutenção;
- Facilidade ou dificuldade de acesso a determinados controles;
- Possibilidade e qualidade do treinamento;

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4609 FUNC.

– Ergonomia para o uso.

Avaliação clínica

É realizada através do uso do equipamento em ambiente clínico. Pode ser trabalhosa devido à escassez de tempo da equipe clínica. É extremamente importante, pois mede a satisfação dos futuros usuários.

– *Treinamento* - Após o treinamento, avaliar se os usuários estão conseguindo utilizar adequadamente o equipamento. Avaliar se o treinamento foi rápido e claro e se o instrutor realmente é capacitado;

– *Desempenho clínico* - Realizar testes com grupos especiais ou na rotina de trabalho, avaliando a exatidão e repetibilidade. Verificar a aceitabilidade dos aspectos mecânicos do equipamento para o ambiente clínico (tamanho, peso, robustez).

– *Fatores humanos* - Avaliar o conforto do usuário, facilidade de usar os controles, facilidade de preparação (conectar o equipamento ao paciente).

O equipamento deve ser avaliado por tempo suficiente, para verificação de possíveis problemas.

Avaliação do custo

É uma tarefa muito importante e complexa, pois se deve estimar os custos globais. Observar situações em que um fornecedor propõe um baixo custo do equipamento, mas o custo das peças de reposição, contrato de manutenção, transporte, instalação, multas, etc. o tornam mais oneroso que outros com um custo mais alto do equipamento.

SELEÇÃO DO FORNECEDOR

É necessário gerar um relatório com as conclusões da avaliação das propostas (acima) indicando:

SECRETARIA DE SAÚDE FLS Nº 4640 FUNC. GERAL

- Classificação técnica: descrição breve e clara das características técnicas de cada concorrente. Fatores de superioridade, inferioridade ou impossibilidade devem ser destacados. Termina com uma lista em ordem de classificação das propostas;
- Classificação clínica: semelhante a anterior;
- Classificação de custo: semelhante a anterior;
- Informações adicionais: conseguir as opiniões de outros usuários e a classificação de outras instituições. Se este item modificar as classificações, deve ser especificado o motivo.

A escolha do fornecedor é feita analisando as três listas geradas. Se o primeiro das três não for o mesmo (que é provável), a preferência é do item custo, a menos que outros fatores, principalmente custos relacionados com a operação, manutenção e vida útil do equipamento (avaliação técnica), sobreponham-se fortemente. A escolha deve ser um consenso da equipe. Em licitações públicas, a escolha do fornecedor deve obedecer às condições estabelecidas no edital e ser realizada em conformidade com os tipos de licitação, que são:

- Menor preço: quando o critério de seleção da proposta mais vantajosa for o de menor preço entre as propostas qualificadas. A classificação se dará pela ordem crescente de preços;
- Melhor técnica: é a licitação onde o critério prevalecente é o da proposta que ofereça os melhores requisitos técnicos. Destina-se a selecionar serviços de natureza predominantemente intelectual;
- Técnica e preço: também se destina à contratação de serviços, embora seja utilizada na contratação de bens e serviços de informática.

Excepcionalmente, os dois últimos tipos podem ser utilizados para a aquisição de bens de grande vulto necessitando de justificativas e autorização da maior autoridade da administração licitante.

Após a seleção do fornecedor, a próxima etapa é a elaboração do contrato. Esta tarefa é do departamento jurídico, a equipe de manutenção deve contribuir.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
PLS Nº 4611
FUNC.

RECEBIMENTO DO EQUIPAMENTO

O recebimento técnico do equipamento deve sempre ser executado por um grupo composto de técnicos e médicos para que seja avaliado se todas as condições impostas pelo edital foram atendidas pelo vencedor da licitação. Somente então, com liberação deste grupo é que o pagamento deverá ser efetuado. São freqüentes a entrega de equipamentos com partes faltantes e danificadas, material técnico faltante, fora das especificações técnicas e sem os ajustes e calibrações necessárias à operação.

Neste mesmo processo de aceitação, deve ser exigido do fornecedor que verifique todas as exigências técnicas ambientais que foram previamente estabelecidas pelo próprio fabricante. Este procedimento é de extrema importância para que não haja dúvidas quanto à operação adequada do equipamento, assim como, para evitar futuros problemas de paralisação excessiva do mesmo, devido à falta de condições ambientais adequadas. Este procedimento é denominado pré-instalação.

Pré-instalação

A pré-instalação é o conjunto de requisitos de arquitetura e de engenharia, especificados pelo fornecedor, que devem ser atendidos pela instituição para instalação de equipamentos médicos. O grupo de manutenção é responsável pela verificação dos requisitos de pré-instalação. Esta tarefa deve ser executada cuidadosamente para evitar problemas na hora da instalação do equipamento. Os itens a serem verificados dependem do tipo de equipamento a ser instalado, mas basicamente são:

Condições físicas:

- área necessária para a instalação do equipamento, espaço livre recomendado pelo fabricante ou normas e área para circulação;
- rota de passagem para o equipamento chegar ao local da instalação;
- resistência do piso do local de instalação e da rota de passagem;
- necessidade da construção de base ou suporte para o equipamento;

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4612 FUNC. GERÊNCIA

- área de suporte (determinados equipamentos requerem uma área de suporte muito maior do que a área para a instalação do equipamento);

Condições de alimentação:

- elétrica;
- hidráulica;
- gases;
- sistema de estabilização eletrônica de tensão;

Condições de proteção e normativas:

- sistema de aterramento;
- sistema de proteção contra descargas elétricas;
- sistema de radioproteção;
- sistema de alimentação de emergência;
- compatibilidade eletromagnética (no caso de equipamento que geram campo eletromagnético - ressonância magnética - verificar se as áreas adjacentes consideram as questões relativas a influência dos campos gerados);

Condições ambientais:

- controle da temperatura;
- controle da umidade;
- controle de ventilação.

O grupo de manutenção pode criar uma ficha (formulário) para a verificação dos requisitos de pré-instalação, como o modelo sugerido a seguir, que deve ser adequado às necessidades do tipo de equipamento:

SECRETARIA GERAL FLS Nº 4613 SF FUNC.

PRÉ-INSTALAÇÃO I		
1. O local possui as dimensões e resistência do piso neoessária para a instalação do requerimento (devem ser verificadas áreas livres recomendadas, áreas de circulação):		
Sim	Não	
2. A rota de passagem possui as dimensões e resistência do piso necessárias à chegada do equipamento ao local de instalação:		
Sim	Não	
3. A instituição possui as áreas e condições adequadas á instalação dos equipamentos de suporte:		
Sim	Não	Não se aplica
4. O local de instalação possui a base ou suporte necessário á fixação do equipamento:		
Sim	Não	Não se aplica
5. Qual a voltagem do local de instalação do equipamento:		
110V	220V	380V
6. O local possui grupo de gerador de emergência:		
Sim	Não	
7. O local de instalação do(s)o equipamentos(s) possui sistema de estabilização eletrônica de tensão:		
Sim	Não	Não se aplica
8. O local possui sistema de alimentação de emergência tipo "No-Break":		
Sim	Não	Não se aplica
9. O local possui sistema adequado de tratamento ou purificação de água:		
Sim	Não	Não se aplica
10. O local possui sistema distribuição de gases:		
Sim Ar comprimido Oxigênio Vácuo Outros: _____ _____ ____	Não	Não se aplica

SECRETARIA GERAL DA SAÚDE FLS Nº 4614 SS FUNDO

PRÉ-INSTALAÇÃO II		
11. O local possui sistema de esgoto adequado:		
Sim	Não	Não se aplica
12. O estabelecimento possui sistema de aterramento de acordo com a norma NBR 13.534:		
Sim	Não	
13. O estabelecimento possui sistema de proteção contra descargas atmosféricas (pára raios) de acordo com a norma NBR 5.419:		
Sim	Não	
14. O local possui sistema de radioproteção de acordo com as regulamentações técnicas em vigor:		
Sim	Não	Não se aplica
15. Para o caso de equipamentos de Radiodiagnóstico, a instituição encontra-se em conformidade com as regulamentações técnicas estaduais:		
Sim	Não	
16. Para equipamentos de recioterapia e Gama-Câmara, a instituição encontra-se em conformidade com as normas do CNEN:		
Sim	Não	
17. Para o caso de Ressonância Magnética, as questões relativas à influência dos campos eletromagnéticos envolvidos, nas áreas adjacentes à sala de instalação, foram consideradas?		
Sim	Não	
18. O local possui equipamento para controle das condições ambientais:		
Sim	Não	Não se aplica
Condicionamento de temperatura Controle de umidade __ a __ % Controle de ventilação ___ m^3/h		

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4615

INSTALAÇÃO DO EQUIPAMENTO

Para fins de instalação deverá ser utilizado formulário apropriado, que se destina ao registro de todas as ocorrências envolvendo o equipamento, desde sua chegada (aceitação) na instituição, até sua efetiva instalação e início de funcionamento. Deste modo, a unidade encarregada da aceitação, deverá emitir este documento e encaminha-lo ao setor técnico competente, informando todos os dados de identificação do equipamento, de aquisição e o local onde será instalado. Antes de se contatar a empresa responsável pela instalação, o setor técnico deverá se certificar de que todas as necessidades de pré-instalação estão satisfeitas, devendo principalmente para equipamentos de grande porte, ou que sejam sensíveis, exigir a presença de um representante da empresa responsável pelo equipamento, que possa emitir o parecer sobre a pré-instalação, visando reduzir as possibilidades de afetar a garantia do equipamento, caso ele venha a ser instalado em condições que diferem das exigidas pelo fabricante.

Estando as necessidades de pré-instalação atendidas, pode-se efetuar a instalação do equipamento, segundo o cronograma previamente estabelecido com o fornecedor. Nesta fase é extremamente importante o acompanhamento por pessoal técnico capacitado, pois se trata de uma primeira oportunidade de aprendizado sobre seu funcionamento. Nesta fase é comum a apresentação de problemas técnicos ou necessidade de que seja feita uma calibração

Deve ser feita uma anotação bastante detalhada, pois estas informações serão utilizadas futuramente na formação de um banco de dados, necessários ao acompanhamento da vida útil do equipamento. Além das informações de aquisição, tais como: custo e data de aquisição, forma de aquisição, etc., deverão ser anotadas informações sobre: fornecimento de documentação técnica e qual seu tipo (se manual de operação, manual de manutenção corretiva e preventiva, listas de peças, etc.), quais partes e acessórios acompanham o equipamento (anotar seus respectivos números de série e sua localização), tensão de alimentação, potência do equipamento, tipo e características de baterias (quando presentes), tipos de fusíveis e dispositivos de proteção, tipos de lâmpadas, gás e etc.

SECRETARIA FLS Nº 4616

No final, deverão ser realizados testes de segurança elétrica, radiológica, etc., conforme o tipo de equipamento, com objetivo de efetuar a aprovação técnica e início dos testes clínicos, antes de se dar o aceite final e conseqüente liberação do pagamento.

Estando a área técnica e clínica de acordo quanto ao funcionamento do equipamento, deverá ser encaminhado um parecer final á administração (ou setor de compras) informando que poderá ser autorizado seu pagamento, conforme as condições e prazos estabelecidos no contrato de fornecimento.

Seguindo-se a esta fase, temos o período de garantia, durante o qual recomenda-se que seja efetuado o treinamento técnico para que, após o período de garantia, o setor técnico da instituição esteja preparado a realizar sua manutenção.

BIBLIOGRAFIA

BRONZINO, J. D. **Management of Medical Technology** – A Primer for Clinical Engineers – Butterwoth-Heinemann,1992.

CALIL, S. J. ; TEIXEIRA, M. S. **Gerenciamento de Manutenção de Equipamentos Hospitalares** – Série Saúde & Cidadania – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998. v,11.

MENDES, E. S. **Especificações Técnicas de Equipamentos Médico Hospitalar,** Hospital Municipal Odilon Behrens, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Assistência Saúde. **Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: Planejamento e Dimensionamento,** 1994.

MÜLLER, JR. E. L. ; CALIL, S. J. **Sistema de Apoio ao Planejamento de Serviços Hospitalares e Especificação de Equipamentos Médicos.** Campinas, 2000. Tese (Doutorado em Engenharia Elétrica) – FEEC, UNICAMP.

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL
FLS Nº 4617
FUNESP

CAPÍTULO 4

FUNDAMENTOS DE SEGURANÇA PARA UNIDADES DE SAÚDE

Elaborado por:
Prof. Dr. Alexandre Henrique Hermini
Eng. João Carlos L. Pedroso

SECRETARIA GERAL
GERÊNCIA DA SECRETARIA
FLS Nº 4618
SF
FUNC.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 183

OBJETIVO 184

CONCEITOS DE SEGURAÇÃO ELÉTRICA 184

Conceito de segurança elétrica no ambiente Médico-Hospitalar 184

Efeitos da corrente elétrica no corpo humano 185

Técnicas de proteção contra o choque elétrico 191

PROPOSTA DE METODOLOGIA 196

Segurança do trabalho 196

Garantia de segurança na utilização da tecnologia médico-hospitalar 200

Testes de segurança elétrica de acordo com a norma NBR IEC 60601 206

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE MÉDICO-HOSPITALAR 210

Formulário de investigação de acidentes 211

Relatório técnico de testes dos EEM envolvidos 212

NORMAS DA SÉRIE NBR IEC 601 PUBLICAS 212

GERÊNCIA DA SECRETARIA GERAL FLS Nº 4619 FUNC.

INTRODUÇÃO

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e os procedimentos neles realizados tem apresentado mudanças significativas de tecnologias e comportamento, mesmo se considerarmos apenas os últimos 40 anos. No Brasil no início do século XXI muito se tem discutido o conceito qualidade em ambiente médico-hospitalar, estando associado à satisfação das expectativas do cliente em relação ao serviço prestado. Quando se fala em qualidade, é indiscutível a importância dos protocolos e certificações de conformidade baseados em normas como a série ISO 9000, Boas Práticas de Fabricação (BPF - Ministério da Saúde – Brasil), Good Manufacturing Pratices (GMP-USA) e Acreditação Médico-Hospitalar (Ministério da Saúde – Brasil), nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) e seus fornecedores de produtos e serviços.

Esta busca pela qualidade tem sido a grande corrida das instituições na última década e tem como fundamento a implantação de procedimentos que visam a rastreabilidade das informações referentes aos processos realizados e produtos associados à atividade desenvolvida pela instituição. Tratando-se dos EAS's brasileiros, como tem sido tratada a questão segurança?

Embora o termo segurança não esteja explicitamente presente nos títulos de muitos documentos, normas, programas e protocolos de qualidade, ele está incorporado a estes no que diz respeito à necessidade da existência de protocolos, como por exemplo, os planos de contingência a serem adotados em situações de emergência e registro das inspeções. Mesmo documentos desenvolvidos especificamente para a área de saúde, não abordam toda a extensão de atividades nela realizadas, visto que um EAS é uma das áreas mais complexas em termos de atividades e riscos profissionais que podemos encontrar, onde nos deparamos com atividades de perfil industrial (Lavanderia, Caldeiraria, Geração de Energia, Cozinha), hotelaria, armazenagem de produtos de alto risco (substâncias tóxicas produtos inflamáveis e vasos sob pressão), locais de afluência de público, atividades profissionais insalubres e ainda nem consideramos o indivíduo associado à atividade fim da instituição, o paciente ou cliente (como tem sido utilizado), o qual está sujeito a riscos de ordem biológica (infecções), tecnológica (erros e mau funcionamento de equipamentos) e intercorrências associadas aos procedimentos médico-hospitalares (erros médicos).

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4620 SF FUNC.

Assim, propomos enfocar nossa abordagem nos pacientes e profissionais de saúde, nos aspectos relacionados à inserção de tecnologias e produtos de assistência direta à saúde nestes ambientes, sem esquecer que fazem parte de um contexto, ou seja, coexistem com as demais áreas citadas anteriormente. Visando uma melhor compreensão do tema abordado, este será dividido em duas partes:

- Conceitos de segurança elétrica
- Proposta de metodologia

OBJETIVO

Apresentação de linhas de ação para melhoria da segurança de procedimentos assistenciais de saúde associados à utilização de tecnologia.

CONCEITOS DE SEGURANÇA ELÉTRICA

Conceitos de segurança elétrica no ambiente médico-hospitalar

Dentre os inúmeros fatores a serem abordados quanto à segurança em ambiente médico-hospitalar, os riscos elétricos tem merecido uma atenção especial, quer pelas conseqüências trazidas por eventuais acidentes causados pela passagem da corrente elétrica pelo ser humano, quer pelo descaso com que vem sendo tratado.

Sob o ponto de vista do paciente, busca-se evitar, ou limitar a valores aceitáveis, a circulação de corrente através do corpo humano, ao que denominaremos *choque elétrico.* Desta forma devem ser utilizadas técnicas que, tanto em condições normais, quanto em "situações de única falta", isto é, condições que se verifica quando um só dos recursos de proteção contra risco de segurança apresenta defeito no equipamento, o paciente, assim como os operadores, não estariam submetidos ao risco de choques elétricos. Antes de abordarmos as técnicas de proteção mais empregadas, uma vez que é praticamente impossível "eliminar totalmente o risco" do choque (corrente elétrica igual a zero em ambientes onde haja a utilização

SECRETARIA DA SAÚDE FLS Nº 4621 FUNC.

de sistemas eletro-eletrônicos) para que possamos estabelecer os limites controlados pela técnica empregada, devemos estabelecer o comportamento da corrente elétrica no corpo humano e em seguida quantificar os valores limites de cada técnica e aqueles seguramente suportados pelo ser humano.

Efeitos da corrente elétrica no corpo humano

Os efeitos causados pela passagem da corrente elétrica através do corpo humano dependem, basicamente, de cinco fatores (Webster, 1992; Gewer, 1983):

Intensidade da corrente (medida em Amperes)

Duração do choque (em segundos)

Freqüência do sinal (em Hertz)

Densidade da corrente (em miliAmperes/mm^2)

Caminho percorrido pela corrente (por exemplo, entre braços, perna-braço,...).

A seguir serão feitas descrições de cada um destes efeitos, com seus respectivos valores limites:

INTENSIDADE	EFEITO
Menor que 1 mA	Imperceptível se aplicada externamente; Se aplicada ao miocárdio, pode causar fibrilação ventrilar.
Entre 1 e 10 mA	Limiar de percepção
Entre 10 e 30 mA	Perda do controle motor
Entre 30 e 75 mA	Paralisia ventilatória
Entre 75 e 250 mA	Fibrilação ventricular
Entre 250 mA e 5 A	Contração miocárdica sustentada
Maior que 5 A	Queimadura dos tecidos

Tabela 1: Efeito fisiológico de uma corrente elétrica de 60 Hz, aplicada entre as mãos de um homem de 70 Kg, por um período de 1 a 3 s (Dalziel, 1973; Rooth et. Col, 1975).

Intensidade da Corrente

De acordo com Dalziel (1973), ao passar através do corpo humano, a corrente elétrica causará um efeito fisiológico dependendo da sua intensidade, conforme apresentado na tabela 1. Os estudos foram realizados considerando-se a corrente aplicada entre as mãos de um indivíduo de 70 kg, por um período de 1 a 3 segundos.

Duração do Choque

Existe uma relação diretamente proporcional, entre a duração do choque elétrico e a probalidade de fibrilação ventricular do indivíduo. Os limites podem ser definidos para sinais de corrente contínua, com apresentado na figura 1 (IEC 476, 1979), ou para corrente alternada de 60 Hz, de acordo com figura 2 (Webster, 1992).

SECRETARIA DA SAÚDE
FLS Nº 4623
FUNED

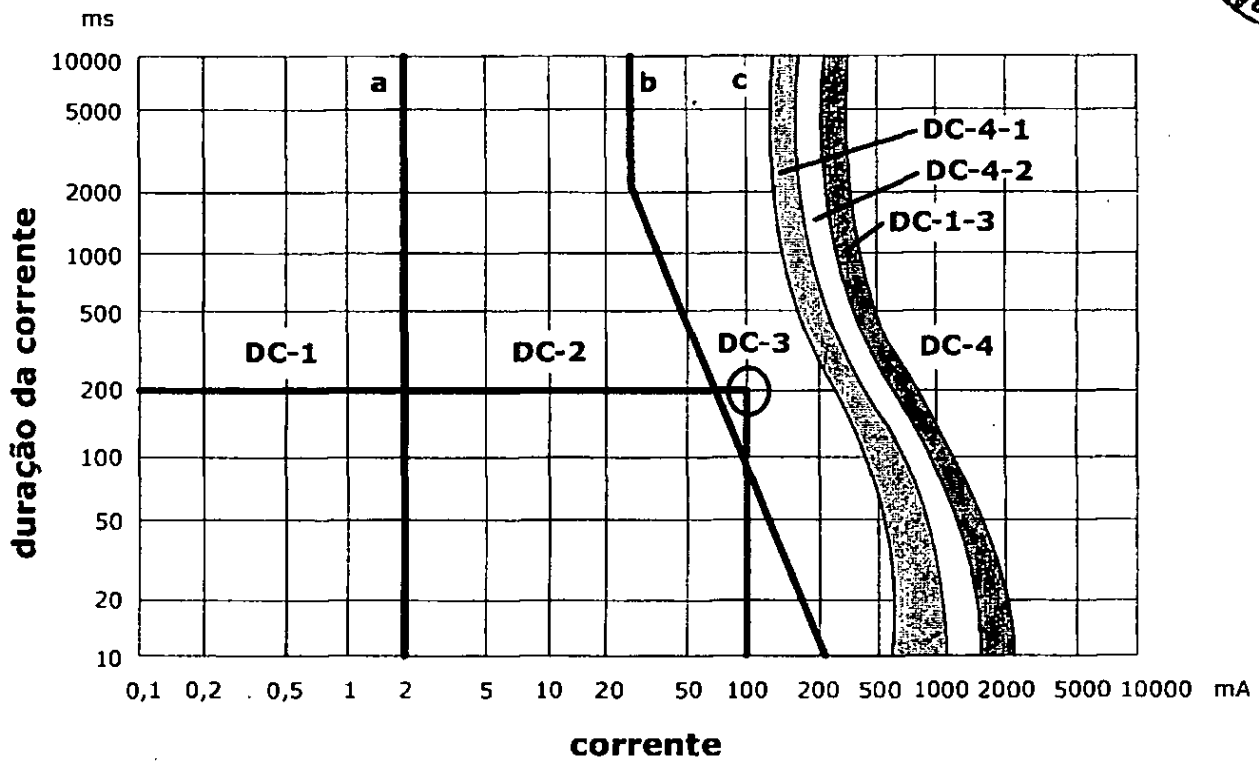


Figura 1 - Efeitos fisiológicos da corrente contínua em função da duração do choque.

REGIÃO	PROVÁVEL EFEITO FISIOLÓGIO
DC-1	Nenhum efeito perceptível
DC-2	Limiar de percepção (sensação de formigamento)
DC-3	Riscos de paralisia muscular, como perda do controle motor
DC-4-1	Risco de 5% de fibrilação ventricular
DC-4-2	Risco de 10% de fibrilação ventricular
DC-4-3	Riscos de 50% de fibrilação ventricular
DC-4	Riscos de 90% de fibrilação ventricular

Tabela 2 - Efeitos da corrente contínua no ser humano

Para análise dos efeitos da duração do choque, traçaremos duas linhas, uma vertical partindo do VALOR DA CORRENTE que circula pelo indivíduo e outra horizontal partindo da DURAÇÃO do choque. A região do gráfico na qual

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4624 SAP FUNC.

houver a interseção das retas indicará o provável efeito fisiológico do choque. Numa analogia ao conhecido jogo *Batalha Naval*, teremos, por exemplo, corrente 100 mA x duração 200 ms, a interseção das retas "cairá" na região DC-3 do gráfico da figura 1, indicando riscos de perda de controle motor.

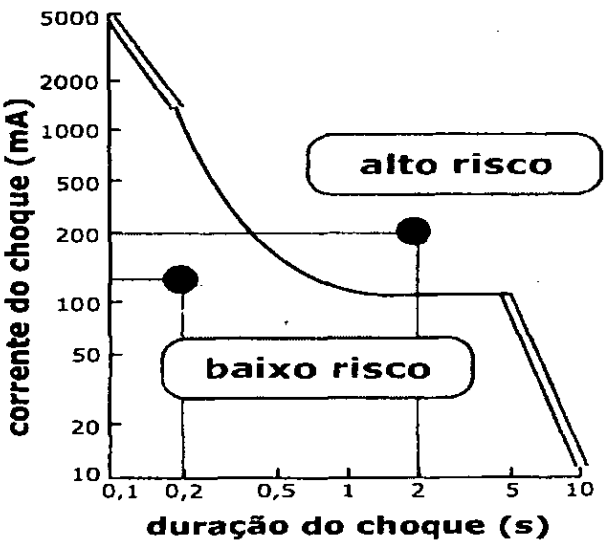


Figura 2 - Limiar de fibrilação ventricular em função da duração do choque de corrente alternada de 60 Hz.

A análise do gráfico de corrente alternada é similar à adotada para os casos de corrente contínua, neste caso, associando a duração ao risco de fibrilação ventricular, ou seja, quando a interseção das retas da intensidade de corrente com a duração do choque localizar-se na região de baixo risco, teremos uma condição segura, e quando se localizar na região de alto risco, o indivíduo se encontrará em uma condição de risco de fibrilação ventricular.

Freqüência do Sinal

Existe um evento que ocorre, inclusive com cada um de nós, que é a resposta em freqüência. Esta pode ser descrita como "para um mesmo nível de intensidade de um estímulo (sonoro, visual, elétrico...) a resposta de um sistema (equipamento eletro-eletrônico, corpo humano,...) será diferente para cada faixa de freqüência desse estímulo". Um exemplo deste evento pode ser dado a partir do nosso sistema auditivo, o qual é capaz de "ouvir ou perceber" sinais sonoros na faixa de 20 a 20.000 Hz. Sinais acima (ultra-som) ou abaixo (infra-som) desta faixa atingem nosso sistema auditivo, porém, não são

SECRETARIA FLS Nº 1625 SF FUNC. GERÊNCIA

"percebidos", pois o sistema não responde a estas faixas de freqüência. O tecido cardíaco e os músculos esqueléticos respondem a estímulos elétricos, o que os classifica como tecidos excitáveis e apresentam um comportamento similar a nossa audição, ou seja, dependendo da feqüência do sinal que está ocasionando o choque elétrico, estes tecidos poderão ser afetados ou não por estas correntes. Outro fator a ser considerado é o comportamento das correntes elétricas de alta freqüência quando estas circulam pôr um condutor, conhecido como efeito pelicular ou "skin". A figura 3 apresenta a curva característica do limiar de perda do controle motor em função da freqüência do sinal que provoca o choque elétrico.

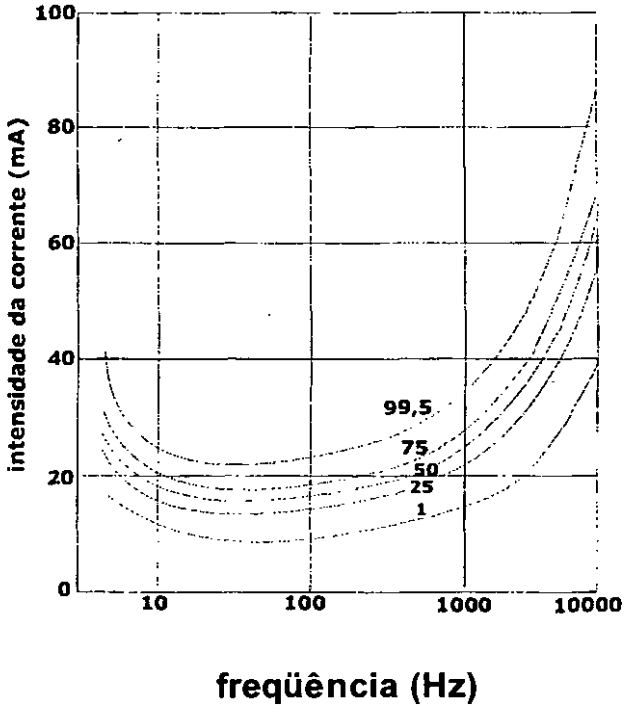


Figura 3 - Limiar de perda do controle motor em função da freqüência do sinal (IEC 479).

As curvas 1, 25, 50, 75 e 99.5 indicam a probabilidade (%) da ocorrência de perda de controle motor entre todos os indivíduos envolvidos nos estudos.

Para análise dos efeitos do choque em função da frequência do sinal elétrico, traçaremos duas linhas, uma vertical partindo do valor da FREQUÊNCIA do sinal e outra horizontal partindo da INTENSIDADE DA CORRENTE que circula pelo indivíduo. A região do gráfico na qual houver a interseção das retas indicará

GERÊNCIA DA SECRETARIA FLS Nº 4626 FUNC.

o risco de choque, ou seja, se tomarmos o exemplo do gráfico acima, teremos a interseção na região de risco, indicando probabilidade de perda de controle motor devido à intensa estimulação da musculatura submetida à corrente de choque.

Densidade da Corrente

Para a ocorrência do choque elétrico é imprescindível a circulação de corrente pelo corpo humano e para tal existirá um ponto de "entrada" e um ponto de "saída" da corrente, por exemplo, "entrada" na palma da mão direita e "saída" na planta do pé esquerdo, esclarecendo que em casos de choques causados por correntes alternadas, esta denominação é apenas didática, pois os sentidos de circulação se alternam em função da frequência. Assim, independentemente dos efeitos fisiológicos internos (perda de controle motor, fibrilação ventricular,...) no local de aplicação da corrente elétrica, o efeito sobre os tecidos depende da densidade de corrente, a qual relaciona a intensidade da corrente com a área de contato entre o corpo humano, resultando na tabela abaixo:

DENSIDADE DE CORRENTE	EFEITO
Abaixo de 10 mA/mm^2	Em geral não são observadas alterações na pele.
Entre 20 e 50 mA/mm^2	Coloração marrom na pele na região de contato. No caso de períodos que 10 s, são observadas pequenas bolhas ("blisters") na região de aplicação da corrente.
Acima de 50 mA/mm^2	Possibilidade de carbonização dos tecidos.

Tabela 3 - Efeito da densidade de corrente na região de aplicação da mesma, ao corpo humano

Digitally signed by HELIO PEREIRA DE ALENCAR JUNIOR:03147107106
Date: 2018.10.11 10:22:20 -03'00'
Motivo: Digitalização
Location: Brasília, DF

PROTOCOLO / SEI
FLS Nº 4628
FURNAS

Caminho Percorrido pela Corrente

Fica evidente que os efeitos fisiológicos do choque estão associados à estimulação dos tecidos submetidos à corrente elétrica. Assim, os caminhos de circulação entre mão e braço levarão a perda de controle motor daquele membro, já os caminhos que passam através do coração, apresentam probabilidade de fibrilação ventricular ou contração miocárdica sustentada, conforme ilustrado na figura 4.

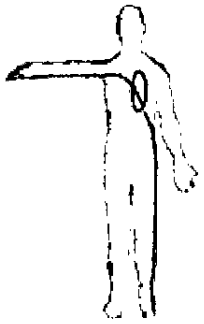


Figura 4 – Caminho de corrente que passa pelo coração, devendo ser evitado devido ao aumento do risco de fibrilação ventricular.

Técnicas de proteção contra choque elétrico

Conceitos de proteção contra choques elétricos

Para que haja um choque elétrico, ou seja, a circulação de corrente elétrica (corrente - [I]) pelo corpo humano, é necessário que haja uma diferença de potencial entre os pontos (ddp - [V]) e um caminho (resistência - [R]) para a circulação da corrente (meio condutor) ligando dois ou mais pontos que estejam em potenciais diferentes. Esta relação é estabelecida pela Lei de Ohm, na forma:

$$I = \frac{V}{R}$$

Assim, se o resultado da equação acima tender a zero, teremos um ambiente seguro contra choques elétricos, uma vez que a corrente através do corpo humano será próxima de 0 (zero). Este objetivo pode ser alcançado se forem estabelecidos métodos onde a ddp entre os pontos de contato seja igual, ou próxima, a zero. A esta técnica denominamos "EQUIPOTENCIALIDADE". Outra alternativa está na obtenção de um caminho de Impedância elevada entre a fonte de energia e o corpo humano, a qual denominamos "ISOLAÇÃO".

Como técnica adicional de proteção contra choques elétricos, emprega-se dispositivos diferenciais residuais ou DR, os quais se baseiam nas curvas de

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4629
UNIC

efeitos da corrente em função da duração do choque, interrompendo a alimentação caso haja um desbalanceamento entre as correntes dos condutores de alimentação, indicando a existência de correntes de fuga no circuito.

Classificação dos choques elétricos

Os choques elétricos podem ser classificados quanto:

- Tipo de contato: Direto ou Indireto
- Local de aplicação: Microchoques e Macrochoques

Classificação quanto ao tipo de contato:

Contato direto:

São as situações onde o contato ocorre com partes vivas sobre tensão, ou seja, condutores elétricos (fios e cabos) sem a proteção de um isolante ("o famoso choque no fio desencapado").

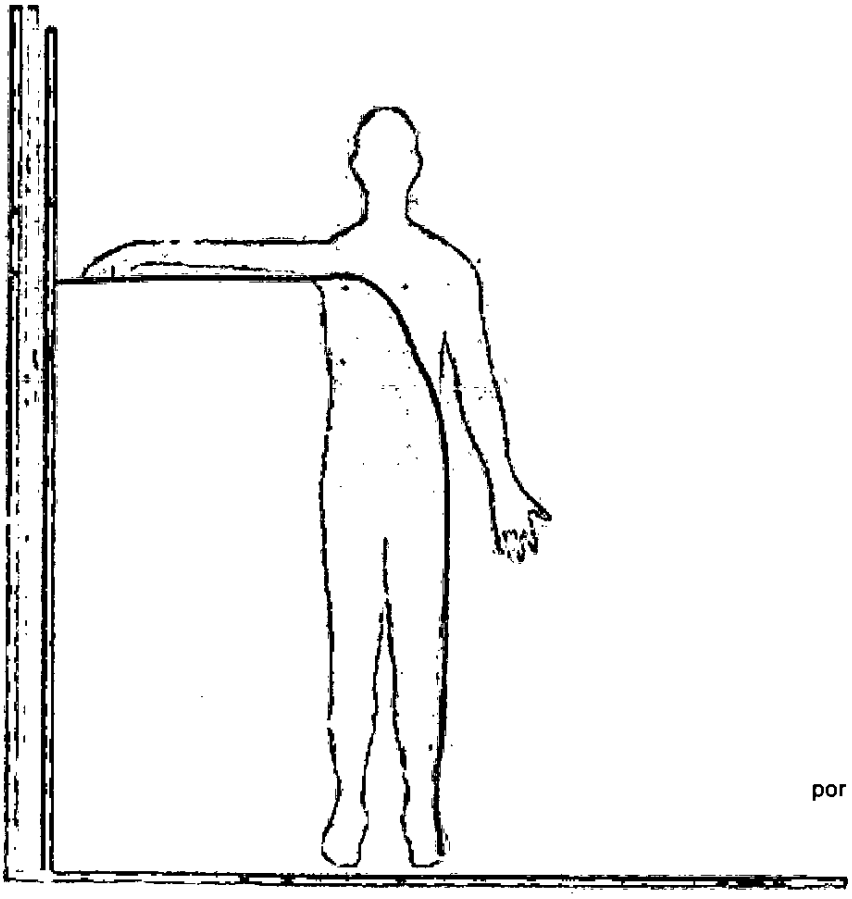


Figura 5 - Situação de choque por contato direto (Cotrim, 1993).

PROTOCOLO 4630

Contato indireto:

São aquelas situações onde o contato ocorre com partes metálicas de equipamentos e instalações que tenham sido energizadas acidentalmente devido a uma falha de isolação ("o famoso choque na porta da geladeira").

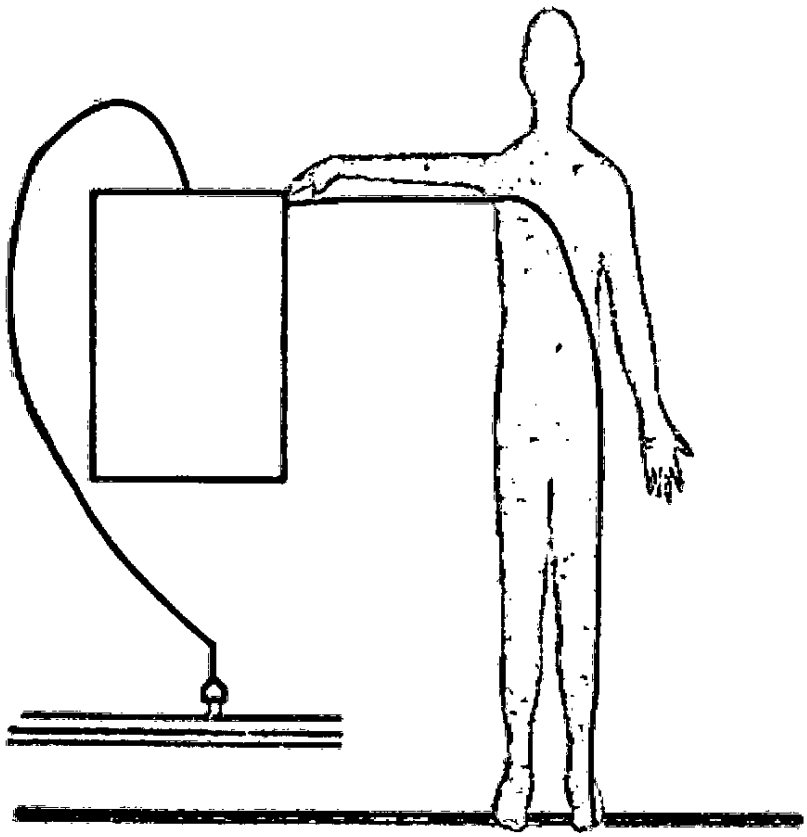


Figura 6 - Situação de choque por contato indireto.

Podem resultar em situações de risco de choque por contato indireto, condições de falta ou falha. Faltas ocorrem quando condutores energizados entram em contato direto com partes condutoras expostas devido a acidentes (não confundir com interrupção do fornecimento de energia pôr parte da concessionária). Falhas ocorrem quando da existência de correntes de fuga para carcaça devido à imperfeição das isolações.

Classificação quanto ao local de aplicação:

A pele, dentre outras funções, atua como atenuador de corrente por oferecer um caminho de alta impedância se comparada com tecidos internos do corpo humano. Dependendo da região do corpo e do nível de sudorese, a pele intacta apresenta uma resistência entre 15 kW e 1 MW. Em contraste a esses valores, se rompida a camada de pele, a resistência interna do corpo cai para valores da ordem de 100W (tronco) a 500W (entre dois membros) (IEC 479). Quanto à proteção oferecida através da pele, podemos classificar os choques como (Webster, 1992):

Macrochoques:

Macrochoques ocorrem quando o contato elétrico é realizado sobre a pele intacta. Este fato, devido à resistência da pele, produz um caminho de maior

PROTOCOLO 4631

impedância, reduzindo a intensidade de corrente pelo corpo para uma mesma ddp. Outro fato a ser considerado é a área de circulação de corrente, que produz uma maior distribuição da mesma, e implica em uma menor densidade de corrente passando através de órgãos vitais, como o coração (Webster, 1978). A figura 7 representa uma situação de macrochoque.

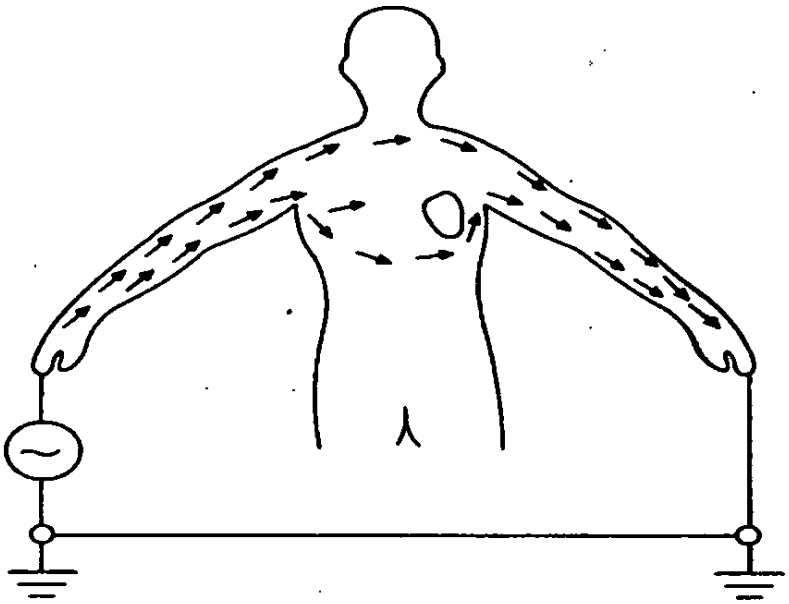


Figura 7 - Situação de macrochoque

Microchoques:

Durante procedimentos cirúrgicos ou em casos de acidentes onde o contato elétrico é feito internamente ao corpo (sem a proteção da pele), um caminho de baixa impedância oferecido pelos tecidos, propiciará a presença de correntes elevadas, mesmo em tensões baixas, esta situação é denominada microchoque (Webster, 1978). Outro fato a ser considerado na ocorrência de microchoques, é a densidade de corrente que pode circular pelos tecidos e no caso específico de procedimentos intracardíacos, corrente da ordem de 20 mA podem levar a fibrilação ventricular, como ilustrado na figura 8:

4632

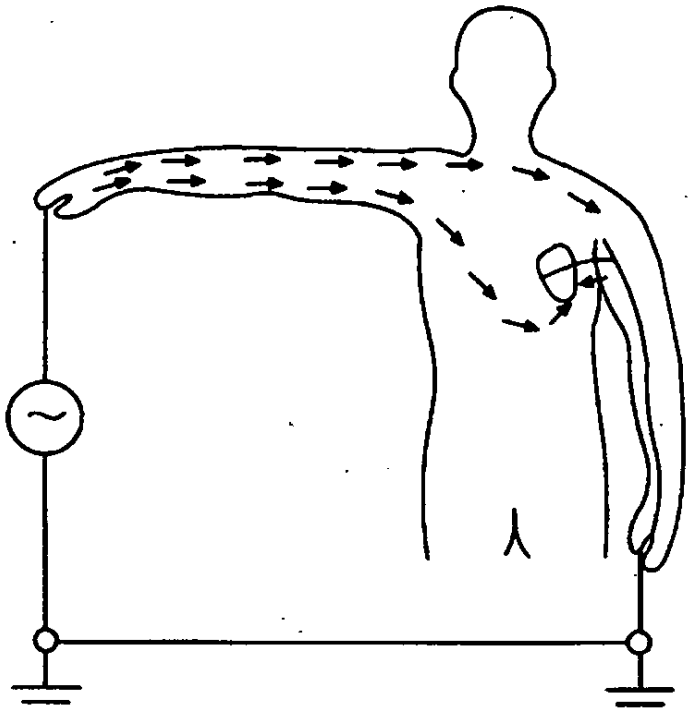


Figura 8 - Situação de microchoque.

No que diz respeito à proteção, devem ser adotadas técnicas que abranjam tanto instalações, quanto pessoas. As instalações devem ser protegidas contra correntes elevadas através de dispositivos disjuntor ou fusível e as pessoas contra choques elétricos causados por correntes fase-terra, através de dispositivos DR (NBR 5410; NBR 13534).

Os conceitos apresentados até o momento, são aplicáveis a todo ambiente onde se utilize equipamentos eletro-eletrônicos alimentados por uma rede elétrica, incluindo-se os ambientes médico-hospitalares, os quais, além de todos estes riscos, possuem um fator agravante quanto ao risco de choques, são eles: as *partes aplicadas dos equipamentos eletromédicos,* que vem a ser o contato intencional de uma ou mais partes do equipamento com o paciente com finalidade terapêutica ou diagnóstica. Podemos citar como exemplo destas, os eletrodos de ECG, placas de retorno e eletrodos ativos de bisturis elétricos e as pás de um desfibrilador.

Os choques associados às partes aplicadas merecem uma atenção especial, visto que muitos dos dispositivos utilizados para promover o contato entre o equipamento e o paciente são do tipo adesivo e o paciente pode encontrar-se

PROTOCOLO 4633 FUHC

inconsciente, não se manifestando quanto à sensação de choque, o qual pode ser aplicado por longos períodos, aumentando o risco de efeitos fisiológicos graves, como as fibrilações ventriculares.

PROPOSTA DE METODOLOGIA

Proposta de estrutura para garantia da segurança no ambiente médico-hospitalar

Segurança do Trabalho

Esta é, com certeza, uma das áreas da segurança mais estruturadas no Brasil, com forte atuação do Ministério do Trabalho, através de normas regulamentadoras e de entidades de classe (como sindicatos, conselhos e associações) e mesmo assim tem apresentado deficiências na área de saúde, devido a grande diversidade de atividades realizadas pelos profissionais na área. Assim, este documento não se propõe a discorrer sobre a legislação relativa à área de segurança do trabalho, porém não poderia deixar de apresentar o estado atual destas e fornecer referências para consultas e estudos específicos. Assim, segue abaixo a relação de normas regulmentadoras vigentes no país, as quais podem ser acessadas pelo endereço eletrônico www.trabalho.gov.br:

NR1

Disposições Gerais

NR2

Inspeção Prévia

NR3

Embargo ou Interdição

NR4

Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

Proposta para modificação da NR4

FLS 4634

Sistematização Final NR4

Grupo de Trabalho Tripartie NR4

NR5

Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA

Manual CIPA

NR6

Equipamentos de Proteção Individual - EPI

NR7

Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

NR8

Edificações

NR9

Programas de Prevenção de Riscos Ambientais

NR10

Instalações e Serviços em Eletricidade

NR11

Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais

NR12

Máquinas e Equipamentos

NR13

Caldeiras e Vasos de Pressão

NR14

Fornos

NR15

Atividades e Operações Insalubres

NR16

Atividades e Operações Perigosas

NR17

Ergonomia

NR18

Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção

NR19

Explosivos

NR20

Líquidos Combustíveis e Inflamáveis

NR21

Trabalho a Céu Aberto

NR22

Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração

NR23

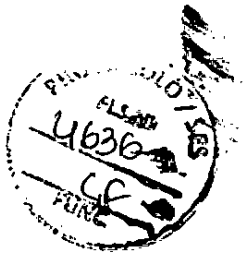
Proteção Contra Incêndios

NR24

Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho

NR25

Resíduos Industriais



NR26

Sinalização de Segurança

NR27

Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho no Ministério do Trabalho

NR28

Fiscalização e Penalidades

NR29

Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho Portuário

Partindo para uma abordagem prática, um passo fundamental a ser adotado é a elaboração do *mapa de risco*, que compreende a identificação dos locais do estabelecimento e os riscos profissionais presentes em cada um. Para melhor esclarecimento, apresentaremos um exemplo de mapa de risco implantado em um hospital de médio porte (135 leitos), onde encontraremos como ambientes:

- Centro Cirúrgico - CC
- Centro Obstétrico - CO
- UTI adulto
- UTI Neonatal
- Enfermarias
- Central de Material Esterilizado - CME
- Cozinha
- Manutenção

E os riscos existentes no estabelecimento:

- Biológico

- Ergonômico
- Físico
- Químico
- Risco de acidente

E, finalmente, a probabilidade de ocorrência do risco em cada ambiente onde esteja presente:

- Baixa
- Média
- Alta

Associando as informações apresentadas acima, teremos como exemplo:

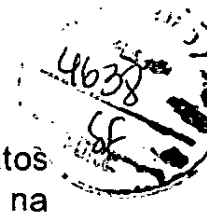
- Centro Cirúrgico: Alto risco biológico, Médio risco ergonômico, Médio risco físico.
- Central de Material Esterilizado – CME: Alto risco biológico, Médio risco ergonômico, Alto risco físico, Baixo risco químico.

As informações exemplificadas nos itens acima, devem ser claramente passadas aos funcionários do ambiente médico-hospitalares, assim como, adotado pela Comissão de Segurança do Trabalho, as devidas providências e planos de contingência a fim de minimizar os riscos de acidentes envolvendo atividades profissionais.

Este trabalho não tem, nem de longe, a intenção de cobrir todo o campo de Segurança do Trabalho, mas enfatizar sua importância dentro do ambiente e sugerir algumas direções para o *dia-a-dia* dos estabelecimentos assistenciais de saúde.

Garantia de segurança na utilização da tecnologia médico-hospitalar

Um fator que está cada vez mais envolvido nos programas de qualidade é a segurança, permitindo que se possa definir *Qualidade* como um binômio



Segurança & Desempenho. No que diz respeito aos equipamentos eletromédicos (EEM), implica que estes devem apresentar confiabilidade na operação e não oferecerem riscos de acidentes para o conjunto paciente, operador e equipamento.

A questão qualidade no uso da tecnologia em saúde tem sido abordada com bastante ênfase por organismos governamentais internacionais (FDA-USA, British Health Care-Uk,) e não governamentais (ECRI-USA), porém no Brasil esta área tem encontrado barreiras em sua implantação e dentre as causas podemos salientar a carência de uma política na área da saúde que aborde a utilização da tecnologia.

A presente proposta aborda a inserção da tecnologia no ambiente e nos procedimentos assistenciais de saúde, garantindo que tais produtos apresentem *qualidade,* atendendo o conceito apresentado anteriormente (segurança x desempenho). Inúmeras ações tem sido implementadas no Brasil nos últimos anos, visando atingir esta meta, porém tomadas isoladamente, onde cada profissional ou segmento "cuida" exclusivamente do objeto de sua atividade, ou seja, o médico ou enfermeiro se preocupa *apenas* com a assistência, o fabricante *apenas* com seu equipamento e assim por diante em toda a rede envolvida com esta tecnologia, o que nos submete a famosa frase *"Da minha parte não tem nada errado, é melhor ver com o ....".* Embora tenhamos um número extremamente reduzido de registros de acidentes associados à utilização de equipamentos médico-hospitalares no Brasil, é do conhecimento de toda sociedade, que tais fatos realmente ocorrem, levando desde um pequeno dano ao equipamento, passando por lesões graves em pacientes (queimaduras graves em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos) e operadores e chegando a óbito do paciente, como ocorrido durante procedimento cirúrgico no interior do estado de São Paulo em 1998 (OESP, 1998).

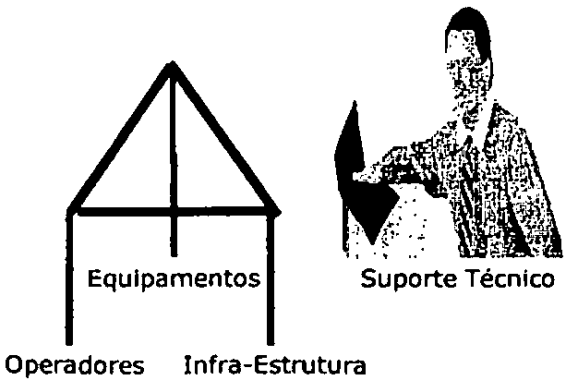
Segundo Ferro et alli, 1994, a segurança da tecnologia em EAS depende de três fatores:

- Rede elétrica
- Conformidade dos equipamentos com normas
- Regularidade dos testes nos equipamentos

4639

Embora se reconheça o mérito desta afirmação, acredita-se hoje que realidade brasileira apresente outros fatores associados à garantia da qualidade. A partir de levantamentos junto a hospitais, principalmente quando investigada uma intercorrência envolvendo equipamentos eletromédicos, podemos associar a garantia de qualidade aos fatores, nos permitindo relacioná-los da seguinte maneira:

- Instalações
- Equipamentos
- Usuários
- Assistência Técnica



A representação gráfica proposta, visa relacionar os fatores inseridos no ambiente a uma mesa, onde cada "perna" estará relacionada a um item, ou seja, equipamento, infra-estrutura e operador. Assim, caso qualquer uma apresente problema, nosso "móvel" não mais será seguro e confiável. Para garantia desta estrutura, faz-se necessário um profissional com qualificação técnica abrangente em todos os fatores, o qual realizará a *"manutenção"* deste produto no sentido literal do termo.

Assim, devemos considerar que os fatores possuem o mesmo grau de importância na cadeia da qualidade, não sendo possível priorizar nenhum deles em detrimento a outro, salvo em casos especiais, onde algum tipo de problema momentâneo esteja se manifestando.

A seguir será apresentado um descritivo do papel de cada um dos fatores apresentados:

INFRA-ESTRUTURA: A infra-estrutura é primordial para o funcionamento confiável de um EEM, pois determina um fator ambiental necessário a todo

tipo de EEM, assegurando que este venha a operar dentro dos parâmetros para os quais foi projetado. Qualquer alteração nestas condições, excedendo os limites estabelecidos por normas e pelo fabricante do equipamento, poderá estabelecer situações de risco. Portanto, torna-se fundamental a verificação de exigências impostas pelo equipamento, bem como aquelas descritas em normas específicas. Este fator deve considerar desde a edificação até os suprimentos como energia elétrica, gases medicinais, água, vapor, dentre outros.

EQUIPAMENTOS: Em relação aos equipamentos, um programa deve assegurar a qualidade dos equipamentos em utilização no ambiente médico-hospitalar, através da implantação de um programa de PREVENÇÃO A INTERCORRÊNCIAS. Esse programa deve atuar desde o dimensionamento dos equipamentos, passando pela aquisição e atingindo todos os procedimentos de Manutenção Corretiva (MC) e de Manutenção Preventiva (MP), sempre tomando como base normas nacionais e internacionais específicas para equipamentos médico-hospitalares. Isso nos leva, no momento da aquisição, a observar os padrões mínimos exigíveis para cada tipo de equipamento, permitindo que apenas equipamentos com nível aceitável de qualidade sejam incorporados ao EAS. Um fator de vital importância, e que não tem recebido a atenção necessária, diz respeito às manutenções (MC e MP), onde qualquer intervenção realizada em um equipamento médico-hospitalar deve obedecer a critérios técnicos padronizados que assegurem a qualidade original exigida pelo fabricante. Uma questão fundamental para se estabelecer a qualidade de um produto, é a utilização de uma referência, ou seja, valores ou condições a serem atingidas pelo equipamento durante avaliação. No Brasil, os equipamentos eletromédicos são normalizados pela série de norma NBR IEC 601, a qual aborda requisitos essenciais para segurança de equipamento eletromédico. Isto levanta a seguinte questão *"caso o equipamento sob análise atenda todas as prescrições das normas NBR IEC 601, então está alcançada a qualidade?"*. Reiterando a importância da visão holística do ambiente médico-hospitalar, a resposta é NÃO, ao se afirmar que apenas a conformidade com as prescrições normativas seja suficiente para a qualidade da tecnologia, estamos cometendo um erro grave no gerenciamento da tecnologia, uma vez que, depois de inserido no ambiente médico-hospitalar, cada equipamento necessita de condições ambientais específicas e deve

ser operado dentro das condições prescritas nos manuais do usuário. Assim, podemos afirmar que a aquisição e utilização de um equipamento que atenda às prescrições normativas de segurança é fundamental para reduzirmos os riscos de acidentes, porém não podem ser esquecidos os demais fatores apresentados (infra-estrutura, operadores e suporte técnico).

OPERADORES: Acredita-se hoje que, mesmo se os dois fatores descritos anteriormente atendessem plenamente às exigências, caso o operador não esteja qualificado na operação dos EEM's, as atividades apoiadas por tecnologia estarão sendo realizadas de maneira insegura, trazendo risco de acidentes ao conjunto (paciente, operador, equipamento). Os treinamentos direcionados aos operadores deverão contemplar tanto fundamentações teóricas das tecnologias empregadas (Exemplo: Princípios de ventilação pulmonar mecânica), assim como, treinamentos direcionados a equipamentos específicos (Exemplo: Treinamento teórico-prático de operação de ventilador XYZ mod. 123), atingindo todos os profissionais envolvidos na assistência.

SUPORTE TÉCNICO: O último fator a ser considerado diz respeito à Assistência Técnica, a qual deverá ser formada por profissionais qualificados e atualizados através de programas de reciclagem. Além do conhecimento técnico, estes profissionais deverão incorporar à sua conduta, os conceitos de qualidade no ambiente médico-hospitalar e de segurança do trabalho, quesito este que passa para o cliente uma imagem de confiabilidade na empresa que o assiste.

Para a elaboração de um programa efetivo, é fundamental que o estabelecimento possua um levantamento patrimonial confiável de seus equipamentos, a partir do qual será adequada a infra-estrutura, especificado e agendados os treinamentos (Técnico e Operacional) e estabelecidas as rotinas de manutenção (MC e MP).

A prevenção dos riscos de choque em equipamentos eletromédicos passa pelos aspectos apresentados anteriormente neste documento, onde os equipamentos e instalações deverão apresentar conformidade com as prescrições normativas correspondentes e as equipes técnicas e de saúde, qualificação compatível com o suporte técnico e com a operação dos equipamentos, respectivamente.

Quanto à garantia de segurança dos equipamentos, será apresentado a seguir um roteiro de ensaios que poderão ser realizados com equipamentos convencionais de uma oficina de eletrônica, como multímetros, chaves eletrônicas e resistores ou com equipamentos especiais como os analisadores de segurança elétrica.

Conforme abordado no item EQUIPAMENTOS, a normalização vigente no Brasil para segurança de equipamentos eletromédicos está baseada na norma IEC 60601-1, publicada em 1977 pela International Electro technical Commission (IEC), é a norma internacional mais importante em segurança de equipamentos eletromédicos. Ela foi publicada no Brasil em 1994 pela ABNT sob número NBR IEC 60601-1 e título "Equipamento eletromédico – Parte I: Prescrições gerais para segurança". Além desta norma geral, o conjunto de normas IEC 60601 é composta por normas gerais e particulares. As normas gerais são aquelas aplicáveis a todo e qualquer tipo de equipamento eletromédico e as normas particulares apresentam as exigências e recomendações específicas de cada tipo de equipamento eletromédico, como por exemplo, um aparelho de ventilação pulmonar ("respirador") apresenta parâmetros característicos de sua tecnologia, como fluxo e pressão de gases, podendo apresentar riscos de lesões nas vias aéreas (traquéias, pulmões,...), caso estes parâmetros apresentem-se fora das condições adequadas de operação. Já uma unidade eletrocirúrgica (bisturi elétrico) utiliza-se de correntes elétricas de alta freqüência para seu funcionamento, o que caracteriza riscos associados ao choque elétrico, como estimulação de tecidos e efeitos térmicos (queimaduras). Assim, além das prescrições gerais, se faz necessária uma abordagem específica dos parâmetros associados a cada tecnologia.

Equipamentos eletromédicos devem ser testados tanto pela norma geral, quanto pelas respectivas normas particulares. Devido à grande variedade de parâmetros cobertos pelas normas particulares, torna-se impraticável neste documento abordar todos os testes aplicados. Assim, serão descritos apenas os testes que são comuns a todos os equipamentos eletromédicos.

Testes de segurança elétrica de acordo com a norma NBR IEC 60601

Classificação dos equipamentos e suas partes aplicadas:

Os testes de segurança elétrica são aplicados conforme a classe do equipamento e o tipo de suas partes aplicadas, que determinam respectivamente o tipo e o grau de proteção contra choque elétrico.

Quanto ao tipo de proteção contra choque elétrico, o equipamento pode ser energizado internamente ou por uma fonte de alimentação elétrica externa.

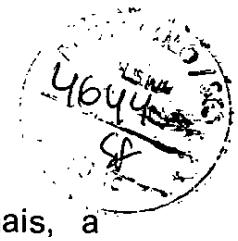
O equipamento energizado por uma fonte de alimentação elétrica externa pode ser:

Equipamento de Classe I: é o equipamento no qual a proteção contra choque elétrico não se fundamenta apenas na isolação básica, mas incorpora ainda uma precaução de segurança adicional, consistindo em um recurso de conexão do equipamento ao condutor de aterramento para proteção pertencente à fiação fixa da instalação, de modo a impossibilitar que partes metálicas acessíveis possam ficar sob tensão, na ocorrência de uma falha de isolação básica.

Equipamento de Classe II: é o equipamento no qual a proteção contra choque elétrico não se fundamenta apenas na isolação básica, mas incorpora ainda precauções de seguranças adicionais, como isolação dupla ou reforçada, não comportando conexão ao sistema de aterramento para proteção contra choques elétricos.

Com relação ao grau de proteção contra choque elétrico das partes aplicadas, estas são classificadas pela norma NBR IEC 60601 como:

- Parte aplicada de Tipo B: fornece o menor grau de proteção ao paciente entre todos os tipos de parte aplicada e não apresentando sistemas de isolação elétrica (flutuante) entre partes aplicadas e rede elétrica, não sendo apropriadas para aplicação cardíaca direta.
- Parte aplicada de Tipo BF: o grau de proteção é alcançado pela isolação entre partes aplicadas, rede elétrica e demais partes aterradas ou



- partes acessíveis do equipamento, portanto limitando ainda mais, a intensidade de corrente que fluiria através do paciente, neste caso, entrar em contato com outro equipamento sob tensão. Partes aplicadas de Tipo BF não são adequadas para aplicação cardíaca direta.
- Parte aplicada de Tipo CF: fornece o maior grau de proteção ao paciente. Este grau de proteção é alcançado pelo aumento da isolação das partes aterradas e outras partes acessíveis do equipamento, limitando ainda mais a intensidade da possível corrente fluindo através do paciente. Partes aplicadas de Tipo CF são apropriadas para aplicação cardíaca direta.

Condições de ensaio

A norma NBR IEC 60601-1 determina que sejam ensaiados elementos cuja falha poderia acarretar risco de segurança, em condição normal ou condição anormal sob uma só falha. A condição anormal sob uma só falha é aquela que se verifica quando um só dos recursos de proteção contra risco de segurança apresenta defeito no equipamento, ou quando este for submetido a uma só condição anormal externa.

Testes aplicados

Resistência do terra de proteção: É medida a impedância do terra de proteção (em W) do equipamento sob teste.

Correntes de fuga e corrente auxiliar através do paciente: A corrente de fuga é uma corrente não funcional, ou seja, ela não tem a finalidade de produzir um efeito terapêutico no paciente. São medidas as seguintes correntes de fuga:

- Corrente de fuga para o terra: É a corrente que circula da parte a ser ligada à rede para o condutor de aterramento para proteção.
- Corrente de fuga através do gabinete: É a corrente que circula de uma ligação condutiva externa, através do gabinete ou de suas partes, para o terra.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4645

- Corrente de fuga através do paciente: É a corrente que circula da parte aplicada, através do paciente, para o terra, ou passando do paciente para o terra, através de uma parte aplicada de Tipo F, e devido ao aparecimento indesejado, no paciente, de uma tensão proveniente de fonte externa.
- Corrente auxiliar através do paciente: É a corrente que circula através do paciente, em utilização normal, entre elementos da parte aplicada e que não é destinada a produzir um efeito fisiológico.
- Corrente de fuga através do paciente com tensão de rede nas partes aplicadas ao paciente: É medida a corrente de fuga através do paciente quando se aplica tensão de rede nas partes aplicadas ao paciente. A medida é feita entre a parte aplicada e o terra.

Para os testes descritos, são fornecidos a seguir os valores admissíveis estabelecidos pela NBR IEC 60601-1. Para certos tipos de equipamento, estes valores são modificados por prescrições específicas de uma norma particular.

FLS Nº 4646

DESCRIÇÃO DO TESTE		VALORES ADMISSIVEIS					
		CLASSE I			CLASSE II		
		B	BF	CF	B	BF	CF
RESISTÊNCIA DO TERRA DE PROTEÇÃO (Ω) [1]		0.2	0.2	0.2	N/D	N/D	N/D
CORRENTE DE FUGA PARA O TERRA (μA) [2]	Polaridade normal	500	500	500	N/D	N/D	N/D
	Pol normal – sem neutro	1000	1000	1000	N/D	N/D	N/D
	Polaridade reversa	500	500	500	N/D	N/D	N/D
	Pol reversa – sem neutro	1000	1000	1000	N/D	N/D	N/D
CORRENTE DE FUGA ATRAVÉS DO GABINETE (μA)	Polaridade normal	100	100	100	100	100	100
	Pol normal – sem neutro	500	500	500	500	500	500
	Pol normal – sem terra	500	500	500	N/D	N/D	N/D
	Polaridade reversa	100	100	100	100	100	100
	Pol reversa – sem neutro	500	500	500	500	500	500
	Pol reversa – sem terra	500	500	500	N/D	N/D	N/D
CORRENTE AUXILIAR ATRAVÉS DO PACIENTE (μA) [3]	Polaridade normal	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	Cc 10
		ca 100	ca 100	ca 10	ca 100	ca 100	Ca 10
	Pol normal – sem neutro	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	Cc 50
		ca 500	ca 500	ca 50	ca 500	ca 500	Ca 50
	Pol normal – sem terra	cc 50	cc 50	cc 50	N/D	N/D	N/D
		ca 500	ca 500	ca 50	N/D	N/D	N/D
	Polaridade reversa	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	Cc 10
		ca 100	ca 100	ca 10	ca 100	ca 100	Ca 10
	Pol reversa – sem neutro	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	Cc 50
		ca 500	ca 500	ca 50	ca 500	ca 500	Ca 50
	Pol reversa – sem terra	cc 50	cc 50	cc 50	N/D	N/D	N/D
		ca 500	ca 500	ca 50	N/D	N/D	N/D
CORRENTE NAS PAP (μA) [4]	Polaridade normal	N/D	5000	50	N/D	5000	50
	Polaridade reversa	N/D	5000	50	N/D	5000	50
CORRENTE AUXILIAR ATRAVÉS DO PACIENTE (μA) [3]	Polaridade normal	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	Cc 10
		ca 100	ca 100	ca 10	ca 100	ca 100	Ca 10
	Pol normal – sem neutro	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	Cc 50
		ca 500	ca 500	ca 50	ca 500	ca 500	Ca 50
	Pol normal – sem terra	cc 50	cc 50	cc 50	N/D	N/D	N/D
		ca 500	ca 500	ca 50	N/D	N/D	N/D
	Polaridade reversa	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	cc 10	Cc 10
		ca 100	ca 100	ca 10	ca 100	ca 100	Ca 10
	Pol reversa- sem neutro	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	cc 50	Cc 50
		ca 50	ca 500	ca 50	ca 500	ca 500	Ca 50
	Pol reversa – sem terra	pcc 50	cc 50	cc 50	N/D	N/D	N/D
		ca 500	ca 500	ca 50	N/D	N/D	N/D

Tabela 1 – Valores admissíveis estabelecidos pela NBR IEC 60601-1

N/D: não disponível. Não é um teste válido para a classe e tipo selecionados. Este teste não é aplicado.

(1) A resistência do terra de proteção depende do equipamento sob teste:

- Para o equipamento com conector de entrada de alimentação, a impedância entre o contato de proteção no conector de entrada de alimentação e qualquer parte metálica acessível protegida por aterramento não deve exceder 0,1 W.
- Para o equipamento com cordão ou cabo flexível de alimentação não destacável, a impedância entre o contato de proteção no conector de rede e qualquer parte metálica acessível protegida por aterramento não deve exceder 0,2 W.

(2) A única condição anormal sob uma só falha para a corrente de fuga para o terra, é uma interrupção por vez de um dos condutores de alimentação.

(3) Os valores máximos para a componente c.a. da corrente de fuga através do paciente e da corrente auxiliar através do paciente se referem somente às componentes c.a. das correntes.

(4) Tensão de rede sobre a parte aplicada.

Apesar de todos os esforços para se evitar a ocorrência de acidentes, o estabelecimento deverá implementar um programa de investigação de acidentes, com o objetivo de se identificar as causas destes, e assim, prevenir de forma mais efetiva sua reincidência. Uma proposta deste programa será apresentada a seguir.

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO DE ACIDENTES EM AMBIENTE MÉDICO-HOSPITALAR

Com base no conteúdo apresentado, fica clara a necessidade de programas que visem a segurança nos ambientes médico-hospitalares, porém qualquer programa implantado não consegue evitar integralmente a ocorrência de acidentes. Desta forma, o estabelecimento deve possuir uma metodologia de

investigação destas intercorrências, que tem como base o preenchimento de um formulário, o mais breve possível, após o acidente.

Qualquer trabalho para elaboração de um formulário padrão a ser adotado em qualquer instituição de saúde no Brasil, seria em vão, visto que a característica de cada uma nos remete a soluções particulares. Mesmo assim, apresentaremos a seguir, um modelo empregado em um Hospital Escola de alta complexidade, o qual não pode ser adotado "às cegas" para qualquer Instituição, mas serve como referência para implantação da metodologia mais adequada às características de cada Instituição.

Formulário de investigação de acidentes

Relato do acidente

1. Data da ocorrência: ____/____/____.
2. Departamento: _____.
3. Local: _____
4. Responsável pela área e pessoal envolvido:

_____

5. Equipamentos envolvidos: (descritivo, fabricante, modelo, série, PI, etc.):

_____.

6. Acessórios utilizados (descritivo, fabricante, modelo, série, PI, etc.):

_____.

7. Condições de utilização do equipamento no momento do acidente (ajustes, chaves, knobs, procedimentos, etc):

_____
_____.

8. Descrição do acidente:

_____.

9. Descritivo dos procedimentos da equipe médica e de enfermagem no momento do acidente:

_____.

Relatório técnico de testes dos EEM envolvidos

1. Testes realizados nos equipamentos:

_____.

2. Técnicas de simulação utilizadas (Bases normativas, científicas e protocolos):

_____.

3. Resultados da análise dos dados:

_____

_____.

4. Descritivo de ações preventivas a serem tomadas:

_____.

5. Responsável Técnico: _____ .

6. Cargo: _____

7. Data: ___/___/___.

NORMAS DA SÉRIE NBR IEC 601 PUBLICADAS

N°. da Norma: NBR IEC 60601-1-1.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 1: Prescrições gerais para segurança - 1. Norma colateral: Prescrições de segurança para sistemas eletromédicos - A ser reimpressa, incorporando emenda N° 1 de Novembro de 1997 (11 páginas).

Data de Publicação: 11/1997.

PROJ. COLOR. SES RS 4650

Objetivo: Descreve prescrições de segurança relativas aos sistemas eletromédicos no intuito de possibilitar a proteção do paciente, do operador e do ambiente.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Sistema Eletromédico. Normas Baseadas: IEC 60601-1-1.

N°. de Páginas: 24.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-1-2.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 1: Prescrições gerais para segurança - 2. Norma colateral: Compatibilidade eletromagnética.

- Prescrições e ensaios.

Data de Publicação: 10/1997.

Objetivo: Especifica as regras gerais e os ensaios de compatibilidade eletromagnética para os equipamentos e, ou sistemas eletromédicos, como também serve de base para possíveis prescrições e ensaios adicionais de compatibilidade eletromagnética para as Normas Particulares.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Compatibilidade Eletromagnética.

Normas Baseadas: IEC 60601-1-2.

N°. de Páginas: 10.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-1-4.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 1: Prescrições gerais para segurança 4. Norma Colateral: Sistemas eletromédicos programáveis.

Data de Publicação: 11/1997.

Objetivo: Especifica prescrições para o processo pelo qual um SEMP é projetado. Também serve como base para as prescrições das Normas Particulares, inclusive servindo como um guia para prescrições de segurança para o propósito de redução e gerenciamento do risco.

PROTOCOLO 4681

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Sistema Eletromédico.

Normas Baseadas: IEC 60601-1-4.

Normas Complementares: EC 60788, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-1, NBR ISO 9001, NBR ISO 9000-3.

N°. de Páginas: 21.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-2.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares de segurança para equipamento cirúrgico de alta freqüência.

Data de Publicação: 04/1998.

Objetivo: Especifica requisitos relativos à segurança das unidades eletrocirurgicas de alta frequência.
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Equipamento Cirúrgico, Bisturi.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-2.
Projeto de Origem: 26:002.05-001:1997.
N°. de Páginas: 21.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-3.
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamento de terapia por ondas curtas.
Data de Publicação: 04/1997.
Objetivo: Especifica prescrições para segurança do equipamento de terapia por ondas curtas que tem uma potência de saída declarada, não excedendo 500 W.
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-3.
N°. de Páginas: 10.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-5.
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamentos por ultra-som para terapia.
Data de Publicação: 04/1997.
Objetivo: Especifica prescrições para a segurança de equipamento por ultra-som para terapia usado na prática médica.
Não se aplica a equipamento no qual uma ferramenta é comandada por ultra-som (por exemplo, equipamento usado em cirurgia ou odontologia) ou no qual ondas de pulsos de ultra-som focalizadas são usadas para destruir conglomerados, tais como cálculos nos rins ou na bexiga (litotripsia).
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Ultra-Som.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-5.

N°. de Páginas: 11.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-6.
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamento de terapia por microondas.
Data de Publicação: 10/1997.
Objetivo: Estabelece as prescrições de segurança para o equipamento de terapia por microondas utilizado na prática médica. Não se aplica ao equipamento especificado para hipertermia.
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Terapia por Microondas.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-6.
N°. de Páginas: 09.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-10.
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamento para estimulação neuromuscular.
Data de Publicação: 10/1997.
Objetivo: Especifica as prescrições para segurança de equipamento para estimulação neuromuscular, para utilização na prática da medicina física.
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Estimulador Neuromuscular.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-10.
N°. de Páginas: 12.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-12.
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamento para ventilação pulmonar em utilização médica.
Data de Publicação: 04/1998.
Objetivo: Especifica as prescrições para segurança de ventiladores pulmonares incorporando dispositivos elétricos projetados para uso médico.
Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Ventilação.
Normas Baseadas: IEC 60601-2-12.
Projeto de Origem: 26:002.05-012:1997.
N°. de Páginas: 09.
N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-13.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de aparelhos de anestesia.

Data de Publicação: 11/1997.

Objetivo: Especifica prescrições de segurança para aparelho de anestesia que incorporam dispositivos elétricos para utilização médica. Prescrições não elétricas adicionais são cobertas por outras normas ISO ou equivalentes nacionais pertinentes.

Esta norma particular cobre também aparelhos de anestesia que incorporam ventiladores pulmonares para utilização com agentes anestésicos inalatórios.

Assuntos: Anestesia, Equipamento Eletromédico, Equipamento Médico, Segurança.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-13.

Normas Complementares: IEC 6 0065, IEC 60079-3, IEC 60079-4, IEC 60601-2-12, ISO 4135, ISO 5358, ISO 5369, NBR IEC 60601-1.

N°. de Páginas: 14.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-14.

Título: Equipamento eletromédico Parte 2: Prescrições particulares para segurança de equipamento para eletroconvulsoterapia.

Data de Publicação: 02/1998.

Objetivo: Esta norma particular especifica as prescrições para segurança de equipamento para eletroconvulsoterapia.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Eletroconvulsoterapia.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-14.

Projeto de Origem: 26:002.05-011:1996.

N°. de Páginas: 10.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-16.

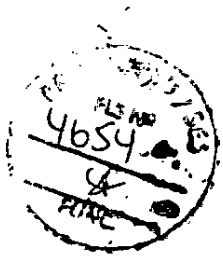
Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamentos de hemodiálise.

Data de Publicação: 04/1997.

Objetivo: Especifica prescrições de segurança para paciente único de equipamento de hemodiálise.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Hemodiálise.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-16.



Normas Complementares: IEC 60513, IEC 60651, NBR IEC 60601-1.

N°. de Páginas: 14.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-18.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares de segurança para equipamento de endoscopia.

Data de Publicação: 09/1997.

Objetivo: Especifica prescrições para a segurança dos equipamentos de endoscopia e dos instrumentos que deles fazem parte, utilizados para o diagnóstico médico e para os tratamentos nas cavidades do corpo.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Endoscópio.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-18.

Normas Complementares: IEC 60417G, IEC 60536, IEC 60601-2-2, IEC 60878, NBR IEC 60601-1.

N°. de Páginas: 11.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-19.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de incubadoras para recém-nascidos (RN) - A ser impressa, incorporando emenda N°1 de Março de 2000 (09 páginas).

Data de Publicação: 03/2000.

Objetivo: Especifica requisitos de segurança para incubadoras que minimizem os riscos ao paciente e ao usuário, e especificar os ensaios que possam verificar a conformidade com estes requisitos.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Incubadora.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-19.

Normas Complementares: IEC 60651, ISO 3743, ISO 7767, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-2-20.

N°. de Páginas: 26.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-20.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de incubadoras de transporte - A ser reimpressa, incorporando emenda N° 1 de Abril de 1998 (8 páginas).

Data de Publicação: 04/1998.

Objetivo: Especifica regras de segurança relativas às incubadoras de transporte. Não se aplica a equipamentos que utilizem aquecedores radiantes.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Transporte, Incubadora.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-20.

Normas Complementares: IEC 60651, ISO 32, ISO 407, ISO 3743, ISO 7767, NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-2-19.

N°. de Páginas: 27.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-21.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de berços aquecidos para recém-nascidos – A ser reimpressa, incorporando emenda N° 1 de Março de 2000 (6 páginas).

Data de Publicação: 03/2000.

Objetivo: Estabelece prescrições particulares para segurança de berços aquecidos para recém-nascidos como definido na subcláusula 2.2.101.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Berço.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-21.

Normas Complementares:

N°. de Páginas: 21.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-22.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamento terapêutico e de diagnóstico a laser.

Data de Publicação: 10/1997.

Objetivo: Especifica prescrições particulares para a segurança de equipamento a laser para aplicações médicas classificado como produto a laser de classe 3B ou produto a laser de classe 4.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Equipamento Terapêutico.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-22.

N°. de Páginas: 18.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-24.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de bombas e controladores de infusão.

Data de Publicação: 12/1999.

Objetivo: Especifica as prescrições para bombas de infusão, controladores de infusão, bombas de seringa e bombas de infusão para utilização ambulatorial. Estes dispositivos são destinados para serem utilizados pelo corpo médico e pacientes em domicílio, de acordo com as prescrições e indicações médicas.

Assuntos: Eletromédica, Equipamento Médico.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-24.

Normas Complementares:

Projeto de Origem: 26:002.04-001:1999.

N°. de Páginas: 46.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-25.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de eletrocardiógrafos.

Data de Publicação: 04/1997.

Objetivo: Estabelece prescrições específicas para a segurança de eletrocardiógrafos.

Assuntos: Eletrocardiógrafo, Equipamento Eletromédico, Segurança.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-25.

N°. de Páginas: 16.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-26.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de eletroencefalógrafos.

Data de Publicação: 04/1997.

Objetivo: Especifica prescrições particulares para a segurança de eletrocardiógrafos.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Eletroencefalógrafo.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-26.

N°. de Páginas: 14.

N°. da Norma: NBR IEC 60601-2-27.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamento para monitorização de eletrocardiograma.

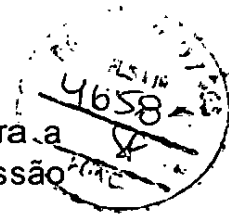
Data de Publicação: 07/1997.

Objetivo: Especifica prescrições particulares para a segurança de equipamento para monitoração de eletrocardiograma (ECG), monitores de telemetria, monitores ambulatoriais (Holter) e outros dispositivos de registro estão fora do campo de aplicação desta norma particular.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Monitor.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-27.

N°. de Páginas: 17.



Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-30.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2 - Prescrições particulares para a segurança de equipamento para monitorização automática e cíclica da pressão sangüínea indireta (não invasiva).

Data de Publicação: 11/1997.

Objetivo: Aplica-se ao equipamento para monitoração automática e cíclica da pressão sangüínea indireta.

Não se aplica a equipamentos de medição de pressão sangüínea que utilizam transdutores de dedo ou a equipamento de medição semi-automática da pressão sangüínea (para os quais tipicamente cada determinação de pressão necessita ser inicializada manualmente).

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Equipamento Médico, Segurança, Monitor.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-30.

Nº. de Páginas: 20.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-31.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de marcapassos cardíacos externos com fonte de alimentação interna.

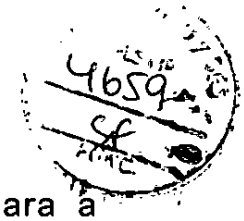
Data de Publicação: 12/1998.

Objetivo: Especifica as prescrições particulares para a segurança de marcapassos cardíacos externos, a partir de agora referido como equipamento, energizado por uma fonte de alimentação elétrica interna.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Equipamento Eletrônico, Marca-passo, Segurança.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-31.

Projeto de Origem: NBR IEC 60601-2-31:1998



Nº. de Páginas: 22.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-34.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamento para monitorização da pressão sangüínea direta (invasiva).

Data de Publicação: 07/1997.

Objetivo: Especifica prescrições particulares para a segurança de equipamento para monitorização direta da pressão sangüínea e prescrições de segurança elétrica para transdutores com ponta em cateter.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Monitorização de Pressão Sanguínea.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-34.

Nº. de Páginas: 17.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-38.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de camas hospitalares operadas eletricamente.

Data de Publicação: 06/1998.

Objetivo: Especifica prescrições para segurança de camas hospitalares operadas eletricamente para manter os riscos de segurança tão baixos quanto possível aos pacientes, operadores e ambiente, e descrever ensaios para verificar que estas prescrições são atendidas.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Cama Hospitalar.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-38. Projeto de Origem: 26:002.05-021:1997.

Nº. de Páginas: 28.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-40.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2: Prescrições particulares para segurança de eletromiógrafos e equipamento de potencial evocado.

Data de Publicação: 12/1998.

Objetivo: Estabelece prescrições para a segurança de eletromiógrafo e equipamento de potencial evocado.

Assuntos: Equipamento Eletromédico, Segurança, Eletromiógrafo, Equipamento de Potencial Evocado.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-40.

Projeto de Origem: 26:002.05-024:1998.

Nº. de Páginas: 09.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-2-46.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 2-46: Prescrições particulares para segurança de mesas cirúrgicas.

Data de Publicação: 03/2000.

Objetivo: Especifica prescrições de segurança para mesas cirúrgicas.

Assuntos: Equipamento Médico.

Normas Baseadas: IEC 60601-2-46.

Normas Complementares: NBR IEC 60601-1, NBR IEC 60601-1-1.

Projeto de Origem: 26:002.04-021:1999.

Nº. de Páginas: 11.

Nº. da Norma: NBR IEC 60601-3-1.

Título: Equipamento eletromédico - Parte 3-1: Prescrições de desempenho essencial para equipamento de monitorização da pressão parcial transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono.

Data de Publicação: 06/1998.

PROTOCOLO SES 4661 FUNC

Objetivo: Especifica prescrições essenciais para o desempenho de equipamento de monitorização da pressão parcial transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono. Aplica-se a monitores transcutâneos destinados à utilização com adultos, crianças e recém nascidos, inclui a utilização destes aparelhos em monitorização fetal durante o parto. Não se aplica a oxímetros de saturação de hemoglobina ou a aparelhos aplicados a outras superfícies do corpo que não a pele, tais como conjuntiva ou mucosa.

Assuntos: Carbono, Desempenho, Equipamento Eletromédico, Oxigênio, Dióxido de Carbono, Equipamento de Monitorização.

Normas Baseadas: IEC 60601-3-1.

Normas Complementares: NBR IEC 60601-1.

Projeto de Origem: 26:002.05-020:1997.

Nº. de Páginas: 09.

FLS Nº 4662

CAPÍTULO 5

BERÇO AQUECIDO

Elaborado por:
Profa. Dra. Vera Lúcia da Silveira Nantes Button

PROTOCOLO 4663

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 227

O RECÉM-NASCIDO E A PERDA DE CALOR 228

Balanço do calor fisiológico 229
Transferência de calor dentro do corpo 233
Ambiente termicamente neutro 234

BERÇO AQUECIDO 234

Características dos Berços Aquecidos 234
Componentes do Berço Aquecido 235
Configurações de berços aquecidos 238

RISCOS ASSOCIADOS AO USO DO BERÇO AQUECIDO 240

CONSIDERAÇÕES SOBRE MANUTENÇÃO 241

"Check list" de Inspeção Periódica. 242
"Check list" de Manutenção Preventiva 245
Instrumentos Necessários 245
Normas sobre Berço Aquecido 245

BIBLIOGRAFIA 246

4669
FUNC

INTRODUÇÃO

Ao nascer, o bebê sai de um ambiente aquecido e molhado, e entra num ambiente frio e seco, regulado para fornecer conforto térmico aos pacientes (à mãe, no caso) e ao pessoal médico. Sendo ainda incapaz de manter equilíbrio térmico adequando, o recém-nascido perde calor rapidamente, através de 4 mecanismos: evaporação, convecção, condução e radiação. Medidas simples como secar o recém-nascido e cobrí-lo com roupas secas, podem ser tomadas para minimizar as perdas de calor por evaporação e por convecção associada a condução, respectivamente. Também mantê-lo em contato com o corpo da mãe reduz as perdas de calor por radiação e condução.

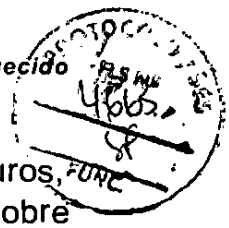
Os bebês nascidos a termo, são razoavelmente capazes de regular sua própria temperatura e normalmente as medidas simples mencionadas são suficientes para manter sua temperatura equilibrada. Mas bebês recém-nascidos prematuros freqüentemente necessitam ser mantidos num ambiente fechado (incubadora) em que a temperatura seja elevada (em relação ao meio ambiente) e controlada.

A pele do bebê prematuro é mais fina que a do bebê nascido a termo, ele praticamente não possui gordura subcutânea e tem uma razão elevada de superfície/volume corporal, fazendo com que os vasos superficiais de sangue percam facilmente calor para o ambiente que o circunda.

Bebês prematuros também são mais suscetíveis a problemas respiratórios, pois seus pulmões podem não estar ainda preparados para suprir oxigênio suficiente para atender demandas elevadas, como a necessária para manter-se aquecido.

A conservação de energia através do suprimento de suporte térmico é crítica para os neonatos, pois a fadiga por frio pode causar:

- Falta de oxigênio;
- Hipoglicemia (nível baixo de açúcar no sangue);
- Acidose metabólica (diminuição do pH do sangue);
- Queda nos níveis de glicogênio (polissacarídeo de reserva).



Para aumentar a taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, coloca-se os mesmos em incubadoras (consulte também o texto sobre Incubadoras), onde a temperatura é mantida em uma faixa específica, o que diminui os requisitos de consumo de oxigênio, e os mantém aquecidos. O mesmo procedimento também é indicado para bebês nascidos a termo, que estejam doentes.

Um berço aquecido é utilizado para fornecer suporte térmico para o recém-nascido na sala de parto, para fornecer estabilidade térmica durante procedimentos rotineiros de cuidado e higiene, para recém-nascidos e bebês doentes, e para bebês sob tratamento médico que devam permanecer por tempo prolongado em ambientes resfriados. É basicamente um sistema de calor irradiante, projetado para ser utilizado com recém-nascidos nos seus primeiros momentos de vida ou durante atendimento prolongado, quando o acesso fácil ao recém-nascido ao sistema e a visualização são necessários sem interrupção de aquecimento.

O RECÉM-NASCIDO E A PERDA DE CALOR

Um recém-nascido necessita de mais energia por quilograma de massa corpórea para permanecer sob temperatura adequada quando comparado a um adulto.

Sob o ponto de vista geométrico:

- A relação entre a superfície corporal e a massa corporal em um recém-nascido é quatro vezes maior que em sua mãe.

Sob o ponto de vista fisiológico:

- Entre outras coisas, o recém-nascido possui menos tecido adiposo.

O recém-nascido prematuro tem um gasto de energia muito maior que o recém-nascido normal para manter sua temperatura, devido:

- À pequena quantidade de energia em estoque;
- Ao alto grau de sua utilização, em decorrência das condições forçadas de adaptação sob as quais o paciente recém-nascido se encontra (stress, exaustão, fadiga).

O recém-nascido prematuro e outros Recém-nascidos que mesmo tendo nascido a tempo, apresentem por qualquer motivo um aumento de metabolismo, devem ter minimizado seu dispêndio de energia para produção de calor, ou poderá ocorrer:

- Agravamento da condição que levou ao aumento no metabolismo;
- Desenvolvimento de um desequilíbrio ácido-base sangüíneo;
- Depleção (diminuição) das reservas energéticas e metabólicas;
- Perda da atividade normal do sistema nervoso central;
- Coma;
- Morte.

Balanço do calor fisiológico

A temperatura do corpo é determinada pelo balanço entre o calor produzido internamente e o calor perdido pelos tecidos do corpo.

A faixa normal de temperatura de um recém-nascido é de 35,50°C a 37,50°C.

Produção de calor

O calor produzido pelo corpo é resultante dos processos bioquímicos que sustentam a vida.

O calor básico para sustentar a vida produzida por um recém-nascido está na faixa de 1,5 a 2,0 W/kg (de massa corporal).

Durante as primeiras semanas de vida, a taxa de produção de calor está relacionada com o peso e a idade do recém-nascido. A maioria dos recém-nascidos saudáveis tem a capacidade de gerar calor adicional, na faixa de 4,5 a 5,0 W/kg. O calor adicional tem a finalidade de proteção e reserva para situações emergenciais (para combater uma infecção, por exemplo).

A homeotermia é a capacidade especial de aumentar a quantidade de calor produzido para repor as perdas de calor pelo corpo.

A pecilotermia é o contrário: a criatura não produz mais calor quando é resfriada (peixes, répteis); na realidade, criaturas pecilotérmicas diminuem sua taxa metabólica quando expostas ao frio.

Berço Aquecido

Sob algumas circunstâncias, é possível que um animal homeotérmico se comporte como pecilotérmico.

- esta situação pode ser provocada, por exemplo, pela ação de drogas administradas à mãe durante o trabalho de parto, que são transportadas ao recém-nascido pela placenta, e que impedem o sistema nervoso do recém-nascido de responder ao frio.

Mas também existem situações em que a homeotermia pode ser revertida espontaneamente em pecilotermia:

- no caso de recém-nascidos prematuros ou muito doentes, especialmente aqueles com dano neurológico, ou com problemas respiratórios que provocam um nível de oxigênio insatisfatório no sangue e nos tecidos.

Portanto, a produção de calor de um recém-nascido é imprevisível.

É aconselhável que os recém-nascidos sejam sempre tratados como homeotérmicos, e protegidos de ambientes que possam estimular indevidamente sua tendência homeotérmica, pois a homeotermia (Como demonstrado na Figura 1), aumenta a produção de calor pelo aumento do trabalho metabólico. Que por sua vez, pode causar um excesso de utilização das reservas de gordura, açúcar e proteínas, necessários para a sustentação de outras funções vitais, estabelecendo o crescimento e o desenvolvimento. Além disso, há a produção de ácido que pode causar desequilíbrio severo no balanço ácido-base.

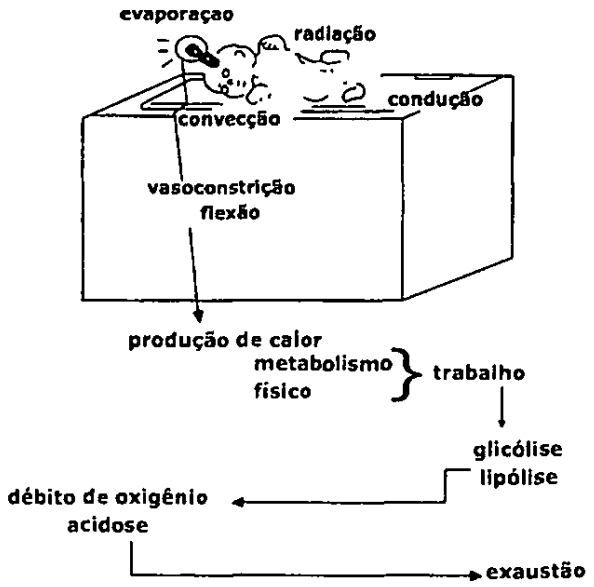


Figura. 1. Esquema de homeotermia em um recém-nascido.

Para minimizar a perda de calor através da pele:

- O recém-nascido contrai os vasos sangüíneos (vasoconstrição);
- Muda a posição do corpo (para reduzir a área de troca de calor);
- Aumenta sua taxa metabólica (para produzir mais calor).

O aumento do metabolismo acarreta acidose e redução das reservas de energia.

Perda de calor

A temperatura do corpo também é influenciada pela taxa com que o calor é perdido.

Existem 4 maneiras de um recém-nascido perder calor: por condução, por convecção, por condução e por irradiação.

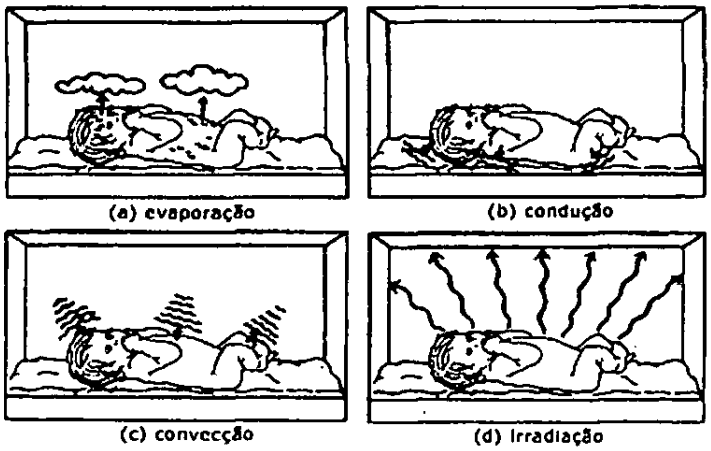
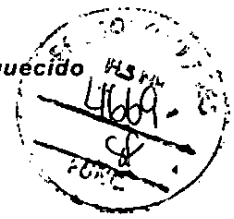


Figura 2. Representação das 4 maneiras de perda de calor num recém-nascido: evaporação (a), condução (b), convecção (c), e irradiação (d) (modificado de Korones, 1986).

Perda de calor por evaporação

A perda de calor por evaporação não está especificamente relacionada com a diferença de temperatura na interface entre o corpo do bebê e o meio ambiente, está relacionada à diferença entre os níveis de pressão parcial exercida pela água em cada uma das estruturas da interface pele, ambiente.



É independente dos outros mecanismos de perda de calor:

- Ocorre quando o recém-nascido transpira água na superfície da pele em um ambiente circundante seco e quente.
- O recém-nascido também perde calor de seus pulmões à medida que inspira ar úmido e frio.

Imediatamente após o parto, enquanto o recém-nascido encontra-se envolto pelo líquido amniótico, acredita-se que a perda de calor do recém-nascido ocorra principalmente por evaporação. A pressão parcial de água no líquido amniótico sobre a pele do recém-nascido é maior que a pressão parcial da água no ar ambiente.

A perda de calor por evaporação é cerca de 25% da perda de calor total do recém-nascido seco.

Perda de calor por condução

Ocorre quando o recém-nascido está em contato físico com uma superfície sólida mais fria que ele. Depende da diferença de temperatura entre os dois corpos.

Perda de calor por convecção

A convecção ocorre quando o recém-nascido é exposto a correntes de ar mais frias que ele. A perda por convecção depende da diferença de temperatura e do fator "vento gelado", que é introduzido pela velocidade com que o ar está fluindo ao redor do recém-nascido.

É independente da condução, que ocorre quando não há movimento de ar.

Perda de calor por irradiação

Todo corpo dotado de temperatura diferente do zero absoluto perde calor por emissão de radiação eletromagnética de espectro predominantemente infravermelho.

O recém-nascido perde calor na região do espectro infravermelho para objetos sólidos mais frios ao seu redor, mas não em contato com sua pele.

Todas as perdas de calor menos a perda por evaporação, são proporcionais à diferença de temperatura entre o recém-nascido, (mais quente que perde calor) e o ambiente (mais frio que recebe o calor).

O recém-nascido tem um coeficiente de transferência térmico maior que um adulto e, portanto, perde calor corporal mais rapidamente que um adulto quando exposto a um ambiente mais frio.

A perda de calor do recém-nascido é complexa:

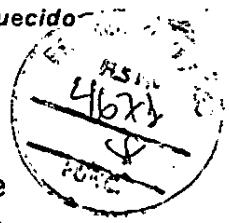
- A superfície exposta do recém-nascido varia à medida que o recém-nascido muda sua posição, se usa roupas ou bandagens;
- A relação entre a pele do recém-nascido e as superfícies radiantes da sala ou do berço aquecido não é simples devido às diferentes emissividades dos objetos trocando energia;
- Assume-se que um recém-nascido tenha emissividade igual a 1.

As perdas de calor por condução, convecção, radiação e evaporação são mecanismos relativamente independentes. Não existe um parâmetro simples que possa ser utilizado para calcular a contribuição combinada da perda de calor.

Transferência de calor dentro do corpo

A taxa com que o calor produzido internamente é transferido do interior do corpo, a uma determinada temperatura, através dos tecidos para a superfície externa da pele, depende de:

- Espessura absoluta da pele;
- Característica da pele;
- Gordura subcutânea;
- Outros tecidos subcutâneos;
- Fluxo de sangue do corpo para a superfície.



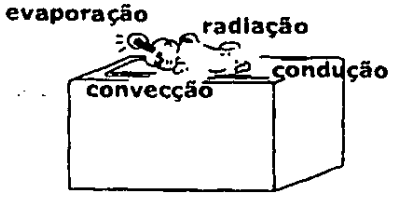
Ambiente termicamente neutro

Definição aproximada de ambiente termicamente neutro: ambiente onde existe um conjunto de condições térmicas que estabelece para o recém-nascido, um estado metabólico mínimo e mantém a temperatura de seu corpo dentro da faixa normal.

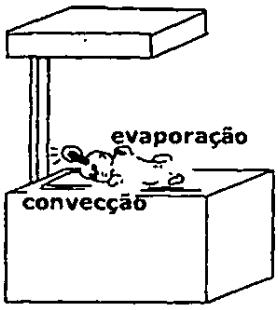
BERÇO AQUECIDO

Características dos Berços Aquecidos (figura 3):

- Possuem paredes baixas para impedir que o recém-nascido caia;
- Podem ser aquecidos utilizando um aquecedor radiante focalizado na área do colchão;
- Normalmente são denominados de incubadoras irradiantes abertas, camas aquecidas irradiantes, ou berços aquecidos;
- Permitem visualização direta e acesso fácil ao recém-nascido;
- Devido aos riscos associados ao seu uso, não devem ser consideradas como substitutas das incubadoras fechadas para todas as situações envolvendo recém-nascidos;



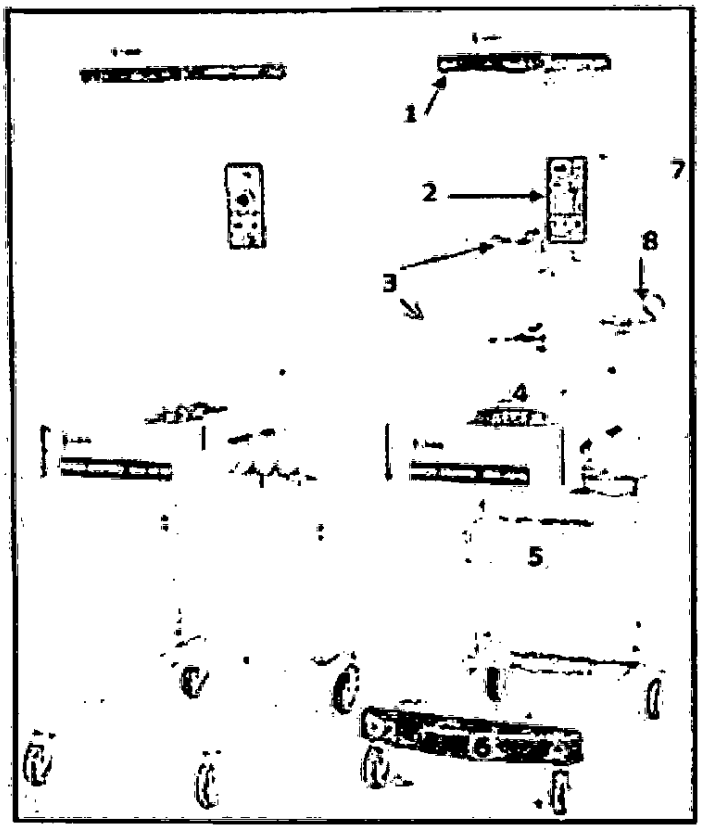
(1) . RN desprotegido
perde calor por condução, convecção, evaporação e radiação;



(2) Um aquecedor radiante elimina as perdas por radiação e condução, mas não a causada por convecção e evaporação.

Figura 3. Tipos de berços aquecidos: (1) recém-nascido desprotegido, perde calor por condução, convecção, evaporação e radiação; (2) Um aquecedor radiante elimina as perdas por radiação e condução, mas não a causada por convecção e evaporação.

Componentes do Berço Aquecido



1. Sistema de calor radiante com iluminação auxiliar.
2. Sistema de monitor autotermostático.
3. Prateleiras auxiliares giratórias para monitores, bombas de infusão, etc.
4. Cama de leito hidráulico radiotransparente.
5. Prateleira auxiliar para acessórios.
6. Parachoque frontal.
7. Suporte de soro.
8. Módulo de reanimação completo.

Figura 4. Dois modelos de berços aquecidos da FANEM.

Na figura 4 são mostrados dois modelos de berços aquecidos da FANEM, e são indicados os componentes do modelo mais completo.

Berços aquecidos tipicamente consistem em:

- Uma unidade de aquecimento;
- Um sensor de temperatura da pele do recém-nascido;
- Uma unidade de controle automática;
- Alarmes visuais e sonoros.

Os modelos que não trabalham no modo manual em vez do modo automático, incluem além da unidade de aquecimento, um "timer" para limitar o tempo de aquecimento, uma chave para liberar potência ao aquecedor e alarmes.

Normalmente, os modelos que operam automaticamente também permitem selecionar modo manual de operação.

Os elementos de aquecimento podem ser tubos de quartzo ou lâmpadas incandescentes, que são fontes de energia de faixa larga, que geram energia radiante na faixa distante de infra-vermelho (IR de "infra-red", em inglês), com comprimentos de onda maiores que 3mm (3×10^{-6}m), para evitar a ocorrência de lesões nas retinas e nas córneas dos Recém-nascidos. A energia radiante também é limitada para prevenir danos térmicos ao bebê (superaquecimento).

As mudanças na pele do recém-nascido são medidas pelo sensor de temperatura da pele do recém-nascido que realimenta o controle automático (servo), de modo que a unidade de aquecimento é ligada e desligada, para manter a temperatura da pele do recém-nascido dentro de uma faixa limitada de valores. O sensor, geralmente, consiste em um termistor (elemento cuja resistência elétrica varia com a temperatura de maneira conhecida) e é aplicado na região do abdomen ou de outra área do corpo do recém-nascido exposta ao calor radiante.

A energia radiante aquece a superfície do corpo do recém-nascido e provoca um aumento do fluxo sangüíneo. Os tecidos aquecidos da superfície do corpo do recém-nascido perdem calor para o sangue (mais frio) por condução e convecção, levando o calor para todas as regiões do corpo.

O controlador automático pode ligar e desligar toda a potência que alimenta o aquecedor, ou atuar no modo proporcional, o mais utilizado. No sistema proporcional, a quantidade de potência aplicada ao aquecedor é proporcional à diferença entre a temperatura real na pele do recém-nascido e a temperatura desejada. Isto significa que a quantidade de potência decresce à medida que a temperatura se aproxima do valor desejado, uma característica importante para se ter um controle mais preciso da temperatura. Na figura 5 é mostrado o diagrama em blocos de um controlador proporcional. A temperatura na pele do recém-nascido altera a resistência elétrica de termistor (sensor de temperatura) que é comparada à resistência de um resistor fixo (que representa a temperatura desejada). Se a temperatura na pele do recém-nascido for menor do que a temperatura desejada, a potência elétrica é aplicada ao aquecedor para corrigir esta diferença.

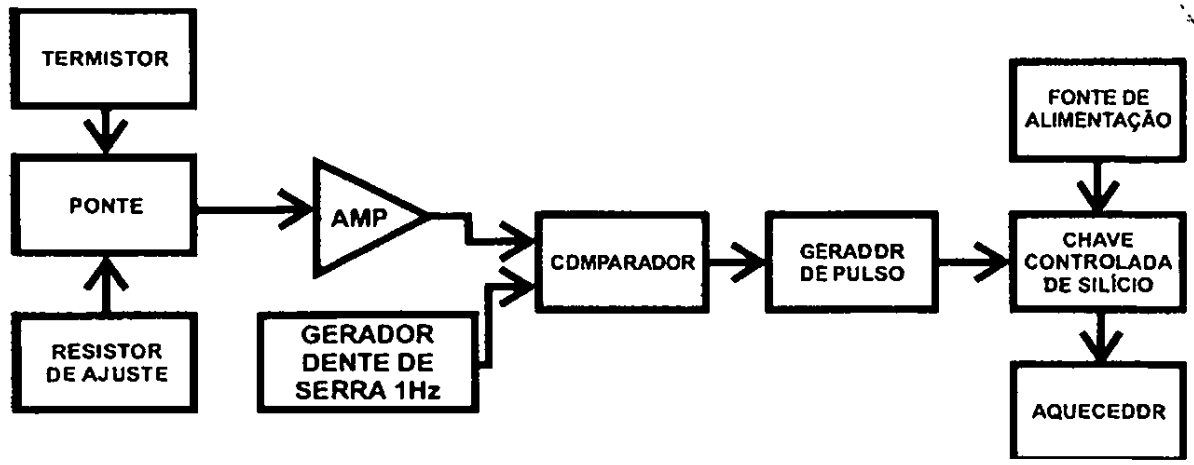


Figura 5. Controlador de temperatura proporcional: utiliza um termistor num dos braços de uma ponte resistiva, com o resistor de ajuste do valor desejado em outro braço da ponte. A saída da ponte é amplificada, e a tensão resultante é proporcional à diferença de temperatura entre o termistor e o resistor de ajuste.

A maioria dos berços aquecidos operados manualmente possui um "timer" (temporizador) automático e uma chave de potência, acionada manualmente pelo operador, que faz o aquecedor fornecer um nível constante de calor pelo período de tempo selecionado. Na maioria dos modelos o alarme é acionado ao final do período programado, alertando o operador para verificar as condições do recém-nascido e reprogramar o berço aquecido. Se o temporizador não for reiniciado pelo operador imediatamente após o alarme soar, o aquecedor continuará em funcionamento por mais alguns minutos (3 a 5 minutos) e eventualmente desligará, mas o alarme permanecerá acionado até que seja reiniciado manualmente. Alguns modelos não possuem alarme, e o aquecedor é automaticamente desligado após o final do período de tempo programado no temporizador.

Unidades com controles manuais não devem ser utilizadas, a não ser, por períodos curtos de tempo, e sob supervisão constante, devido ao perigo de super e sub aquecimento do recém-nascido.

Existem também unidades que aquecem o recém-nascido não por energia radiante, mas por fluxo de ar convectivo, fazendo circular ar aquecido sobre a pele do recém-nascido. O calor é então absorvido pelo corpo do recém-nascido numa maneira semelhante à da energia radiante. Neste caso, a unidade de aquecimento consiste num aquecedor e num ventilador que joga o ar aquecido sobre o recém-nascido. A temperatura do aquecedor é mantida por controle

automático realimentado pela temperatura da pele do recém-nascido. O alarme é acionado caso a diferença entre as temperaturas desejada e medida for maior que 1°C.

Normalmente os modelos de berço aquecidos possuem alarmes para:

- Temperatura elevada ou muito baixa da pele do recém-nascido e do ar;
- Mau funcionamento do sensor de temperatura;
- Falha de alimentação elétrica.

Como já foi explicado, deve haver um alarme para o temporizador, quando for utilizado o modo manual de controle de temperatura, ao invés do automático.

Modelos mais caros e complexos incluem ajustes especiais de freqüência e tom dos alarmes sonoros, bem como capacidade de autoteste, capaz de verificar mal-funcionamento de partes eletrônicas.

Configurações de berços aquecidos

Os berços aquecidos podem ser encontrados em 4 configurações:

- Móvel ("freestanding"), projetada para permitir mobilidade e suporte térmico contínuo ao recém-nascido em berços convencionais, durante procedimentos de diagnóstico ou de terapia (figura 8 a);
- Integral ("integral bassinet"), permite suporte térmico integral ao recém-nascido doente (figura 6) e ainda pode funcionar como uma plataforma de ressuscitação na sala de parto ou de cirurgia, como a unidade de UTI da FANEM mostrada na figura 7;
- Destacável ("detachable"), com berço e unidade de aquecimento separadas. É basicamente uma unidade de aquecimento móvel que pode ser montada num berço opcional;
- Com aquecedor montado na parede ou no teto (figura 8 b), acima do berço ("wall or ceiling mounted"). Podem incluir braços móveis para posicionamento do aquecedor.

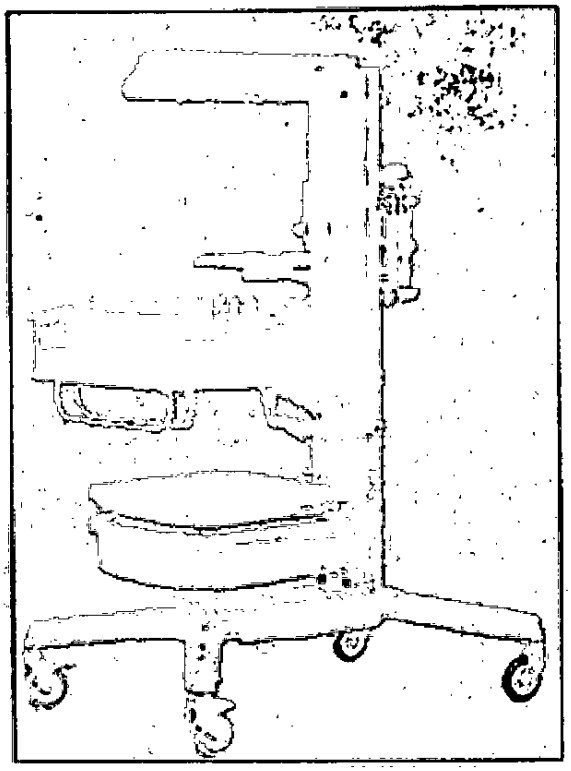


Figura 6. Berço aquecido integral.

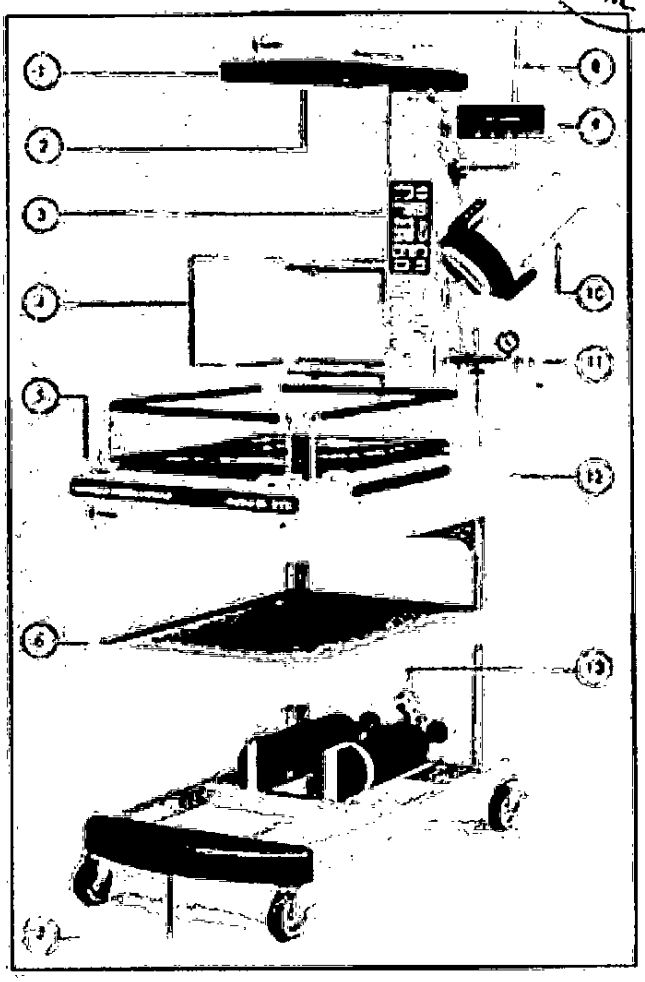
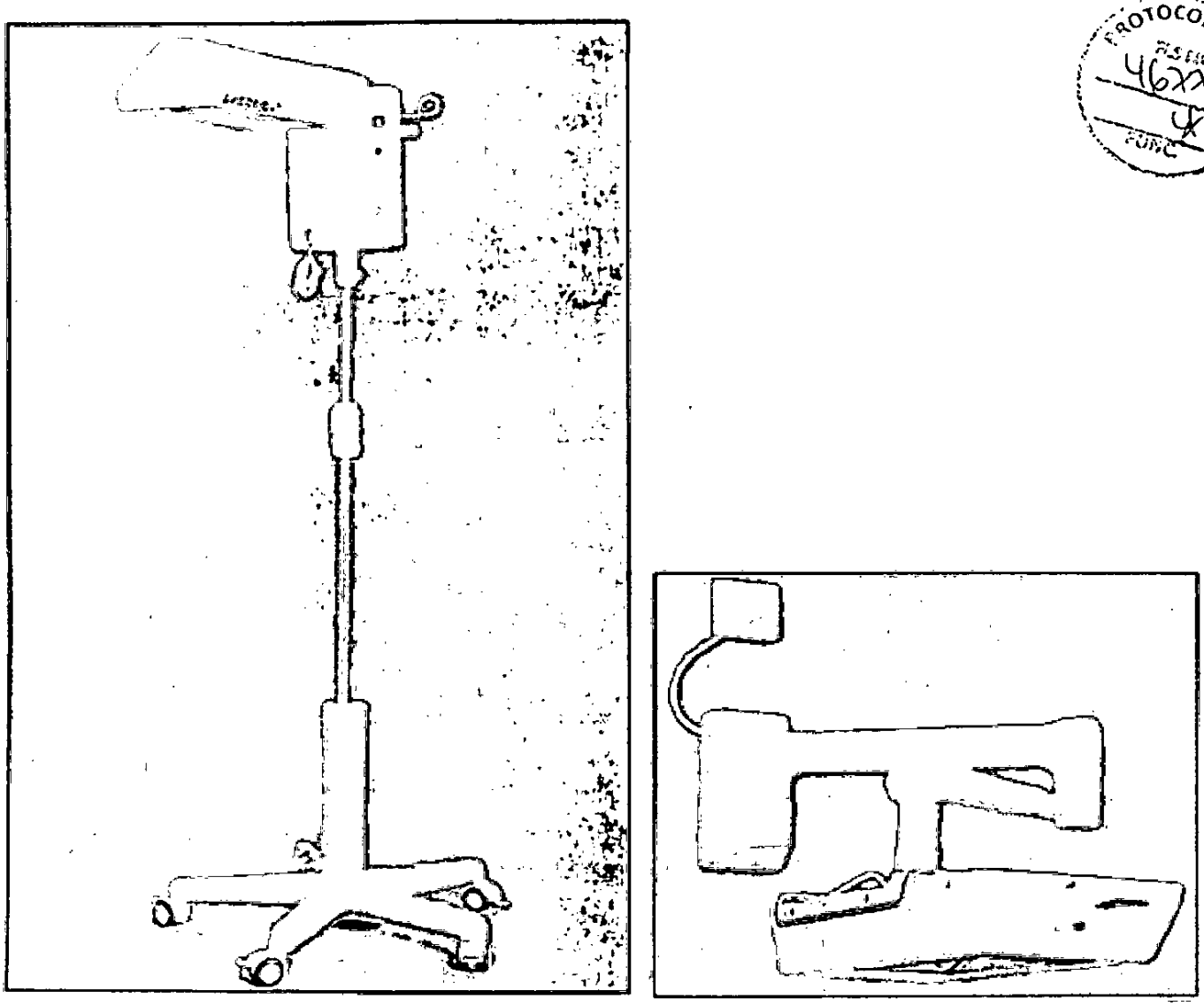


Figura 7. Berço aquecido integral, que pode funcionar como plataforma de ressuscitação e seus principais componentes (unidade de UTI fabricado pela FANEM).

1. Sistema de calor irradiante, sistema giratório para uso com raio-x
2. Iluminação auxiliar
3. Sistema de monitor autotermostático
4. Prateleiras auxiliares giratórias para monitores, bombas de infusão, etc.
5. Cama de leito hidráulico radiotransparente.
6. Prateleira auxiliar para acessórios
7. Parachoque frontal
8. Suporte de soro
9. Balança neonatal
10. Fototerapia halógena
11. Módulo de reanimação completo
12. Conjunto de tomadas auxiliares (base posterior da coluna)
13. Sistema de oxigênio

PROTOCOLO / SES
FLS. Nº 4622
ASSINATURA



(a) (b)

Figura 8. Sistemas de calor radiante móvel (a) e montado na parede (b).

RISCOS ASSOCIADOS AO USO DO BERÇO AQUECIDO

O aquecimento por energia radiante é uma maneira ineficiente de transferência de energia, havendo a possibilidade de ocorrer hipertermia, resultando em lesões cerebrais, queimaduras de pele e morte. Não foram raros os relatos de ocorrências de hipertermia, mas o desenvolvimento da tecnologia contribui para reduzir significativamente o número e a severidade de tais acontecimentos nos últimos anos.

A perda de calor por evaporação é muito acentuada em neonatos prematuros (de baixo peso), que necessitam de níveis elevados de aquecimento. Nestes pacientes deve haver o cuidado de prevenir desidratação através de aplicação de soro. Em alguns casos, um cobertor plástico é utilizado para reduzir a perda de calor por convecção e evaporação, mas aumentando o risco de hipertermia e de incidentes graves, principalmente se o sensor de pele soltar-se do corpo do recém-nascido e fixar-se no cobertor plástico.

Como o berço aquecido não mantém o recém-nascido num ambiente fechado, o ar condicionado da enfermaria/berçário provoca perda de calor por convecção, que pode reduzir a temperatura do recém-nascido (hipotermia).

Quando há a necessidade de monitorar o volume de urina excretada com precisão, para controlar os balanços eletrolítico e hídrico de neonatos doentes, ocorrem dificuldades devido à evaporação da urina (em fraldas regulares abertas) causada pelo aquecimento radiante.

Outros problemas com a utilização de berços aquecidos incluem falhas de componentes da unidade:

- Defeitos mecânicos no suporte do aquecedor podem colocar o RN em contato com superfícies muito aquecidas ou podem expor o RN a objetos que caiam sobre o colchão.
- Falhas nos circuitos eletrônicos podem provocar curto-circuitos e até incêndios, pois há muito material inflamável nas proximidades do RN (oxigênio, fraldas, roupas). As falhas comumente são provocadas por pedaços de metal que se alojam nas placas dos circuitos, bem como restos de solda que se desprendem do chassis, por exemplo, e uso de fluxo de solda contaminado.

CONSIDERAÇÕES SOBRE MANUTENÇÃO

As falhas de componentes mecânicos e, ou eletrônicos foram brevemente abordadas no item anterior. Inspeções periódicas e a realização de manutenção preventivas, bem como a utilização de partes escamoteáveis e acessórios de acordo com o indicado pelo fabricante, podem reduzir grandemente a ocorrência destas falhas.

Os procedimentos de inspeção periódica e de manutenção preventiva são indicados pelo fabricante do berço aquecido e qualquer destes procedimentos só deve ser realizado por pessoal especializado e após a leitura atenta dos manuais de serviço e de instruções, fornecidos pelo fabricante.

Os "check lists", indicados pelo Health Devices Inspection and Preventive Maintenance System (ECRI, 1995), para Inspeção e Manutenção Preventiva de berços aquecidos serão mostrados adiante como exemplo destes procedimentos.

Cada unidade assistencial de saúde deve estabelecer seus próprios procedimentos, de acordo com o número e a diversidade de modelos de berços aquecidos que possui, além das recomendações dos fabricantes. Para reduzir tempo e custos com a manutenção preventiva e, ou corretiva, além de manter em estoque um número reduzido de peças e, ou partes, de reposição e também para facilitar o treinamento do pessoal que atua na área de saúde, é recomendável a padronização de modelos e marcas, sempre que possível.

"Check list" de Inspeção Periódica

Testes Qualitativos

Exame externo das condições do local de instalação, do chassis, e do berço: Verificação da limpeza da unidade de controle, se os displays estão legíveis e se não há fitas adesivas ou resíduos colados.

Suporte: Se o berço aquecido for montado de modo integral ou destacável, verificar as condições da montagem. Se for fixado na parede ou no teto, verificar as condições de segurança da fixação. Se estes últimos permitirem movimentação e rotação, verificar a excursão total permitida e se o dispositivo fica estável nos pontos em que deve permanecer imóvel.

Rodas e freios: Verificar as condições de funcionamento de rodas e breques. Buscar acumulação de pó e sujeira ao redor das rodas e certificar se as mesmas estão rolando apropriadamente.

"Plugs" e tomadas de alimentação elétricas: Verificar a integridade de plugs e tomadas, buscando algum dano. Chacoalhar os plugs verificando se há presença de sons indicativos de partes soltas. Se necessário, abrir o plug e inspecioná-lo. Verificar o estado dos pinos, que devem ter aparência brilhante

PROTOCOLO FLS Nº 4680

e estar alinhados corretamente. Se o berço aquecido possuir tomadas elétricas, inserir um plug em boas condições em cada uma, e veirificar se o mesmo se mantém firmemente posicionado. Caso as tomadas sejam usadas freqüentemente, realizar inspeção completa das mesmas.

Cabos de alimentação: Verificar pontos descascados e, ou partidos no cabo. Substituir os cabos sempre que for verificado algum dano nos mesmos.

Cabos de sensores e controle remoto: Verificar pontos descascados e, ou partidos nos cabos, bem como seus conectores, para prevenir mal contato e que os cabos rotacionem e se soltem.

Fusíveis: Verificar se os fusíveis colocados no equipamento coincidem em modelo e valor com o que é especificado pelo fabricante. Certificar se há um fusível extra para troca eventual.

Sensores: Examinar cuidadosamente as condições dos sensores (geralmente termistores para medir temperatura da pele do recém-nascido e do ar), e em caso de haver mais de um modelo e, ou marca no hospital, certificar que os sensores estão apropriadamente identificados para evitar trocas. Substituir as unidades que apresentarem rupturas ou sinais de deterioração.

Controles e chaves: Inspecionar chaves e controles móveis e inspecionar suas posições iniciais, para restaurá-las após a inspeção. Posições anormais, como fim de curso, devem ser relatadas para verificar possíveis utilizações impróprias.

Unidade de aquecimento: Se o elemento de aquecimento é um lâmpada, checar se sua potência e tipo são apropriadas. Verificar se os filtros e lentes metalizadas, colocadas na frente da lâmpada não apresentam rachaduras e arranhões. Verificar se não há resíduos e partículas que possam cair sobre o paciente durante movimentação do elemento aquecedor. Ligar a unidade de aquecimento e verificar seu funcionamento.

Bateria e carregador de bateria: Inspecionar as condições físicas da baterias e conectores. Operar o equipamento com alimentação através da bateria por alguns minutos para verificar se está carregada e se não perde a carga rapidamente. Medir a tensão de saída da bateria. Checar as condições do recarregador. Ao substituir a bateria, rotular a data da troca.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4685

Indicadores/displays: Durante a realização da inspeção, confirmar o funcionamento de todas as luzes, indicadores e saídas visuais do equipamento, e verificar se todos os segmentos do display funcionam.

Auto-teste: Se o modelo dispõe deste recurso, verificar seu funcionamento.

Alarmes: Operar o equipamento forçando situações de acionamento dos alarmes visuais e sonoros.

Sinais sonoros: Confirmar volume e ocorrência de todos os sinais sonoros gerados pelo equipamento.

Rótulos e avisos: É essencial que os berços aquecidos possuam rótulos bem visíveis alertando do perigo de ocorrer queimaduras e outras lesões provocadas pelo mau uso do equipamento, e que a temperatura do recém-nascido deve ser conferida pelo menos a cada 15 minutos.

Berço e colchão: Verificar as condições do berço (geralmente de acrílico), se não há partes empenadas e se as laterais podem ser abaixadas e levantadas rapidamente. Se a altura do colchão é ajustável, checar se a movimentação ocorre suavemente e se as travas funcionam corretamente. Checar a limpeza.

Acessórios: Inspecionar posição, estado de funcionamento e estado geral de luzes de exame, lâmpadas de fototerapia, cilindros de oxigênio e fluxômetros. Ressuscitadores e aspiradores possuem procedimentos separados e próprios após cada utilização.

Testes quantitativos

Resistência de aterramento: Utilizando um ohmímetro com resolução de frações de ohms ou um analizador de segurança elétrica, medir a impedância elétrica entre o pino de terra do cabo de alimentação e uma parte metálica exposta (não-nodizada e sem pintura). Verificar que as várias sessões do equipamento estejam aterradas (o valor da impedância deve ser menor que 0,5 Ohm).

Corrente de fuga: Medir as correntes de fuga no chassis, nos sensores que são ligados ao paciente e nos acessórios, em todos os modos de operação. A corrente de fuga do chassis nunca deve ultrapassar 300 micro Ampéres.

Precisão da temperatura: Neste teste, realizado com o simulador de sensores, é checada a precisão das medidas obtidas com os sensores de temperatura e

PROTOCOLO FLS. 4682

do circuito de controle do aquecedor. Caso não se disponha de simulador de sensores, pode-se utilizar um termômetro de calibração.

Precisão dos alarmes: Este teste pode ser relizado com o simulador de sensores, ou colocando-se o sensor em um banho de água a 37°C, e logo após, aproximando-se o sensor da lâmpada do aquecedor, ou mergulhando-o num copo com gelo, para medir os limites de temperatura superior e inferior em que o alarme é disparado. Os valores obtidos devem ser no máximo 0,5°C diferentes dos valores indicados pelo fabricante.

"Check list" de Manutenção Preventiva

- Limpeza interior e exterior, ventiladores, refletores, lentes, unidade de aquecimento.
- Calibração, se necessário.
- Substituição da bateria, se necessário.

Instrumentos necessários

- Ohmímetro para medir impedância de aterramento.

Medidor de corrente de fuga ou analisador de segurança elétrica.

- Simulador de sensores de paciente, capaz de simular uma faixa de temperaturas e situações de sensor em de curto-circuito e em circuito aberto (desconectado).
- Termômetro de calibração, com precisão de pelo menos +/- 0,3°C na faixa de temperaturas entre 30°C e 45°C.
- Banho-maria com temperatura controlada.

Normas sobre Berço Aquecido

A seguir estão listadas as normas sobre Berço Aquecido mais utilizadas:

- Association for the Advancement of Medical Instrumentation. Infant radiant warmers [draft standard]. II52-D-006-MM. 1995;
- British Standards Institution. Specification for servo-controlled impact radiant warmers [standard]. BS 5724:Section 2.25. 1988;

- International Electrotechnical Commission. Medical electrical equipment – part 1: general require-ments for safety [standard]. IEC 60601-1 (1988-12). 1988;
- Medical electrical equipment – part 2: particular requirements for the safety of infant radiant warm-ers [standard]. IEC 60601-2-21 (1994-02). 1994;
- Medical electrical equipment – part 2: particular requirements for the safety of infant radiant warmers. Amendment 1 [standard]. IEC 60601-2-21-am1 (1996-10). 1996.

BIBLIOGRAFIA

WEBSTER, J.G. **Encyclopedia of Medical Devices and Instrumentation.** v.3, John Wiley & Sons, 1988.

WEBSTER, J.G. **Medical Instrumentation,** 3 ed. John Wiley & Sons, 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR IEC 601 - 2 - 19:** Equipamento eletromédico. Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de incubadoras para recém-nascidos (RN). ABNT. 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR IEC 601 - 2 - 20:** Equipamento eletromédico. Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de incubadoras de transporte para recém-nascidos (RN). ABNT. 1997.

Compton's Encyclopedia. Disponível em: http://www.optonline.com Acessado em: 15 jul. 2002.

KORONES, S. B. **High-risk newborn infants.** The basis for intensive nursing care. St. Louis: The C. V. Mosby Company. 1986.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Incubators, Infant, Mobile; Transport.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Warmers, Radiant, Infant, Mobile; Stationary.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

PROTOCOLO / BES
4684

CAPÍTULO 6

DESFIBRILADORES E CARDIOVERSORES

Elaborado por:
Prof. Dr. Sérgio Santos Mühlen

Nº 4685

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 249

HISTÓRICO 251

DESFIBRILADORES E CARDIOVERSORES 251

Diagrama em blocos 252

Tipos de equipamentos 259

ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 263

Cuidados especiai 263

Inspeções qualitativas 264

Testes quantitativos 265

Normas técnicas aplicáveis 266

Manutenção preventiva 266

Instrumentos de teste 267

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4686

INTRODUÇÃO

A cardioversão e a desfibrilação elétricas são procedimentos terapêuticos que visam à reversão das arritmias cardíacas pela aplicação de um pulso de corrente elétrica de grande amplitude num curto período de tempo. Ao atravessar o coração, esta corrente força uma contração simultânea das fibras cardíacas, possibilitando o restabelecimento de um ritmo normal.

O coração é um órgão contrátil oco, cuja principal função é bombear o sangue, mantendo-o em circulação permanente por todo o corpo. Suas paredes são constituídas essencialmente por músculos (o miocárdio), que formam quatro câmaras contráteis: os átrios (esquerdo e direito) e os ventrículos (esquerdo e direito). Átrios e ventrículos de um mesmo lado se comunicam através de válvulas, de modo que o sangue é bombeado sempre em um único sentido (entra pelos átrios e sai pelos ventrículos). As câmaras da direita e da esquerda não têm comunicação direta, formando duas bombas independentes e com bombeamento síncrono. O "coração direito" bombeia para os pulmões o sangue que retorna dos diversos órgãos e o "coração esquerdo" bombeia o sangue que vem dos pulmões para todos os órgãos do corpo, inclusive o próprio coração.

Assim como outras fibras musculares, as fibras que compõem o miocárdio contraem-se em decorrência de estímulos externos, em particular estímulos elétricos. Nas contrações normais, este estímulo inicial aparece na região do átrio direito chamada nódulo sino-atrial (SA), que é o marca-passo natural do coração, propaga-se por um caminho bem determinado através do miocárdio, resultando em uma contração ordenada, primeiro dos átrios e em seguida dos ventrículos, que garantem um bombeamento eficiente do sangue.

Diversas situações podem induzir um funcionamento anormal do coração, levando a um conjunto de patologias conhecido por arritmias (situações em que o ritmo das contrações cardíacas é perturbado ou mesmo interrompido). Dentre estas, a mais grave é a fibrilação, caracterizada por uma perda de sincronismo nas contrações do miocárdio, resultando em contrações desordenadas das fibras, impossibilitando o

PROTOCOLO / SES FLS Nº 4687

bombeamento do sangue. Se a fibrilação se instalar nos átrios, não há um risco imediato de vida para o paciente (uma vez que não há um comprometimento obrigatório dos ventrículos), mas a frequência cardíaca elevada reduz a eficiência do bombeamento, levando a uma insuficiência cardíaca. A reversão pode ser feita com drogas que reduzem a excitabilidade das fibras do miocárdio.

Já a fibrilação ventricular é uma condição de emergência, pois a ausência de bombeamento do sangue resulta em perda de débito cardíaco (fluxo de sangue circulante) e redução drástica na pressão sangüínea, podendo levar à morte em poucos minutos. A fibrilação ventricular pode ser causada por distúrbios na condutividade das fibras cardíacas (hiperexcitabilidade, isquemia resultante de infarto), ou acidentes (choques elétricos, intoxicação por determinadas drogas, etc.). A fibrilação é diagnosticada por ausência de pulso arterial e pela substituição do traçado do ECG (eletrocardiograma) por uma forma de onda flutuante de alta freqüência, ou onda de fibrilação. Raramente a fibrilação ventricular é revertida espontaneamente, o que exige ação imediata da equipe médica, com equipamento adequado e operacional. Quanto mais rápida for a desfibrilação, maiores as chances de sobrevivência do paciente; para cada minuto que passa depois de instalada a fibrilação ventricular, a probabilidade de sobrevivência cai em 10%.

A aplicação de um pulso de corrente elétrica que atravessa o coração promove a despolarização (contração) de uma grande quantidade de fibras ventriculares que estavam repolarizadas (relaxadas) e prolonga a contração das que já estavam contraídas. Se uma certa massa crítica (75% a 90%) das fibras responderem simultaneamente a esta contração forçada, quando retornarem ao estado de repouso estarão em condições de responder ao marca-passo natural e com o sincronismo, o bombeamento é restabelecido.

PROTOCOLO FLS Nº 4688

HISTÓRICO

1936: Ferrie realizou desfibrilação transtorácica em carneiros usando corrente alternada diretamente da rede de alimentação;

1947: Beck relatou a 1ª desfibrilação em ser humano bem sucedida, também com aplicação direta de corrente alternada (60 Hz) durante cirurgia;

1956: Zoll desenvolveu o primeiro desfibrilador de corrente alternada com aplicação clínica;

1961: Lown foi o responsável pela 1ª desfibrilação usando pulso de corrente contínua sincronizado com o ECG (cardioversão);

1967: Pantridge e Geddes relataram o aumento da sobrevivência de pacientes acometidos por parada cardíaca, atendidos fora do hospital por unidade móvel equipada com desfibrilador alimentado com bateria;

1970: Advento dos desfibriladores externos com detecção automática de fibrilação ventricular;

Década de 80: Primeiro desfibrilador interno automático implantado em ser humano;

Década de 90: Desfibriladores ou cardioversores portáteis computadorizados com programas que analisam a atividade elétrica cardíaca detectam e classificam arritmias, orientam o operador em todos os passos da desfibrilação, para uso doméstico (home care).

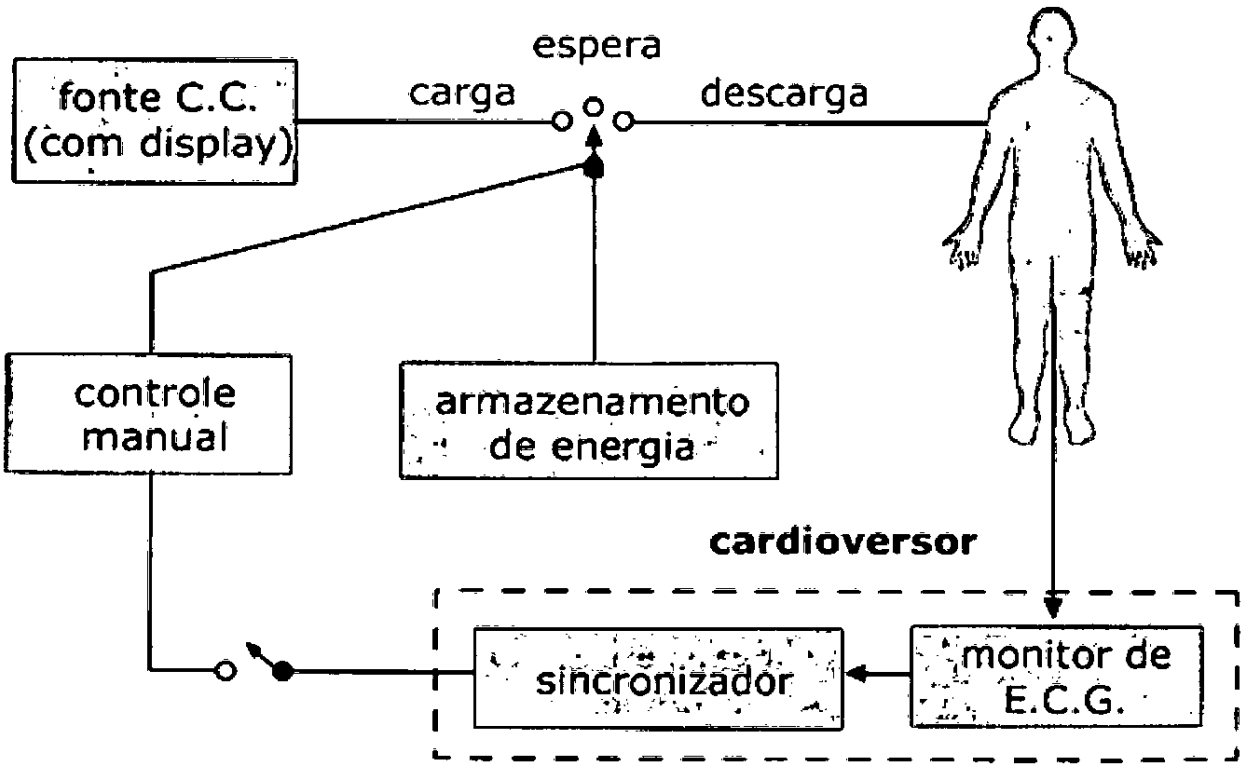
DESFIBRILADORES E CARDIOVERSORES

Desfibriladores são equipamentos eletrônicos portáteis destinados a gerar e aplicar pulsos intensos e breves de corrente elétrica na musculatura cardíaca (diretamente, no caso de cirurgia de peito aberto, ou indiretamente, através do tórax), com o objetivo de reverter arritmias.

Nos cardioversores existem também circuitos capazes de detectar a atividade elétrica do coração e sincronizar a aplicação do pulso desfibrilatório com a onda R do ECG (caso a atividade elétrica esteja

ainda minimamente preservada), de modo que a aplicação deve ocorrer em até 30 ms após a onda R. Esta precaução tem por objetivo evitar que o pulso desfibrilatório seja aplicado no momento em que a maioria das fibras está se repolarizando (relaxando), pois um estímulo à contração neste instante poderia induzir à perda do sincronismo entre as fibras e levar a uma fibrilação ventricular. A cardioversão é utilizada principalmente em arritmias menos severas e em fibrilações atriais.

Diagrama em blocos



Desfibriladores e cardioversores têm como princípio de funcionamento básico o armazenamento de energia elétrica em um capacitor e a manutenção desta condição de carga, bem como a descarga no paciente quando determinado pelo operador. No caso dos cardioversores, o instante da descarga depende também do momento em que se encontra a contração dos ventrículos, detectada através de monitoramento do ECG.

Carga de energia: durante o período de carga (de no máximo 10 s), o equipamento armazena energia, da rede ou de baterias. O início da carga é comandado normalmente por um botão localizado no painel e, ou nas pás de aplicação do pulso desfibrilatório. A quantidade de energia armazenada é medida em Joules (1 J = 1 W.s) e normalmente os equipamentos dispõem de um indicador visual e, ou audível do nível da carga, informando ao operador que o equipamento está pronto para a descarga.

Descarga: a descarga de energia corresponde à aplicação da corrente no paciente através das pás. A descarga é normalmente comandada pelo operador do equipamento através de botões em ambas as pás (mais comum), ou por um botão localizado no painel. A descarga também ocorre automaticamente dentro do equipamento (não no paciente), quando o tempo máximo de manutenção da carga é excedido sem que seja aplicada no paciente, entre 45 s e 60 s, dependendo do modelo. A *American Heart Association* recomenda começar a desfibrilação transtorácica com uma descarga de 200 J e não exceder 360 J. Em descargas internas, aplicadas diretamente no coração, os equipamentos são projetados para limitar a energia em 50 J, para evitar maiores danos ao miocárdio.

Fonte de alimentação: é responsável pelo fornecimento de energia (corrente contínua - C.C.) ao circuito armazenador e aos demais circuitos do equipamento. Pode-se utilizar a rede elétrica ou baterias. No caso de uso de baterias, deve haver um circuito testador do nível de carga das baterias e equipamento para recarregá-las.

Armazenamento de energia: Nos equipamentos atuais o armazenamento de energia elétrica é feito com um capacitor, normalmente não polarizado, com dielétrico de filme plástico (não são usados capacitores eletrolíticos). As tensões de carga variam de 2 kV a 7 kV, dependendo do valor do capacitor e do nível de carga requerido.

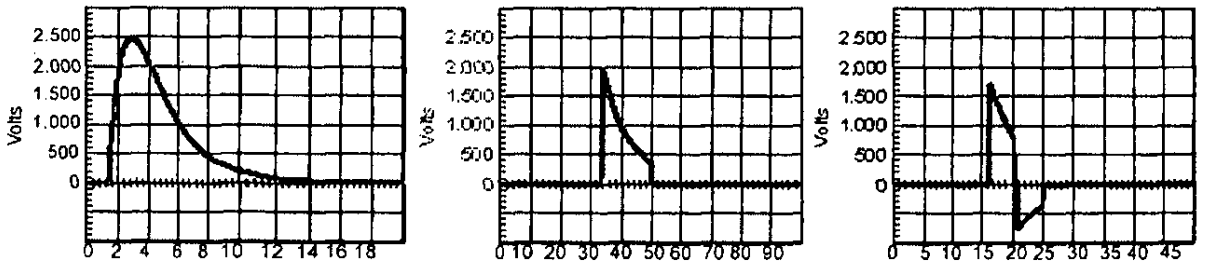
Controle: através dos circuitos de controle se faz o ajuste da carga que será aplicada ao paciente, ajustando-se o nível de tensão de carga do capacitor. Após o comando de *CARGA* e antes do comando de *DESCARGA,* o equipamento permanece no estado de *ESPERA* ou *"stand by".*

4691

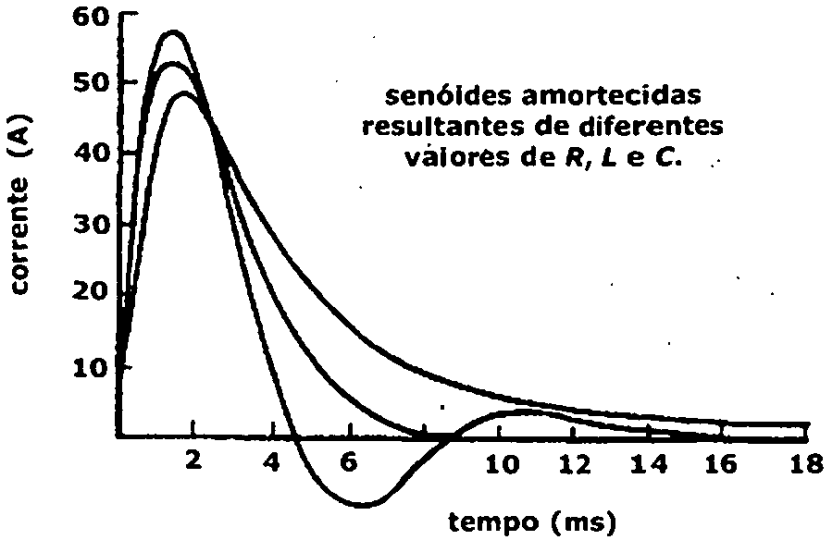
Sincronizador e monitor de ECG: para que a aplicação do pulso desfibrilatório se dê no instante adequado (e com isso se evite que uma arritmia mais simples evolua para uma fibrilação ventricular), o cardioversor deve possuir circuitos que o permitam monitorar a atividade elétrica do coração e inibir a aplicação da descarga se o momento não for adequado:

- O monitor capta o sinal de ECG através de eletrodos convencionais ou através das próprias pás do cardioversor (mais comum);
- O sincronizador é um circuito que detecta a onda R do ECG (momento de contração dos ventrículos ou sístole) e libera a descarga desfibrilatória solicitada pelo operador logo após esta detecção, em um intervalo de tempo inferior a 30 ms.

Circuitos geradores de pulso: As formas de onda desfibrilatória mais utilizadas atualmente são a senoidal amortecida e onda bifásica. A trapezoidal truncada está sendo abandonada pelos fabricantes por sua menor eficácia. No primeiro caso, o pulso é obtido quando a descarga do capacitor (C) se dá através de um indutor (L) interno ao equipamento e da resistência (R) do peito ou do coração do paciente, caracterizando um circuito de descarga *RLC* série. A forma de onda resultante decorre da definição dos valores destes componentes. Os dois outros tipos de pulso requerem eletrônica mais complexa para chavear ("recortar") a corrente no tempo.

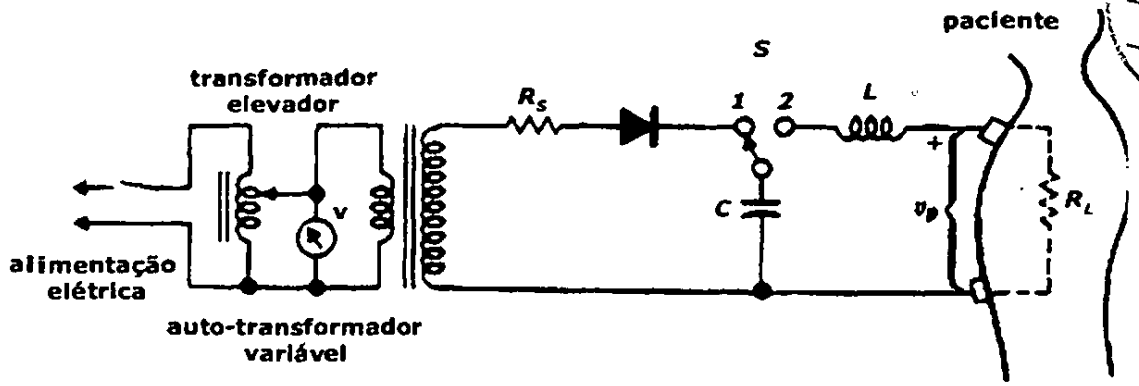


senoidal amortecida **trapezoidal truncada** **bifásica**



Os desfibriladores mais modernos utilizam principalmente a onda bifásica (quando a corrente flui pelo coração em um sentido e depois no inverso, antes de se extinguir), que é uma evolução da senóide amortecida (figura acima). Para esta nova forma, os equipamentos são menores, requerem baterias menores e menos manutenção. Além disso, estudos mostram que pacientes recebendo pulsos bifásicos com menor energia apresentam um ritmo cardíaco pós-desfibrilação mais normal do que os que receberam pulsos monofásicos de maior energia.

PROTOCOLO / SEF
FLS Nº 4693
FUNC.



Neste circuito, um transformador elevador e um retificador são usados para carregar o capacitor ***C***. A carga do capacitor é determinada pela tensão no autotransformador variável no circuito primário. O resistor série ***RS*** limita a corrente de carga, protegendo os componentes deste circuito e define a constante de tempo de carga ***RS C*** (normalmente > 2 s).

Quando o operador dá o comando de disparo, a chave ***S*** é levada à posição 2 (*DESCARGA*), o capacitor é descarregado através do indutor ***L*** e da resistência ***R***L do peito do paciente. Esta chave pode ser constituída por um relé, normalmente blindado e preenchido com gás isolante (em função das altas tensões envolvidas) ou um dispositivo de ionização gasosa do tipo *Tyratron,* ou ainda um dispositivo de estado sólido, tipo SCR.

Uma vez completada a descarga, a chave volta para a posição 1 (*CARGA*) ou para a posição de *ESPERA* (não indicada nesta figura) e o processo pode ser repetido se necessário.

A energia armazenada no capacitor não é necessariamente igual à energia entregue ao paciente durante a desfibrilação porque ocorrem perdas no circuito de descarga e nos eletrodos, principalmente na interface eletrodo-pele. Os equipamentos comerciais devem especificar a energia que seria entregue a uma carga resistiva de 50 W, que simula a impedância do paciente.

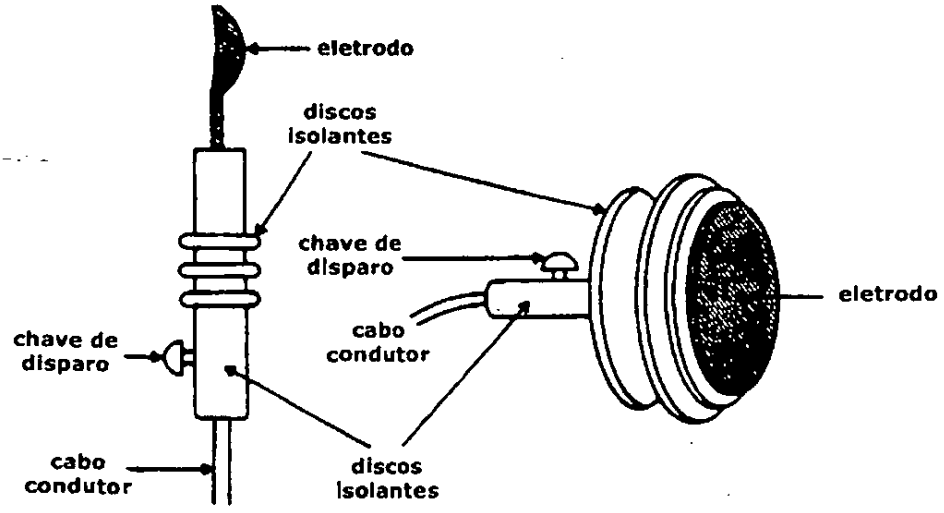
PROTOCOLO FLS Nº 4694

Pás/eletrodos: A aplicação da descarga desfibrilatória no paciente é feita através de eletrodos auto-aderentes à pele, ou pás metálicas e adequadamente isoladas para proteger o operador (mais comum). Os aspectos construtivos variam bastante segundo os fabricantes, mas normalmente as superfícies de contato com a pele são discos de aço inox de 8 a 13 cm de diâmetro para adultos (5 a 8 cm para uso pediátrico) e com chaves para o acionamento da descarga (veja figuras abaixo).

No caso de pás para desfibrilação interna, o diâmetro varia de 4 a 8 cm e as superfícies são côncavas, lembrando colheres com cabos longos e isolantes, para facilitar seu uso na cavidade torácica.

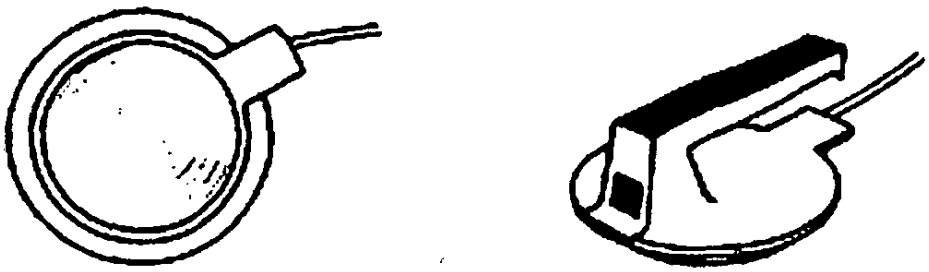
Em ambos os casos, é importante assegurar um bom contato entre as superfícies (eletrodos e paciente) para evitar que parte da energia seja dissipada nesta interface (provocando queimaduras na pele) e deixe de atravessar o miocárdio. No caso de descarga transtorácica, o ideal é aplicar um gel condutivo nas pás e apoiá-las firmemente contra o peito do paciente.

No caso de desfibriladores automáticos, geralmente são utilizados eletrodos auto-aderentes descartáveis. Estes eletrodos já vêm com o gel condutivo e dispensam a pressão sobre o paciente. Servem também como eletrodos de captação da atividade elétrica cardíaca.



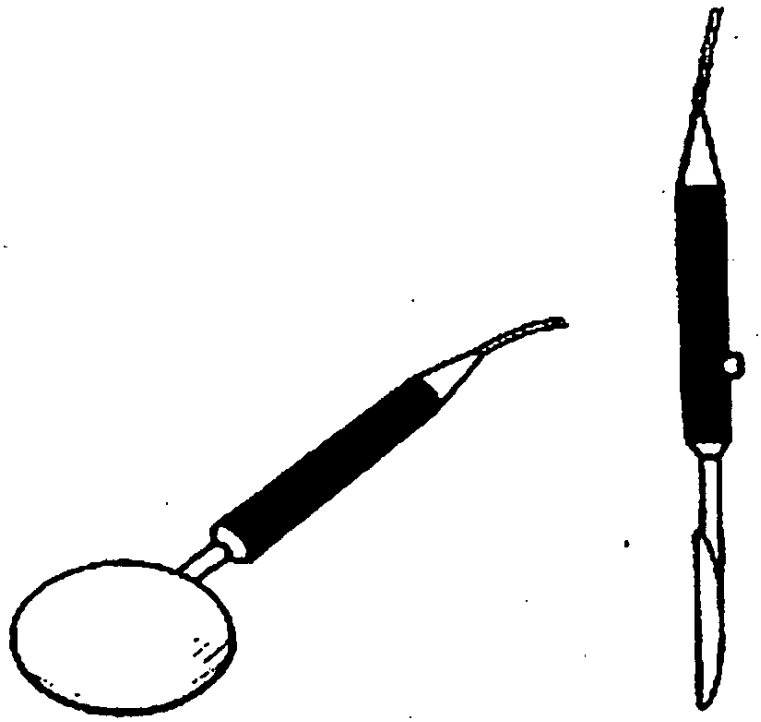
PROTOCOLO / ECG
Fls. nº 4695
FURC

(a)



(b)

(c)

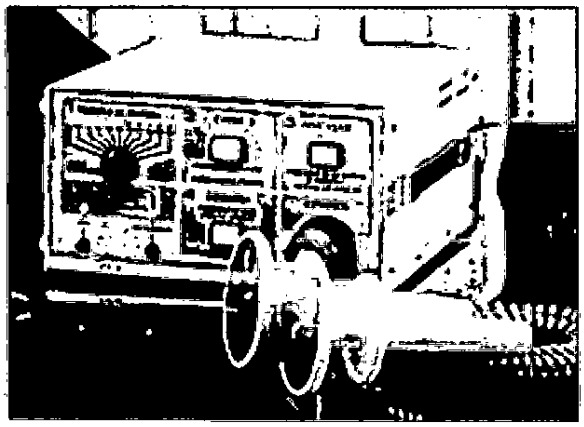


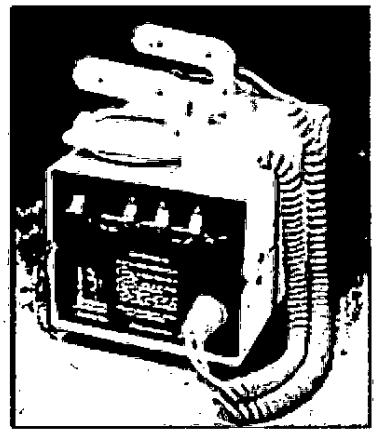
Tipos de equipamentos

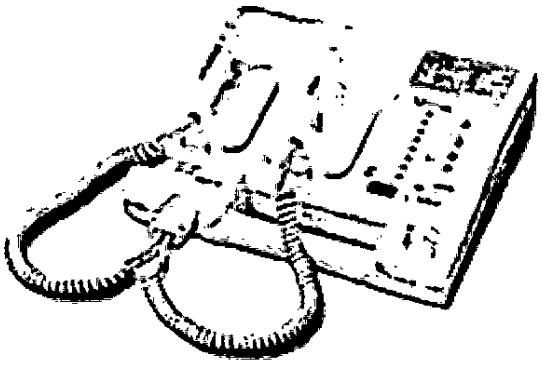
Todos os equipamentos de desfibrilação (e cardioversão) encontrados nos hospitais têm o mesmo propósito: aplicar uma descarga elétrica através do coração para restaurar o ritmo cardíaco a normalizar a atividade contrátil, no caso de arritmias severas. Existem, no entanto, diferenças construtivas e na utilização que são comentadas abaixo.

Desfibriladores externos manuais e semi-automáticos: Nos desfibriladores manuais, o operador deve interpretar o traçado do ECG (atividade elétrica do coração) e decidir se há ou não necessidade de pulso desfibrilatório e qual sua energia. Esta decisão pressupõe treinamento médico compatível com a responsabilidade. O equipamento apenas realiza a operação, de acordo com os ajustes do operador.

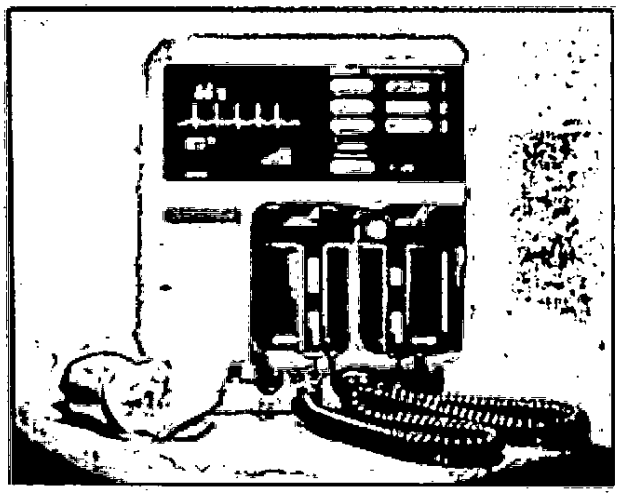
Seguem alguns exemplos:





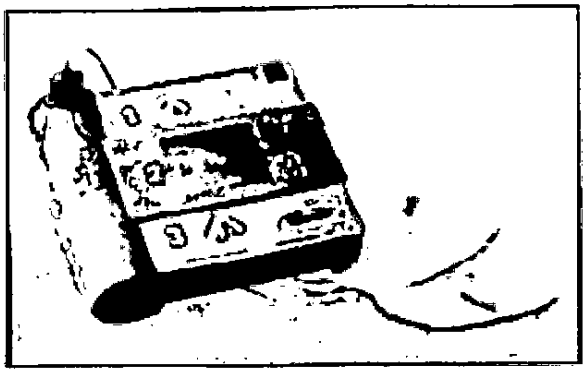


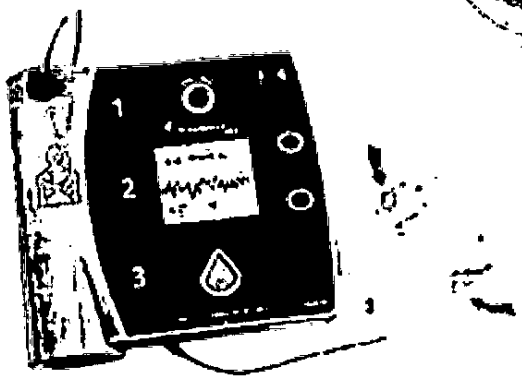
No caso dos modelos semi-automáticos, os equipamentos possuem também uma forma de captar a atividade elétrica do coração (ECG), seja através das próprias pás de aplicação da descarga, seja através de comunicação com um monitor de ECG. Além disso, e mais importante, dispõem de um programa interno que interpreta o traçado do ECG e sugere ao operador condutas a seguir (através de uma tela, display alfanumérico ou síntese de voz). Estes equipamentos podem se operados por pessoas com menos treinamento que no caso acima (bombeiros, paramédicos) e, portanto, estarem disponíveis em locais de grande circulação de pessoas, como shopping centers, edifícios comerciais, escolas, etc.



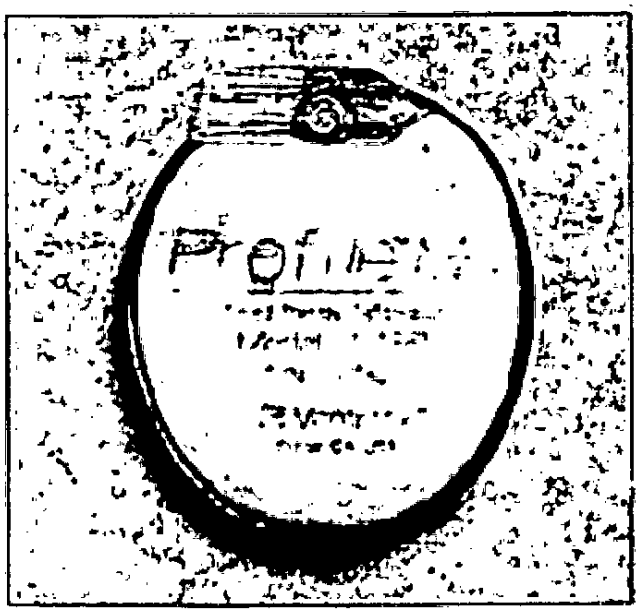
Desfibriladores externos automáticos: são uma evolução natural dos modelos acima e sua operação requer apenas que o usuário aplique os eletrodos no paciente e ative o equipamento. Este capta e analisa e atividade elétrica do coração e determina se o pulso desfibrilatório é necessário. Se sim, o equipamento automaticamente carrega e aplica a descarga. Este tipo de equipamento é voltado principalmente para pacientes com arritmias crônicas e para uso domiciliar.

PROTOCOLO
PLS Nº 4698
FLUMC



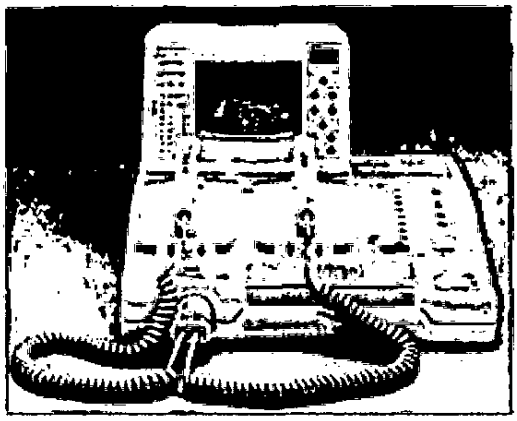


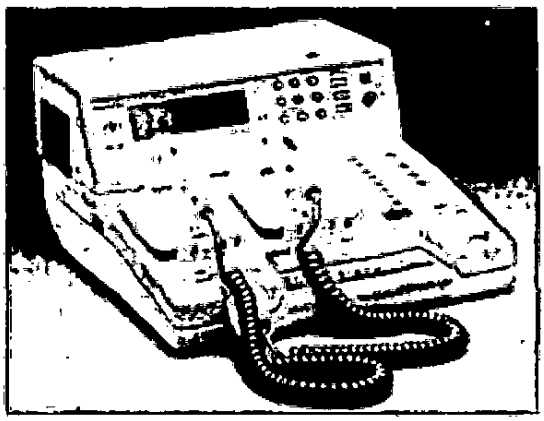
Desfibriladores implantáveis: são dispositivos destinados à detecção e correção precoce de arritmias cardíacas (taquicardias ou fibrilação ventriculares). São implantados através de técnicas semelhantes às dos marca-passos cardíacos. Em função do contato direto com o miocárdio e da detecção precoce da arritmia, os níveis de energia empregados na desfibrilação são muito menores (0,5 a 30 J), fazendo com que baterias e capacitores sejam proporcionalmente menores que nos equipamentos de desfibrilação externa. Normalmente não se faz manutenção deste tipo de equipamento.

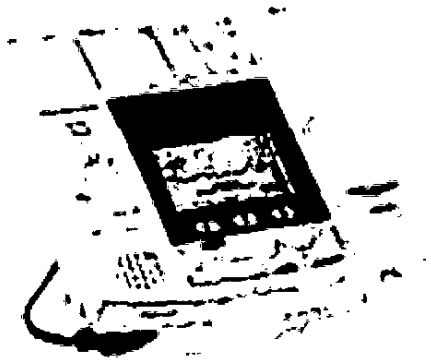


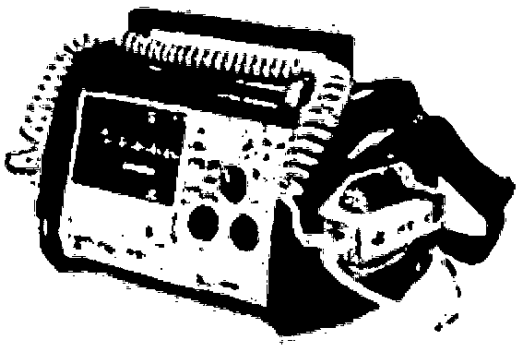
PROTOCOLO FLS 1699

Cardioversores: são os modelos mais comuns atualmente nos hospitais. Além das operações realizadas pelos desfibriladores manuais ou semi-automáticos, permitem a aplicação de pulso desfibrilatório sincronizado com a onda R do ECG (no caso deste ser detectável). Geralmente estão associados com um monitor de ECG que apresenta o traçado em uma tela ou display e muitos modelos incorporam uma pequena impressora para registrar a seqüência de eventos em papel. Alguns modelos incorporam algoritmos de interpretação do traçado de ECG para auxiliar o operador nas suas decisões.









ASPECTOS DE MANUTENÇÃO

Desfibriladores e cardioversores são equipamentos predominantemente eletrônicos, portanto com poucas partes ou peças sujeitas a desgastes mecânicos ou desalinhamentos. As partes passíveis de avarias mecânicas são os cabos (que podem ser tracionados acidentalmente a ponto de terem a isolação danificada ou mesmo se romperem), relés de comutação (no caso de ser esta a tecnologia empregada) e, finalmente, a própria caixa do equipamento, que pode sofrer quedas (em função da utilização freqüente fora do ambiente hospitalar e em situações de emergência).

Mesmo nos circuitos eletrônicos, é importante verificar a limpeza das placas de circuito impresso, pois a presença de bateria e de grandes capacitores pode representar risco de corrosão de partes mais delicadas. Os circuitos de alta-tensão também devem ser verificados, pois podem surgir rupturas nos isolantes, acúmulo de poeira e poluição condutiva, com conseqüente aumento nas correntes de fuga.

A frequência de manutenções preventivas é geralmente indicada pelo fabricante. Na ausência de tal informação, recomenda-se proceder a uma inspeção geral a cada seis meses, observando itens qualitativos, testes quantitativos e procedimentos de manutenção, conforme será visto abaixo. Um estoque de peças para pequenos reparos de emergência deve ser obtido junto ao fabricante.

Cuidados especiais

As altas-tensões presentes nas pás dos desfibriladores são extremamente perigosas e potencialmente letais.

- Nunca realize sozinho testes com estes equipamentos, tenha sempre alguém ao lado;
- Nunca toque ou segure as partes condutivas das pás a menos que esteja seguro que o equipamento está desarmado (descarregado) ou, preferivelmente, desligado.
- Um desfibrilador deve sempre estar disponível para a equipe médica, mesmo durante os testes e inspeções. Procure então realizar os

testes e inspeções próximo à localização habitual dos equipamentos ou providencie outro equipamento com o qual a equipe médica esteja familiarizada.

- Os testes podem descarregar as baterias dos equipamentos. Providencie sempre baterias carregadas para substituir, se necessário.
- Nunca realize os testes e inspeções de todas as unidades ao mesmo tempo, para não deixar a equipe médica sem equipamentos no caso de uma emergência.

Inspeções qualitativas

Os itens abaixo devem ser verificados por inspeção visual e os resultados incluídos em uma planilha com o histórico do equipamento.

- Caixa, estojo, chassi, painel, tampa;
- Carrinho, suporte de montagem, pedestal ou outro mecanismo de fixação;
- Rodízios do carrinho (no caso de ser este o tipo de suporte);
- Cabo de alimentação, tomada, fixação mecânica do cabo, terminal de aterramento;
- Fusíveis, disjuntores do equipamento (p. ex: térmico), dispositivos de proteção de sobrecarga;
- Cabos de conexão com as pás, cabos de ECG e de sincronismo com o ECG e seus conectores;
- Pás e eletrodos (de todos os tamanhos);
- Chaves e controles (mesmo os redundantes, como chave no painel e nas pás);
- Bateria e seu carregador;
- Indicadores, mostradores luminosos, telas gráficas (de funcionamento normal e alarmes);

- Alarmes e outros sinais audíveis;
- Marcações, avisos, precauções de operação e outras indicações gráficas no corpo do equipamento;
- Acessórios (cabos, pás, gel, eletrodos);
- Descarga interna da energia armazenada;
- Dispositivos especiais (sincronizador, impressora, etc.).

Testes quantitativos

Estes testes devem ser realizados por pessoal capacitado, de acordo com as indicações do fabricante e de preferência seguindo as orientações de normas técnicas aplicáveis ao equipamento ou as recomendações dos fabricantes dos instrumentos de medidas utilizados nos testes. Os valores abaixo são apenas indicativos. Verifique os valores adequados para o seu equipamento.

- Resistência de aterramento ("terceiro pino" da tomada) em relação à caixa ou chassi do equipamento (< 0,5 W);
- Corrente de fuga (< 100 mA chassi, < 10 mA eletrodos);
- Fuga entre eletrodos (< 10 mA isolados, < 50 mA não isolados);
- Continuidade dos cabos e pás;
- Calibração de frequência cardíaca (5% ou ± 5 bpm, a 60 bpm e 120 bpm);
- Alarmes de frequência cardíaca (5% ou ± 5 bpm, a 40 bpm e 120 bpm);
- Limitação interna da energia com pás (internas ou pediátricas) (< 50 J);
- Indicação de energia armazenada ou entregue (15% ou ± 4 J, a > 250 J);

- Manutenção da energia armazenada depois de 60 segundos (< 15%);
- Tempo de carga máxima (para carga a bateria) [< 15 segundos na 10ª carga].

Normas técnicas aplicáveis

Como os demais equipamentos eletromédicos, os desfibriladores e cardioversores estão cobertos pelas normas da International Electrotechnical Commission (IEC), algumas já com versão brasileira pela ABNT. Existem também normas nacionais estrangeiras, como é o caso da American Association for Medicai Instrumentation (AAMI). São elas:

- NBR-IEC 60601-1: "Equipamento eletromédico. Parte 1: Prescrições gerais para segurança", 1997;
- IEC 60601-2-4: "Medical electrical equipment. Part 2: Particular requirements for the safety of cardiac defibrillators and cardiac defibrillator-monitors",1983;
- ANSI/AAMI DF2: "Cardiac defibrillator devices", 1996;
- ANSI/AAMI DF39: "Automatic external defibrillators and remote-control defibrillators", 1993.

Manutenção preventiva

Além dos itens listados acima, deve-se ter em mente que em desfibriladores e cardioversores, os componentes mais críticos são as baterias, o circuito de alta-tensão (capacitor, comutador, cabos de aplicação e pás) e os conectores. Por essa razão, inspeções diárias da carga na bateria e ao menos uma descarga (aplicada em um analisador de desfibriladores) é aconselhável.

Deve também fazer parte da manutenção preventiva a limpeza externa do equipamento, com especial atenção às pás, que podem acumular resíduos de gel condutor, colocando em risco a segurança do operador e a efetividade das próximas descargas.

Instrumentos de teste

Para a realização dos testes quantitativos, testes de aceitação e auxiliar na manutenção corretiva, alguns instrumentos de teste são necessários. Os critérios para sua aquisição devem considerar o número de desfibriladores e cardioversores da instituição, o tipo de contrato de manutenção que a instituição tem com fornecedores externos, a capacitação técnica de seus empregados e a disponibilidade de recursos para tais investimentos. Os principais instrumentos são:

- Analisador de desfibriladores (por exemplo: Bio-Tek QED-6H, ou Dynatech Impulse 3000). Testam diversos parâmetros funcionais exigidos pelas normas, como energia entregue, tensão e corrente máximas, sincronismo com ECG, tempo de carga, forma de onda, etc.;
- Testador de isolação elétrica (por exemplo: Dynatech 235A). Testa, igualmente, diversos parâmetros exigidos pelas normas, como resistência de aterramento, corrente de fuga, isolação elétrica, etc.

PROTOCOLO
Fls.
4705
SF

Em branco

PROTOCOLO
4706

CAPÍTULO 7

DIÁLISE RENAL

Elaborado por:
Prof. Dr. Sérgio Santos Mühlen

Diálise Renal 4707

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 272

PRINCÍPIOS DA DIÁLISE 273

Hemodiálise 273
Diálise Peritoneal 273
Difusão 274
Ultrafiltração 275

DIALISADORES 277

Espiral 278
Placas paralelas 278
Capilar 278
Fatores de desempenho dos dialisadores 279

EQUIPAMENTOS PARA HEMODIÁLISE 280

Circuito do dialisato 283
Circuito de sangue extracorpóreo 284
Acesso vascular para hemodiálise 287

EQUIPAMENTOS PARA DIÁLISE PERITONEAL 288

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD) 289
Diálise Peritoneal Clínica Contínua (CCPD) 289
Diálise Peritoneal Intermitente (IPD) 290
Componentes do Dialisador Peritoneal 290
Problemas 291

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4708
FUNC.

TRATAMENTO DA ÁGUA 292

Filtração 295
Adsorção 295
Deionização 295
Osmose Reversa 295
Esterilização 295

ASPECTOS DE MANUTENÇÃO 296

Cuidados especiais 296
Inspeções qualitativas 297
Testes quantitativos 298
Normas técnicas aplicáveis 299
Instrumentos de teste 299

PROTOCOLO/SES
FLS Nº 4209
Diálise Renal
FUNC.

INTRODUÇÃO

No ser humano, os rins desempenham as seguintes funções:

- Remoção dos produtos tóxicos do metabolismo (principalmente a uréia, resultado da digestão das proteínas);
- Regulação do equilíbrio ácido-base no corpo, que se modifica em função das diversas reações metabólicas;
- Controle do volume e da composição dos líquidos corporais (em particular o sangue);
- Regulação da pressão arterial (como decorrência direta da função anterior);
- Secreção de hormônios.

A perda das funções renais, mesmo que por um curto período de tempo, representa ameaça à vida. Em situações de insuficiência renal aguda (como resultado de um trauma físico, de intoxicação ou recuperação pós-cirúrgica), um equipamento deve ser usado para manter a qualidade de vida do paciente até que os rins reassumam sua função.

Se a perda da função renal for irreversível, a única solução definitiva é um transplante bem sucedido. Até que isto ocorra, esta insuficiência renal crônica é contornada através da diálise, que possibilita manter a vida do paciente, ainda que com muitas restrições.

Diálise é, portanto, um procedimento que busca remover o excesso de líquidos e de substâncias acumuladas no organismo do paciente com insuficiência renal, provenientes do metabolismo das células e da ingestão de alimentos e líquidos. Estas substâncias (principalmente uréia, creatinina, potássio e íons hidrogênio) são prejudiciais ao organismo e nas fases avançadas da doença provocam sintomas como fraqueza, acidose, hipertensão, náuseas, vômitos, etc.

A diálise não promove o restabelecimento dos rins ou restaura suas funções. É uma terapia substitutiva que realiza parcialmente as funções renais, prevenindo prejuízos a outros órgãos. Assim, sendo uma solução

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4210
FUNC.

de alcance limitado, a saúde do paciente sob diálise fica significativamente prejudicada.

PRINCÍPIOS DA DIÁLISE

Existem dois tipos principais de tratamento dialítico:

Hemodiálise

Procedimento que promove a filtragem do sangue por via extracorpórea, através de uma membrana sintética especial (contida em um dispositivo chamado dialisador). O sangue é bombeado através de tubos até o dialisador, onde ocorrem trocas seletivas de substâncias com o meio externo e retorna em seguida ao corpo do paciente.

O dialisador é banhado por uma solução aquosa denominada dialisato ou fluido de diálise, composto de eletrólitos, bicarbonato e glicose dissolvidos em água pura, que não entra em contato direto com o sangue, mas troca substâncias através da membrana do dialisador. Uréia, creatinina, água em excesso, etc., passam pela membrana, indo do sangue para o dialisato, assim como alguns eletrólitos, bicarbonato e glicose são transferidos do dialisato para o sangue.

Uma sessão de hemodiálise realiza apenas parte do trabalho dos rins e dura geralmente de 3 a 4 horas. Os pacientes habitualmente necessitam de três sessões de hemodiálise por semana.

Diálise Peritoneal

Neste procedimento, as trocas químicas entre o sangue e a solução dialítica são realizadas por uma membrana semipermeável natural do paciente: o peritônio. Esta membrana envolve vísceras muito vascularizadas (intestinos, mesentério) promovendo uma grande superfície de troca entre o sangue e a solução dialítica. Esta solução aquosa estéril balanceada de íons e glicose é injetada através de um cateter no abdome do paciente, onde permanece por algumas horas até que a concentração de solutos entre em equilíbrio com o sangue, sendo em seguida evacuada.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 474
FUNC.

A diálise peritoneal pode ser realizada em ambiente hospitalar, ambulatorial ou mesmo domiciliar.

Como visto acima, em ambos os tipos de diálise a filtragem do sangue é feita por uma membrana: os eletrólitos, os solutos e a água atravessam esta membrana em direção ao dialisato para serem eliminados; já as células vermelhas, brancas e proteínas de alto peso molecular presentes no sangue não conseguem atravessar a membrana e permanecem no sangue.

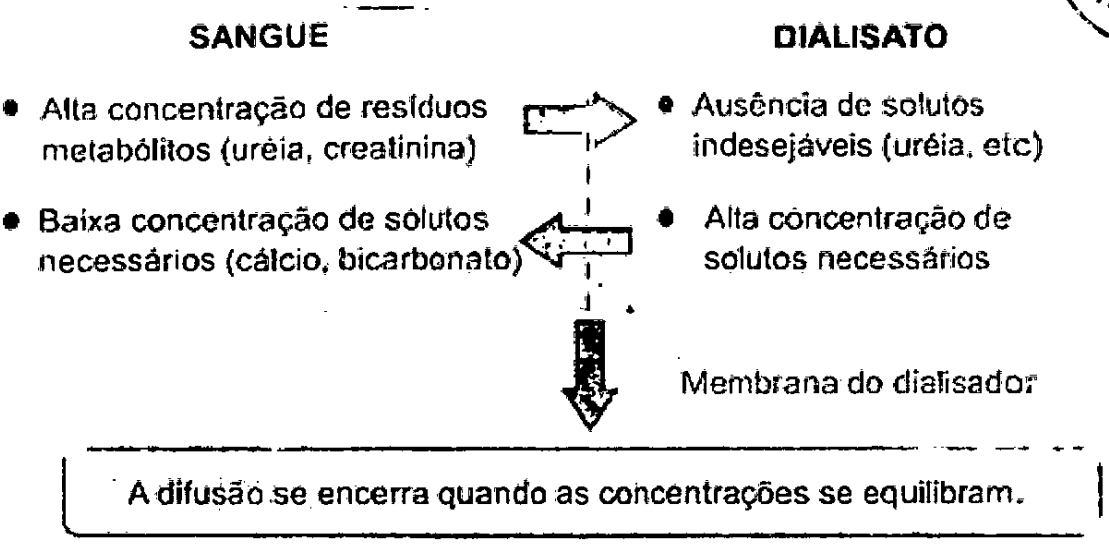
A movimentação de água e metabólitos entre o sangue e o dialisato ocorre por mecanismos de difusão, osmose e ultrafiltração, que podem ser resumidos no seguinte:

Difusão

É o movimento de partículas (eletrólitos e não-eletrólitos) de uma região para outra nos fluidos. Este movimento resulta das diferenças de concentrações das partículas em regiões do fluido que estão em comunicação, havendo deslocamento da região, de maior concentração de partículas, para a de menor concentração, até que o equilíbrio das concentrações encerre a difusão.

Na diálise, os solutos são seletivamente trocados pela membrana semipermeável de acordo com seu peso molecular e em resposta ao gradiente de concentração de cada lado da membrana. Solutos do sangue com baixo peso molecular (exemplo: uréia, creatinina) podem difundir-se mais fácil e rapidamente através da membrana na direção do dialisato (ver esquema a seguir).

PROTOCOLO 4712 FUNC



Por este processo, as substâncias indesejáveis são transferidas ao dialisato, mas não o excesso de água do sangue. Existe até uma pressão osmótica no sentido de levar água do dialisato (onde existe em maior :oncentração) para o sangue (menor concentração). Para contornar esse Problema, é necessário aplicar o segundo mecanismo de trocas através das membranas:

Ultrafiltração

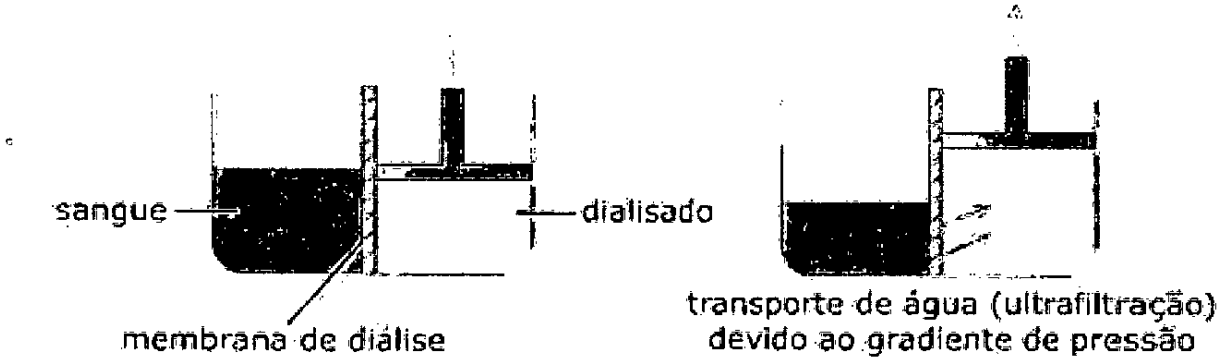
Método de remoção de água do sangue através da membrana semipermeável. Acontece por gradiente de pressão e pode ser: pressão transmembrana (usada na hemodiálise) ou pressão osmótica (usada na diálise peritoneal).

Pressão Transmembrana (Hemodiálise): o equipamento estabelece uma pressão hidrostática entre os dois lados do dialisador (lado do sangue e lado do dialisato), de modo que a pressão do lado do dialisato seja menor. A água do sangue é então "bombeada" para o dialisato. A pressão transmembrana é dita "positiva" quando a pressão do lado do sangue for maior.

PROTOCOLO FLS Nº 4719 FUNC

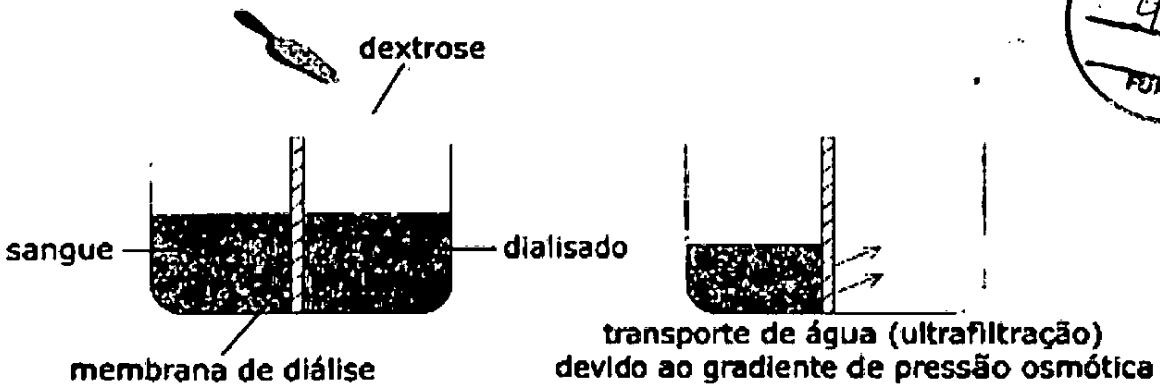
A maioria dos equipamentos aplica pressão negativa ao circuito do dialisato para não perturbar o circuito do sangue e evitar desbalanços na pressão arterial do paciente. Além disso, a pressão transmembrana positiva evita que a água ou outro contaminante passe do lado do dialisato, para o sangue no dialisador.

Apesar da pressão transmembrana ser positiva, o transporte de partículas continuam em ambas as direções, por difusão, de acordo com suas concentrações.



Pressão Osmótica (Diálise Perítoneal): em função das características da diálise peritoneal, não é possível aplicar pressão transmembrana no peritônio. Neste caso, o seguinte procedimento é utilizado para a retirada do excesso de água do sangue: a solução dialítica injetada no abdome do paciente é muito concentrada em dextrose, que é uma molécula grande, com peso molecular alto e, portanto não atravessa a membrana do peritônio. Já a molécula de água é pequena e atravessa sem dificuldades aquela membrana. Como a solução intra-peritoneal está saturada de dextrose, a água que está em maior concentração no sangue migra por osmose para a solução abdominal, sendo em seguida evacuada.

PROTOCOLO
PLS Nº 4214
FUNC



DIALISADORES

Dialisadores são componentes descartáveis por onde o sangue e o dialisato circulam, separados por uma membrana semipermeável. É onde a troca de solutos e líquidos ocorre. São os componentes principais do sistema de hemodiálise e, por serem de uso exclusivo de cada paciente, devem ser especificados pelo médico responsável pela hemodiálise, segundo as características do paciente.

As membranas empregadas nos primeiros dialisadores eram de celofane, derivado natural da celulose. Esta membrana foi modificada, pela introdução do cobre na molécula, resultando no cuprofane. Recentemente foram desenvolvidos novos polímeros derivados da celulose, além de membranas sintéticas, para satisfazer as exigências de biocompatibilidade e melhorar a seletividade na filtragem. As membranas contêm poros com diâmetro aproximado de 0,5 pm.

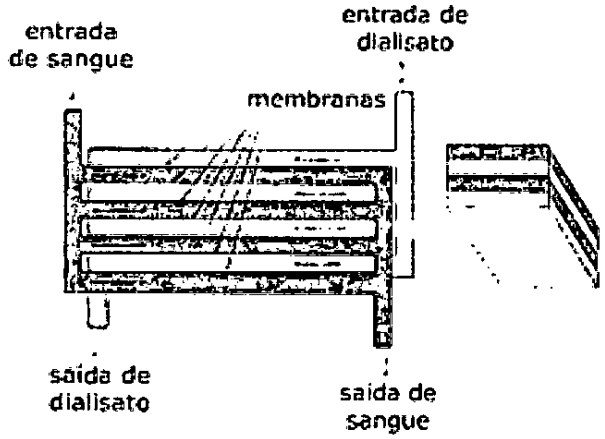
Um fator determinante na definição do dialisador é sua superfície de troca: quanto maior for o paciente, maior deverá ser o dialisador. Os mais utilizados apresentam de 1,0 m2 a 1,3 m2 de superfície de troca (para adultos) e 0,8 m2 (para uso pediátrico). Esta grande superfície de troca, "empacotada" dentro de um componente relativamente pequeno, resulta da construção do dialisador: as formas mais comuns são espiral, placas paralelas e os capilares (atualmente os mais usados).

Espiral

Consiste em um único tubo longo de membrana enrolada, com um suporte em forma de tela, ao redor de um núcleo central. O sangue é bombeado através do tubo, enquanto o dialisato é circulado ao redor do suporte em forma de tela.

Placas Paralelas

São montados em múltiplas camadas, com duas folhas de membrana entre cada par de placas de suporte. As placas possuem ranhuras para fixar a membrana e permitir a existência de caminhos para a circulação do dialisato.

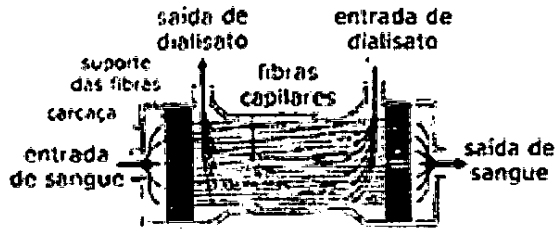


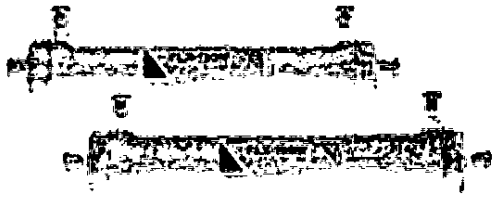
Capilar

Consiste de um feixe de fibras ocas alojadas em um tubo de material plástico. Cada fibra possui em média 245 pm de diâmetro externo e 200μm de diâmetro interno. Dependendo da superfície de troca desejada, podem ser utilizadas de 6.000 a 20.000 fibras capilares.

O sangue circula no interior e o dialisato ao redor de cada fibra e no sentido oposto ao do sangue (para aumentar a eficiência da troca).

PROTOCOLO FLS 180 4716 FUNC





Fatores de desempenho dos dialisadores

Independente do tipo, o desempenho dos dialisadores pode ser avaliado pelos seguintes fatores:

"Clearance" é a quantidade de substâncias completamente removida do sangue por unidade de tempo.

$$Cx = \frac{A - V}{X} \cdot Q$$

Onde:

Cx = clearance da substância X do sangue (ml/min)

Ax = concentração arterial da substância X (mg/100 ml)

Vx = concentração venosa da substância X (mg/100 ml)

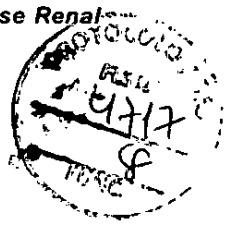
Q = fluxo sangüíneo (ml/min)

Geometria do fluxo: resulta das direções relativas do fluxo de sangue e dialisato através do dialisador.

Na maioria dos dialisadores capilares e de placas paralelas, o fluxo de sangue e de dialisato ocorre em direções opostas (contra-corrente). Essa geometria retira a máxima vantagem dos gradientes de concentração.

Dialisadores tipo espiral utilizam fluxo de sangue perpendicular ao do dialisato (fluxo transverso).

Superfície de troca da membrana: a superfície de troca efetiva da membrana é limitada por:



- Membrana em contato com estruturas do suporte;
- Membrana em contato com membranas adjacentes;
- Volume de sangue "represa27do" no dialisador (prime);
- Capacidade de suportar a pressão transmembrana (para a ultrafiltração);
- Custos de fabricação.

Taxa de Ultrafiltração (UF): expressa o fluxo de água (ml/h) que é retirado do sangue para cada mmHg de pressão tramsmembrana aplicada no dialisador, ou seja, é a eficiência do dialisador em retirar água do sangue em função da pressão transmembrana.

Resistência ao fluxo: expressa a dificuldade que o sangue tem para atravessar o dialisador.

Se este valor for muito elevado (por causa do comprimento do trajeto, ou pelo baixo diâmetro dos capilares), o fluxo será muito baixo e com ele o clearance de substâncias indesejáveis, mas a taxa de ultrafiltração (perda de água) será aumentada.

Se, por outro lado, o fluxo de sangue for muito elevado, o clearance aumentado levará o sangue a perder as partículas mais rapidamente do que a água, pois a taxa de ultrafiltração será reduzida.

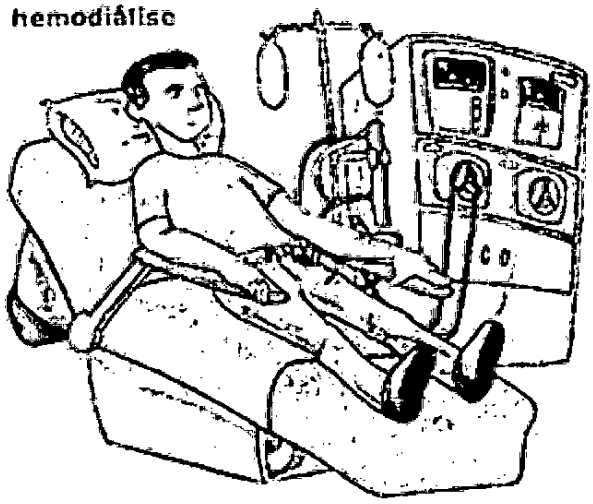
Em função do seu alto custo, os dialisadores podem ser reutilizados por um mesmo paciente. No entanto, entre cada uso o dialisador deve ser processado (lavado, esterilizado e passar por uma avaliação de volume e integridade das fibras). Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizados pelo mesmo paciente até 20 (vinte) vezes (exceto para pacientes portadores de HIV), quando for possível processar com uma máquina automática que realize teste de integridade das fibras.

EQUIPAMENTOS PARA HEMODIÁLISE

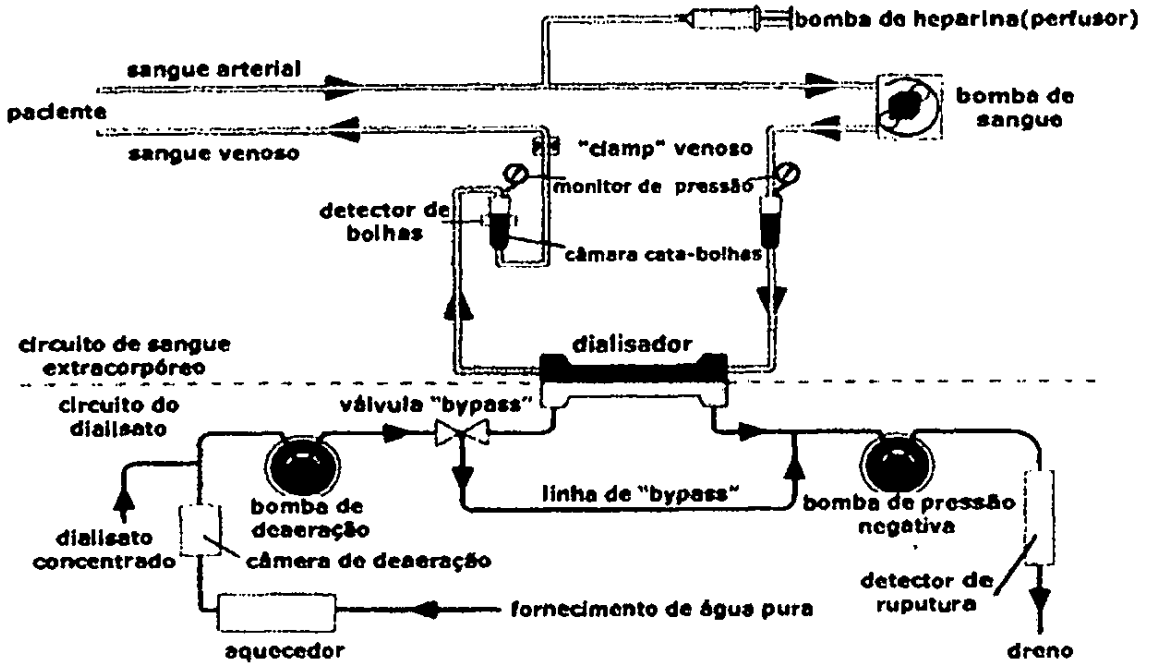
A hemodiálise é um procedimento para tratamento da insuficiência renal através da filtragem do sangue do paciente, por via extracorpórea.

PROTOCOLADO 4718

O paciente é conectado à máquina através de uma agulha que alcança vasos sanguíneos periféricos e durante o tratamento o sangue e o dialisato circulam através do dialisador, separados pela membrana semipermeável que permite a transferência de solutos e água.



Equipamentos de hemodiálise de um único paciente possuem três principais subsistemas: o dialisador (contendo a membrana semipermeável), o sistema de fornecimento de dialisato e o circuito de sangue extracorpóreo, conforme pode ser visto na figura abaixo. Tanto o sistema de fornecimento de dialisato quanto o circuito de sangue extracorpóreo possuem seus próprios circuitos eletrônicos de monitoração e controle.

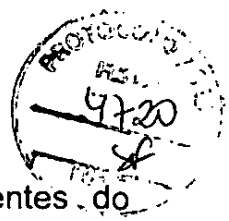


O equipamento da Nikkiso modelo DBB – 22B é um sistema de hemodiálise para um paciente que possui três principais subsistemas:

- O circuito de sangue extracorpóreo;
- O sistema de fornecimento do dialisado;
- O dialisador, contendo a membrana semipermeável.

Este tipo de equipamento oferece ao nefrologista (médico especialista em doenças dos rins) grande flexibilidade no ajuste de todos os parâmetros da sessão de diálise para as necessidades de cada paciente. Quase todos os sistemas de hemodiálise atuais utilizam o sistema de uma só passagem, onde o dialisato circula uma vez pelo dialisador e é em seguida descartado.

No passado usaram-se máquinas "de tanque", onde o dialisato era continuamente bombeado de um tanque ao dialisador e retornava para o mesmo tanque. Somente quando estava completamente saturado de



resíduos metabólicos era então descartado. As portarias mais recentes do Ministério da Saúde prescreveram este sistema em função do grande risco de contaminação para os pacientes.

Circuito do dialisato

É constituído por uma entrada de água pura (geralmente produzida no próprio serviço de hemodiálise, como será visto adiante), um aquecedor (que eleva a temperatura da água até a do corpo do paciente), uma entrada de dialisato concentrado, que se mistura em proporções adequadas à água aquecida e deareada (sem bolhas de ar).

Este dialisato (também conhecido como "banho") é então bombeado pelo dialisador, saindo do outro lado carregado de resíduos metabólicos do sangue. A bomba de pressão negativa promove a pressão transmembrana necessária para a retirada de água do sangue.

Finalmente, o dialisato passa por um detector de ruptura (é geralmente um colorimetro capaz de detectar a presença de sangue, que significa ruptura dos capilares), e é em seguida descartado. Em alguns equipamentos, o dialisato que está sendo drenado é levado novamente ao aquecedor a fim de trocar calor com a água fria que está entrando no sistema e contribuir para aquecê-la.

Fazem parte deste Circuito diversos sensores e alarmes. O equipamento controla a temperatura, a concentração iônica (medida indiretamente pela condutividade elétrica), o fluxo, a pressão do dialisato (positiva e negativa), taxa de ultrafiltração e a presença de hemoglobina. Os sensores ativam os alarmes e desviam o dialisato do dialisador (pela linha de *bypass)* se algum destes parâmetros estiver fora dos limites especificados na programação da sessão e ativam *o clamp* venoso (válvula que fecha o retorno do sangue para o paciente), impedindo uma eventual contaminação do sangue.

O dialisato concentrado é uma solução geralmente adquirida pronta (embora em grandes serviços pode ser interessante produzi-la

PROTOCOLO RS Nº 4731 FUNC

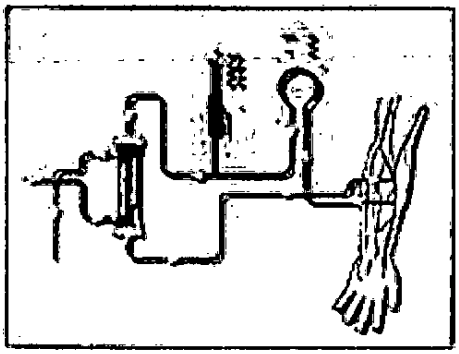
localmente), misturada na proporção de 1:34 com água pura. Além disso, acetato ou bicarbonato podem ser adicionados ao dialisato para neutralizar a acidose do sangue, sempre a critério médico.

Circuito de sangue extracorpóreo

É constituído por um acesso vascular (a forma pela qual se chega ao sangue), um conjunto de equipos descartáveis que conduzem o sangue, uma entrada de substância anticoagulante (heparina) e uma bomba peristáltica de roletes, que impulsiona o sangue até o dialisador. Uma hemodiálise eficiente depende de um fluxo de sangue estável, em torno de 200 a 300 ml/min.

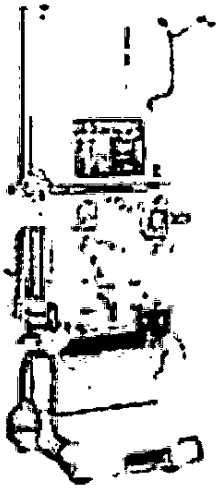
Após a filtragem no dialisador, o sangue passa por uma "câmara catabolhas" e retorna para a circulação sanguínea do paciente. Esta câmara é geralmente constituída por uma peneira muito fina que retém as bolhas de ar que eventualmente se misturaram ao fluxo sanguíneo. Na linha de sangue arterial, do paciente até a bomba de sangue, a pressão é negativa; qualquer imperfeição nas conexões com o paciente, com o perfusor de heparina ou com a própria bomba pode deixar entrar um pouco de ar. Se este não for retirado e chegar até o paciente, pode causar embolia gasosa, que é geralmente fatal.

As bolhas também podem ser provenientes do circuito do dialisato (daí a necessidade do deaerador) e eventualmente atravessar o dialisador e entrando no circuito de sangue. Além disso, a passagem de sangue com bolhas pelos capilares do dialisador pode ocasionar a formação de uma espuma, que deve ser igualmente suprimida pela câmara cata-bolhas antes do sangue ser re-injetado no paciente.

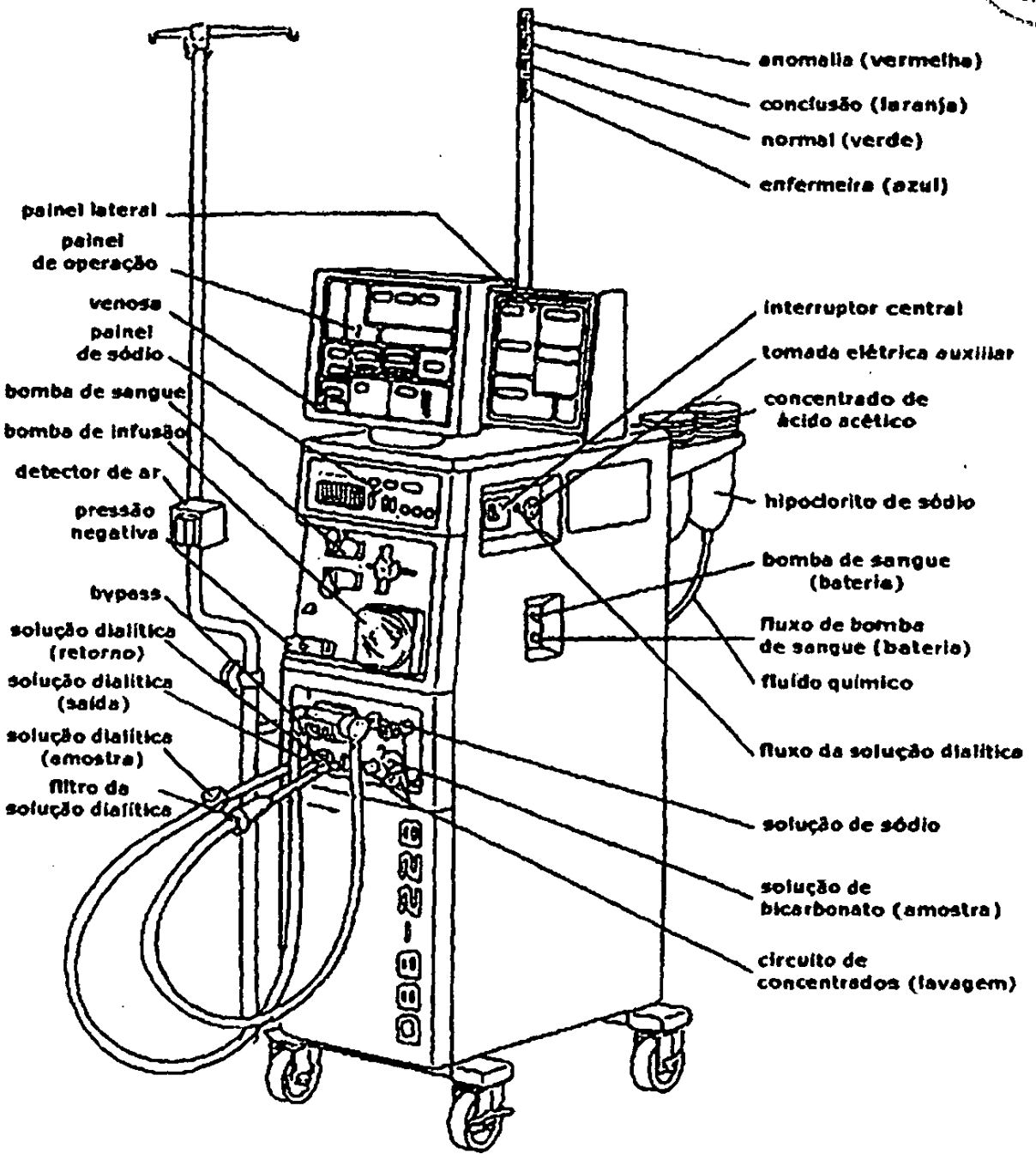


PROTOCOLO
FLS Nº 4722
SF
FUNC

Da mesma maneira como no circuito do dialisato, diversos sensores e alarmes estão presentes no circuito de sangue, como pressão venosa (e em alguns modelos também arterial), perda de sangue e presença de ar. Com o objetivo de proteger o paciente, sempre que alguma anormalidade for detectada, o bombeamento de sangue é interrompido e o retorno de sangue ao paciente é bloqueado pelo clamp venoso, para evitar a contaminação com impurezas devido à ruptura da membrana, bolhas de ar, etc.



PROTOCOLO
FLS Nº 4723
SF
FURE



PROTOCOLO 4424

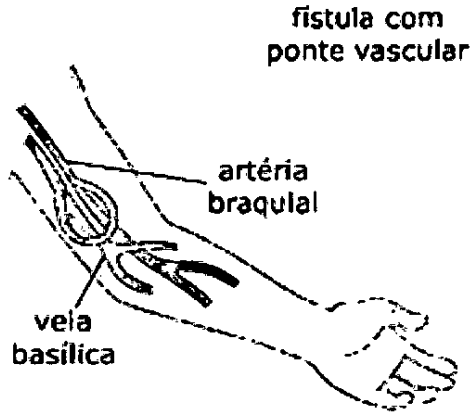
Acesso vascular para hemodiálise

O tratamento dialítico do sangue extracorpóreo exige manobras nos vasos sanguíneos muito mais complicadas do que uma simples punção para retirar um pouco de sangue. O volume de sangue que circula extracorporeamente em uma sessão de hemodiálise é igual a várias vezes todo o sangue do paciente, este acesso deve poder ser utilizado em média três vezes por semana ao longo de muitos anos e por três a quatro horas seguidas, que é o tempo médio de uma sessão de hemodiálise.

Os requerimentos para um acesso vascular ideal para hemodiálise incluem: ser indolor, aceitável e o menos desconfortável possível para o paciente e ser seguro em longo prazo. Infelizmente nenhum acesso atualmente satisfaz todos estes critérios.

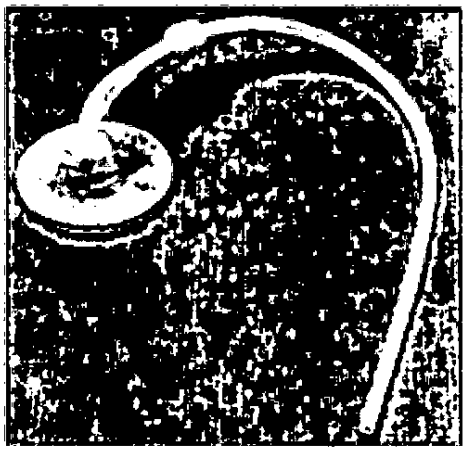
Os métodos de acesso vascular para hemodiálise são:

- Cateter venoso percutâneo: para acesso de poucas semanas; utiliza veias subclávia, femoral ou jugular interna;
- Shunt arterio-venoso: consiste de um implante de tubo plástico (Silastic) em uma artéria e outro em uma veia próxima. Ligando um ao outro se estabelece o shunt de acesso externo. Para acessos temporários;
- Fístula arterio-venosa: é o acesso vascular permanente mais seguro e de mais longa duração, utilizado em pacientes renais crônicos. Uma artéria e uma veia do paciente são cirurgicamente ligadas, o que faz com que o sangue mantenha sua pressão alta e que a veia se dilate, permitindo inserções repetidas de agulhas.
- Enxerto arterio-venoso: variante do caso anterior, quando não é possível criar a fístula (conexão cirúrgica entre artéria e veia) com vaso do paciente. Usa-se então um enxerto tubular de PTFE (Teflon).

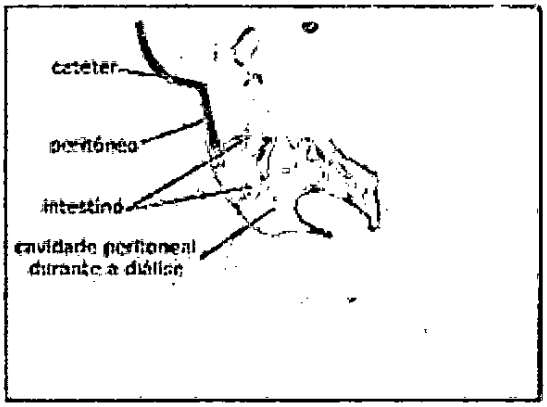


EQUIPAMENTOS PARA DIÁLISE PERITONEAL

A diálise peritoneal é um procedimento para tratamento da insuficiência renal através da filtragem do sangue, por intermédio da membrana que reveste a cavidade abdominal e recobre as vísceras do paciente: o peritônio. Essa membrana tem uma superfície de 1 a 2 m2 (no adulto) e é muito vascularizada. O paciente recebe um cateter especial permanente que possibilita o acesso ao abdome, no interior da bolsa peritoneal. Externamente este cateter é conectado a um equipamento relativamente simples, que contém um reservatório com o dialisato, um aquecedor e algumas válvulas que controlam o fluxo de enchimento e drenagem de dialisato no peritônio.



As concentrações de solutos no dialisato equilibram-se com as dos solutos do sangue em algumas horas. Após o período de difusão, o dialisato é drenado e uma nova solução é infundida no paciente. A retirada do dialisato realiza a remoção dos restos urêmicos, excessos iônicos e água.



A diálise peritoneal é realizada em sucessivas sessões, conhecidas por banhos, com infusão e retirada do dialisato por bombeamento ou por gravidade (diferença de níveis). Como a diálise peritoneal é lenta, assemelhando-se ao processo renal de filtragem de metabólitos, sendo especialmente indicada para pacientes que devido à idade, diabetes, problemas de acesso vascular ou outras condições cardiovasculares, não toleram a hemodiálise. A diálise peritoneal necessita que haja função renal parcial para ser efetiva.

Há três tipos de diálise peritoneal:

Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)

É o tipo mais comum de diálise peritoneal. Não precisa de nenhuma máquina. O dialisato passa de uma bolsa de plástico pelo cateter para o abdome por gravidade. Cerca de 4 horas depois se escoa a solução de volta para a bolsa. Em seguida, o abdome do paciente é re-enchido com solução fresca pelo mesmo cateter.

Diálise Peritoneal Clínica Contínua (CCPD)

É uma técnica automática projetada para dialisar enquanto o paciente

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 472
FUNC.

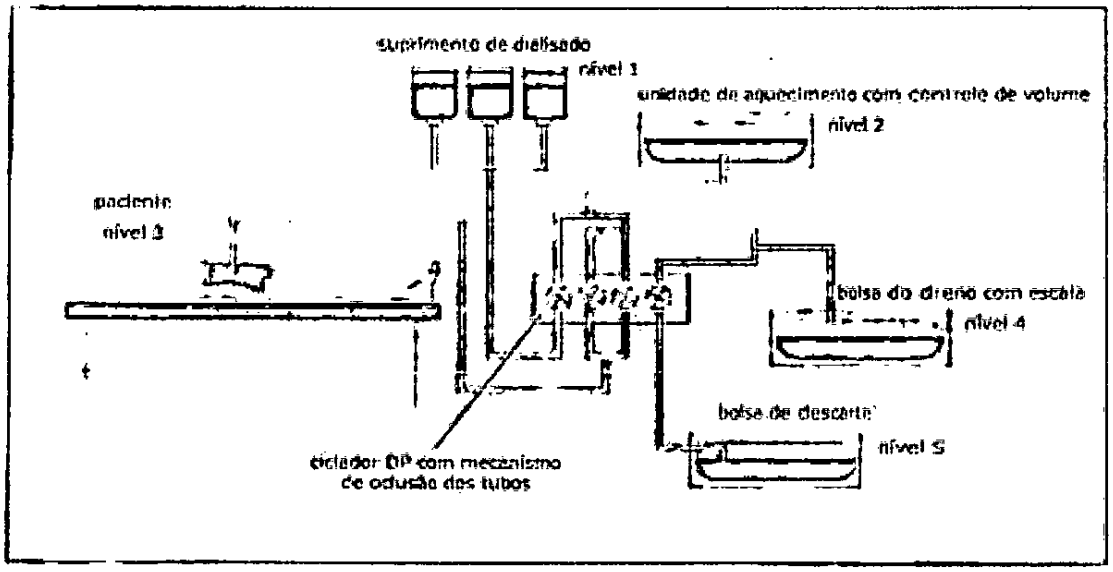
dorme. O tratamento dura de 9 a 10 horas com 3 a 4 ciclos de diálise cada noite. No final da diálise, 2 litros da solução são mantidos na cavidade peritoneal até a noite seguinte, quando o paciente conecta-se novamente à máquina e é drenado pelo ciclo de trocas da noite seguinte. Necessita de uma máquina que se conecta ao cateter e automaticamente enche e drena o dialisato do abdômem.

Diálise Peritoneal Intermitente (IPD)

É uma técnica que utiliza o mesmo tipo de máquina da CCPD para infundir e escoar o dialisato. Pode ser feita em casa, mas é normalmente feita no hospital. É realizada de 3 a 4 vezes por semana, com um total de 30 a 42 horas semanais. As sessões podem durar até 24 horas. Os tratamentos com esta técnica levam muito mais tempo que a CCPD e são empregados para insuficiências renais leves.

Componentes do Dialisador Peritoneal

Para a realização de CCPD e IPD, o seguinte equipamento é empregado.



Estes equipamentos usam a gravidade para fornecer as diferenças de pressão hidrostática que movimentam o dialisato através do sistema e mecanismos de oclusão para infundir e drenar o dialisato. Algumas

PROTOCOLO/SES FLS Nº 4728 FUNC

unidades possuem controle eletrônico na unidade de aquecimento para determinar o volume de dialisato (pré-selecionado) a ser aquecido até a temperatura corpórea e a temperatura final. Circuitos de tempo monitoram o período de permanência do dialisato na cavidade peritoneal. Ao fim desse período, o dialisato é removido até a bolsa de descarte.

Alarmes: as unidades de diálise peritoneal devem dispor de alarmes (visuais ou sonoros) para sinalizar anormalidades nos seguintes parâmetros funcionais:

- temperatura do dialisato;
- drenagem do paciente;
- volume da bolsa de descarte;
- retenção de fluido no paciente;
- densidade do dialisato retirado (indicação de peritonite);
- fluxo de dialisato, se o volume pré-selecionado não foi alcançado dentro de um certo período de tempo;
- fluxo (interrupção) em qualquer parte do sistema;
- pré-seleção de valores (incoerência ou valores inapropriados);

Displays: unidades de diálise peritoneal com microprocessadores permitem a visualização de valores pré-selecionados, do volume de dialisato infundido, temperatura, etc., para cada ciclo e, ou para a sessão inteira de diálise, bem como permitem que os dados sejam armazenados em memória durante interrupções por falta de energia elétrica.

Catéteres: o dialisato é infundido na cavidade peritoneal através de um cateter e um sistema de entubação esterilizado. O cateter pode ser implantado permanentemente no abdome, fornecendo acesso facilitado para as sessões de diálise.

Problemas: a principal complicação da diálise peritoneal é a peritonite (infecção do peritônio). Bactérias patogênicas (staphylococcus, candida albicans) alcançam a cavidade peritoneal pelo lúmen do cateter, caso o

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4729
FUNC

processo de esterilização seja inadequado. Além dos problemas inerentes da infecção, o peritônio apresenta uma tendência à fibrose após muitas infecções e a perda da capacidade filtradora.

Peritonite asséptica: inflamação do peritônio causada por impurezas ou toxinas no dialisato.

Hérnia e dor lombar: decorrentes do volume de líquido intra-abdominal.

O dialisato pode vazar da cavidade peritoneal para outros sítios extraperitoneais.

Pode ainda ocorrer perfuração intestinal (e de outros órgãos) e sangramento, na colocação ou manuseio do cateter.

Podem ocorrer desequilíbrios metabólicos, pois a filtragem peritoneal copia aproximadamente as funções excretoras dos rins (as funções de reabsorção seletiva e produção de hormônios não ocorrem).

TRATAMENTO DA ÁGUA

Uma parte essencial do sucesso da terapia dialítica renal é o preparo do dialisato, onde a qualidade da água para este preparo é crítica. Em nenhum outro procedimento hospitalar a qualidade da água é obrigatoriamente tão pura como em diálise renal (nem mesmo no laboratório de análises clínicas).

O tratamento da água para diálise renal é um tema tão amplo quanto o estudo dos próprios equipamentos de diálise, merecendo por isso uma aula exclusiva. Aqui serão descritas apenas as considerações mais importantes e as principais técnicas de tratamento, sem entrar em detalhes operacionais.

Uma pessoa normal ingere mensalmente cerca de 40 litros de água, em média, entre consumo direto de líquidos e indireto nos alimentos. Esta água só entra em contato com a circulação sanguínea após passar por todo o aparelho digestivo, que protege o organismo de eventuais contaminações e intoxicações.

Pacientes renais crônicos em hemodiálise expõem seu sangue, pela

membrana do dialisador, ao contato de aproximadamente 1.500 litros de água por mês, o que aumenta imensamente a possibilidade de absorção de substâncias tóxicas em solução no dialisato. Por esta razão a água usada em diálise deve ser muito pura.

Os serviços de hemodiálise normalmente utilizam água proveniente do sistema de abastecimento público, em função do grande volume necessário. Esta água é geralmente pobre em contaminantes bacteriológicos, mas rica em minerais dissolvidos (alumínio, cloro, chumbo, etc.).

A água própria para o preparo do dialisato tem suas características físicas, químicas e bacteriológicas muito bem determinadas (vide tabela a seguir). Assim, o Tratamento da Água para Diálise é o processo pelo qual se purifica a água que chega no serviço de diálise (com características sempre variáveis) até que sejam atingidos os níveis de qualidade exigidos pelas normas. É, portanto, um processo onde a contínua monitoração tanto do insumo (água fornecida ao serviço) como do produto final (água pura) definem o sistema de purificação a ser adotado para assegurar a qualidade da diálise e minimizar os riscos para o paciente.

A qualidade da água tratada para diálise é de responsabilidade do diretor clínico do serviço de diálise ou de responsável técnico contratado para esta finalidade. A água tratada utilizada na preparação do dialisato deve ser processada, de modo que apresente um padrão em conformidade com a tabela a seguir (extraída da Portaria n° 82 do Ministério da Saúde), confirmado por análises de controle. As amostras para as análises devem ser retiradas em ponto contíguo ao de sua utilização, obedecendo aos procedimentos de coleta indicados pelo laboratório de referência responsável pelas análises.

4731

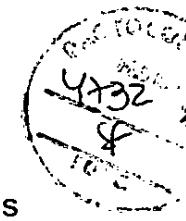
Padrão de qualidade da água tratada utilizada na preparação de dialisato:

Componentes	Valor máximo permitido	Freqüência de análise
Coliforme total	Ausência em 100 ml	Mensal
Contagem de bactérias heterotróficas	200 UFC/ml	Mensal
Endotoxinas	1 mg/ml	Mensal
Nitrato (NO_3)	2 mg/l	Semestral
Alumínio	0,01 mg/l	Semestral
Cloramina	0,1 mg/l	Semestral
Cloro	0,5 mg/l	Semestral
Cobre	0,1 mg/l	Semestral
Fluoreto	0,2 mg/l	Semestral
Sódio	70 mg/l	Semestral
Cálcio	2 mg/l	Semestral
Magnésio	4 mg/l	Semestral
Potássio	8 mg/l	Semestral
Bário	0,1 mg/l	Semestral
Zinco	0,1 mg/l	Semestral
Sulfato	100 mg/l	Semestral
Arsênico	0,005 mg/l	Semestral
Chumbo	0,005 mg/l	Semestral
Prata	0,005 mg/l	Semestral
Cádmio	0,001 mg/l	Semestral
Cromo	0,014 mg/l	Semestral
Selênio	0,09 mg/l	Semestral
Mercúrio	0,0002 mg/l	Semestral

UFC = Unidade Formadora de Colônia.

A verificação da qualidade bacteriológica da água tratada para diálise deve ser também realizada toda vez que ocorrerem manifestações pirogênicas (febre) ou quadros de septicemia (infecção) nos pacientes.

Os sistemas de tratamento de água removem os contaminantes através dos seguintes estágios:



Filtração

Remove as partículas em suspensão na água, retendo-as em filtros. Estes devem ser periodicamente limpos por uma retro-lavagem ou então, substituídos quando começarem a ficar obstruídos pelas partículas. Normalmente são de areia ou de uma rede de material sintético.

Adsorção

Processo próprio de filtros de carvão ativado que retêm compostos orgânicos de baixo peso molecular (cloro). Devem ser substituídos quando apresentarem saturação, medida pela concentração crescente de cloro na água.

Deionização

Processo que visa retirar íons (cátions e ânions) por processo eletroquímico. A água circula por colunas cheias de uma resina trocadora de íons, que quando saturada deve ser substituída. Pode ser regenerada no fabricante, que normalmente também esteriliza para eliminar colônias de bactérias.

Osmose reversa

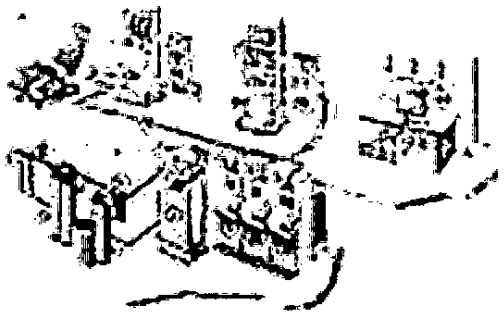
É o processo mais abrangente disponível atualmente para aprodução de água purificada. A água já filtrada e deionizada atravessa uma membrana semipermeável criando duas câmaras (antes e depois da membrana). Aplicando-se uma forte pressão (mecânica) entre elas, a água pura atravessa a membrana deixando para trás todas as substâncias que trazia dissolvidas, revertendo o fluxo osmótico (que leva a água pura a diluir a água saturada). Assim, a água pura fica cada vez mais pura e a saturada cada vez mais saturada.

Esterilização

A eliminação de microorganismos é também conseguida através de ultrafiltros, desinfetantes apropriados ou processo físico (raios ultravioleta).

O mesmo cuidado deve ser exigido para a preparação do líquido de

diálise e, portanto, a pureza dos sais deve ser máxima.



ASPECTOS DE MANUTENÇÃO

Cuidados especiais

Máquinas de hemodiálise são equipamentos sofisticados, com grande quantidade de circuitos eletrônicos (analógicos e digitais), válvulas, motores e outros atuadores eletromecânicos, sensores elétricos, ópticos, térmicos e dimensionais. Sempre que possível deve-se buscar treinamento junto ao fabricante sobre operação, serviços e manutenção preventiva, além dos roteiros de avaliação periódica do funcionamento.

Para alguns equipamentos de hemodiálise e especialmente para os mais sofisticados, é quase impossível sugerir a inspeção quantitativa de todos os circuitos de monitoramento e alarmes. Deve-se orientar pelo manual de serviços do fabricante quando o roteiro descrito abaixo não puder ser aplicado diretamente.

Equipamentos de hemodiálise representam um alto risco de contaminação para técnicos durante manutenção e testes, pois operam com sangue dos pacientes. Sempre que estiver desmontando ou testando um destes equipamentos use luvas de borracha, avental longo e óculos de segurança. Entre em contato com o profissional responsável pela higienização dos equipamentos e, ou controle de infecção hospitalar de seu estabelecimento de saúde para conhecer as políticas e procedimentos relacionados com a contaminação por sangue, em particular hepatite e HIV.

PROTOCOLO 4734

Trate as máquinas de hemodiálise como se elas estivessem contaminadas e, se possível, utilize um conjunto exclusivo de ferramentas para elas. Para minimizar o risco de contaminação oral, nunca fume, beba ou coma na área de manutenção e testes.

Nos testes e demais procedimentos de manutenção, utilizem sempre água pura (água para diálise).

Inspeções qualitativas

Os itens abaixo devem ser verificados por inspeção visual e os resultados incluídos em uma planilha com o histórico do equipamento.

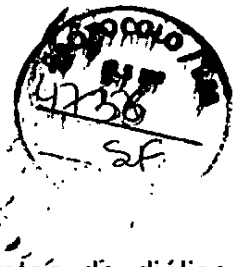
- Caixa, estojo, chassis, painel, tampa;
- Carrinho, suporte de montagem, pedestal ou outro mecanismo de fixação;
- Rodízios do carrinho (no caso de ser este o tipo de suporte);
- Cabo de alimentação, tomada, fixação mecânica do cabo, terminal de aterramento;
- Fusíveis e disjuntores do equipamento (por ex: térmico), dispositivos de proteção de sobrecarga;
- Tubos, mangueiras e suas conexões;
- Cabos de conexão dos sensores e, ou transdutores externos, se houverem;
- Filtros (de líquidos e de ar);
- Chaves e controles (de painel ou em acessórios remotos);
- Aquecedor de água (sensores e alarmes de temperatura);
- Motores, bombas, ventiladores (selos de vedação, rolamentos);
- Nível dos fluidos (alarmes de falta de fluidos);
- Baterias (se houver);

- Indicadores, mostradores luminosos (de funcionamento normal e alarmes);
- Alarmes e outros sinais audíveis;
- Deaeradores;
- Marcações, avisos, precauções de operação e outras indicações gráficas no corpo do equipamento;
- Acessórios (cabos, sensores, extensões);
- Sistema de purificação de água e do dialisato.

Testes quantitativos

Estes testes devem ser realizados por pessoal capacitado, de acordo com as indicações do fabricante e de preferência seguindo as orientações de normas técnicas aplicáveis ao equipamento ou as recomendações dos fabricantes dos instrumentos de medidas utilizados nos testes. Os valores abaixo são apenas indicativos. Verifique os valores adequados para o seu equipamento.

- Resistência de aterramento ("terceiro pino" da tomada) em relação à caixa ou chassis do equipamento [< 0,5 W];
- Corrente de fuga (com pino de aterramento aberto) [< 100 μA];
- Detectores de fuga de sangue (na linha de dialisato) e de ar ou espuma (na linha de sangue) [níveis prescritos pelo fabricante];
- Temperatura (exatidão e alarmes) [± 0,5 °C];
- Condutividade (exatidão e alarmes) [± 1%];
- Circuito de pressão do sangue (monitoramento) [< 10 mmHg, ou 10% da leitura];
- Bomba de heparina;
- Monitor de pressão negativa do dialisato;
- Demais sensores ou monitores (pH, ultrafiltração, etc.).



Normas técnicas aplicáveis

Como os demais equipamentos eletromédicos, os equipamentos de diálise renal estão cobertos pelas normas da International Electrotechnical Commission (IEC), algumas já com versão brasileira pela ABNT (NBR). Existem também normas nacionais estrangeiras, como é o caso da American Association for Medicai Instrumentation (AAMI). São elas:

- NBR-IEC 60601-1: "Equipamento eletromédico. Parte 1: Prescrições gerais para segurança", 1997;
- NBR-IEC 60601-2-16: "Equipamento eletromédico. Parte 2: Prescrições particulares para a segurança de equipamentos de hemodiálise", 1997;
- IEC 60601-2-39: "Medical electrical equipment - Part 2-39: Particular requirements for the safety of peritoneal dialysis equipment", 1999;
- ANSI/AAMI RD5: "Hemodialysis systems", 1992;
- Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 82: "Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise", de 03/01/2000.

Instrumentos de tese

Para a realização dos testes quantitativos, testes de aceitação e auxiliar na manutenção corretiva, alguns instrumentos de teste são necessários. Os critérios para sua aquisição devem considerar o número de equipamentos de diálise renal da instituição, o tipo de contrato de manutenção que a instituição tem com fornecedores externos, a capacitação técnica de seus empregados e a disponibilidade de recursos para tais investimentos. Os principais instrumentos são:

- Medidor de pressões e temperaturas (ex: Bio-Tek DPM 3 ou Dynatech-Nevada 207B). Testam diversos parâmetros funcionais exigidos pelas normas, como exatidão dos sensores, atuação dos alarmes e dos dispositivos de proteção, etc;
- Testador de isolação elétrica (ex: Dynatech 235A ou medTester 6000). Testam, igualmente, diversos parâmetros exigidos pelas normas, como resistência de aterramento, corrente de fuga, isolação elétrica, etc.

SES
4737
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Em branco

PROTOCOLO / SES
RS Nº
4738
98

CAPÍTULO 8

DISPOSITIVOS DE INFUSÃO

Elaborado por:
Profa. Dra. Vera Lúcia da Silveira Nantes Button

PROTOCOLO / SES
4739

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 303

BREVE HISTÓRICO DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO 304

APLICAÇÕES DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO 304

SISTEMAS DE INFUSÃO 306

Sistema de infusão com controle de fluxo manual 306

Controlador de Infusão 308

Bombas de infusão 309

CLASSIFICAÇÃO DAS BOMBAS DE INFUSÃO 320

Bombas de Infusão de Uso Geral 320

Bombas Ambulatórias de Infusão 320

Bomba de Infusão de Analgésicos Controlada pelo Paciente (PCA) 322

Bombas Implantáveis 322

Bombas de Múltiplos Canais 325

CONTROLE EM MALHA FECHADA 325

ACIDENTE COM BOMBAS DE INFUSÃO 326

CONSIDERAÇÕES DE COMPRA/MANUTENÇÃO 326

ROTINAS DE TESTE E CALIBRAÇÃO 327

BIBLIOGRAFIA 330

PROTOCOLO SES
4740

INTRODUÇÃO

O sistema circulatório é o caminho primário para a oxigenação e nutrição do corpo humano e também para a remoção de dióxido de carbono e outras secreções do organismo.

Infusão significa introduzir um líquido (que não seja o sangue) em um vaso sangüíneo.

Considerando que todo o sangue de um adulto saudável circula completamente em 60 segundos, as substâncias introduzidas no sistema circulatório são distribuídas rapidamente. Assim, rotas de acesso intravenoso e intra-arterial compõem vias eficazes para transportar fluidos, sangue e medicamentos até os órgãos vitais de um paciente.

Em torno de 80% dos pacientes hospitalizados recebem terapia por infusão. A nutrição enteral e a aplicação de anestésicos por via nervosa são utilizados em uma população menor de pacientes.

Com o aumento do uso de terapias intravenosas, tornou-se necessário desenvolver dispositivos para infundir drogas com pressão superior à pressão sangüínea e com precisão elevada. As bombas de infusão foram desenvolvidas entre as décadas de 60 e 70. A partir de então, estes dispositivos evoluíram conforme os avanços nos campos da eletrônica, da mecânica e da medicina.

Um sistema de infusão consiste tipicamente, de três componentes: um reservatório de fluido, um dispositivo (equipo) que transporta o líquido do reservatório para o paciente e um dispositivo para regular ou gerar o fluxo. Vários sistemas diferentes são usados para promover o fluxo de fluidos em equipos intravenosos.

Uma bomba de infusão é um dispositivo eletromecânico capaz de gerar fluxo de um dado fluido a pressões superiores à pressão do sangue no local da infusão: cerca de 10mmHg para pressão venosa e aproximadamente 80mmHg e 120mmHg para pressão arterial diastólica e sistólica, respectivamente. Possui alarmes e controles possibilitando a infusão precisa e segura mesmo em baixas velocidades e longos períodos de tempo.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4741

BREVE HISTÓRICO DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO

- A administração de fluidos intravenosos e medicações parenterais (através de injeção) surgiu com uma agulha Rochester em 1950.
- No início da década de 60: 40% das drogas eram aplicadas na forma intravenosa; havia necessidade de um processo de infusão mais preciso;
- 1963: primeiro dispositivo automático de infusão - infusor cronométrico da Watkins ("chronofuser", consistia num mecanismo de relógio que movimentava um cabeçote com roletes que comprimia um cateter deslocando o líquido);
- Década de 70: introdução da eletrônica analógica aliada a motores CC;
- Década de 80: utilização de eletrônica digital (microcontroladores) aliada a motores de passo; cronoterapia (na cronoterapia, administra-se drogas levando em conta o ciclo ou ritmo circadiano do paciente);
- Década de 90: desenvolvimento de sensores para controle em malha fechada (com realimentação da saída na entrada, buscando reduzir erros) de alguns sistemas de infusão, algoritmos de correção e modelamento do controle biológico.

APLICAÇÕES DOS DISPOSITIVOS DE INFUSÃO

Os dispositivos de infusão ambulatoriais ou de finalidade geral são usados para introduzir no sistema circulatório de pacientes, líquidos e agentes farmacológicos através de rotas intravenosas (IV), epidurais e mais raramente intra-arteriais, em aplicações diversas como:

- A manutenção dos níveis apropriados de fluidos de um paciente durante e após cirurgias, tratamento de queimaduras e controle de desidratação em pacientes pediátricos;
- Nutrição parenteral (endovenosa) total (TPN) de pacientes;
- Para manter a veia aberta facilitando a administração de medicamentos em emergência; (KVO - Keep Vein Open, é uma propriedade de bombas de infusão programáveis de redução do volume infundido no final da infusão, com o objetivo de manter o vaso aberto);

PROTOCOLO FLS Nº 4742

- Infusão contínua (por exemplo, hormônio do crescimento) ou intermitente (por exemplo, antibióticos) de drogas, em quantidades efetivas e não tóxicas.

A administração contínua de drogas pode ser considerada a aplicação mais importante dos dispositivos de infusão, pois a concentração de uma droga em seu sítio de ação deve ser suficientemente alta para ser efetiva, mas não tão elevada a ponto de ser tóxica.

Os modos tradicionais de administração de drogas, através de injeções ou pílulas, resultam em flutuações ao longo do tempo na concentração da droga (figura 1), que podem fazer com que esta fique abaixo ou acima da faixa terapêutica, mesmo que a concentração média esteja dentro da faixa.

A infusão contínua de drogas reduz as flutuações e, se a taxa de infusão for correta, assegura uma ação terapêutica contínua.

A infusão contínua de drogas pode ser usada para aplicação de:

- Drogas vasoativas, para controlar a pressão arterial;
- Anestésicos durante cirurgias;
- Quimioterapia para tratamento de câncer;
- Agentes indutores de trabalho de parto;
- Drogas anti-arrítmicas;
- Insulina;
- Supressores de dor e de trabalho de parto;
- Hormônios etc.

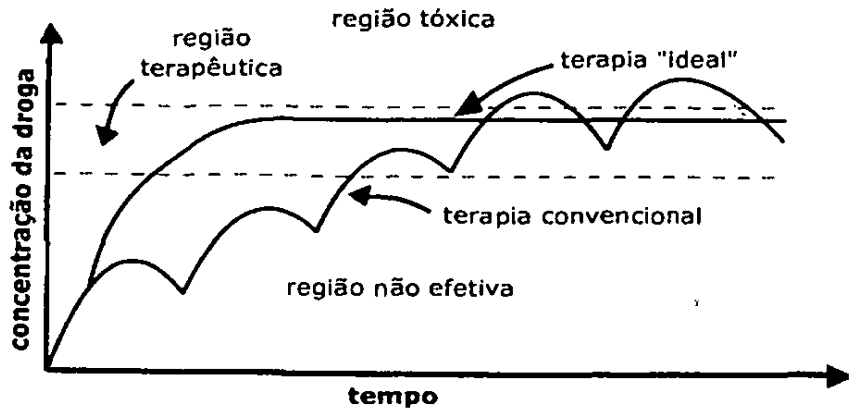


Figura 1. Comparação da evolução da concentração da droga x tempo, a partir do instante de sua administração, para terapias convencional e ideal (modificado de Drug Infusion Systems, J. Webster, Medical Instrumentation Enciclopedy, 1988).

PROTOCOLO
4743

Dispositivos de infusão são utilizados em pacientes hospitalizados em ambulatórios, centros cirúrgicos, UTIs e em ambulâncias. Pacientes que necessitam de terapia prolongada de infusão, mas estão livres de outros cuidados hospitalares, podem ser tratados em casa.

SISTEMAS DE INFUSÃO

Existem três sistemas de infusão: o que utiliza controle manual de fluxo, e é o mais simples de todos; o que utiliza um controlador de infusão (automático ou semi-automático) para estabelecer o fluxo determinado pelo operador; e a bomba de infusão, que gera, monitora e controla o fluxo. A bomba de infusão é o sistema que oferece a maior precisão de infusão, e permite trabalhar com pressões maiores que os sistemas gravitacionais. Nas bombas de infusão o controle do fluxo pode ser volumétrico ou não-volumétrico.

Sistema de infusão com controle de fluxo manual

O sistema de infusão mais simples consiste em um reservatório e um equipo composto por um tubo, uma câmara de gotejamento e uma pinça rolete ou chapinha metálica (grampo) para comprimir o tubo do equipo e controlar o fluxo de líquido do reservatório para o paciente (figura 2). A pressão de infusão é a diferença entre a pressão hidrostática gerada pela coluna de líquido no equipo e a pressão venosa (que varia em torno de 10mmHg).

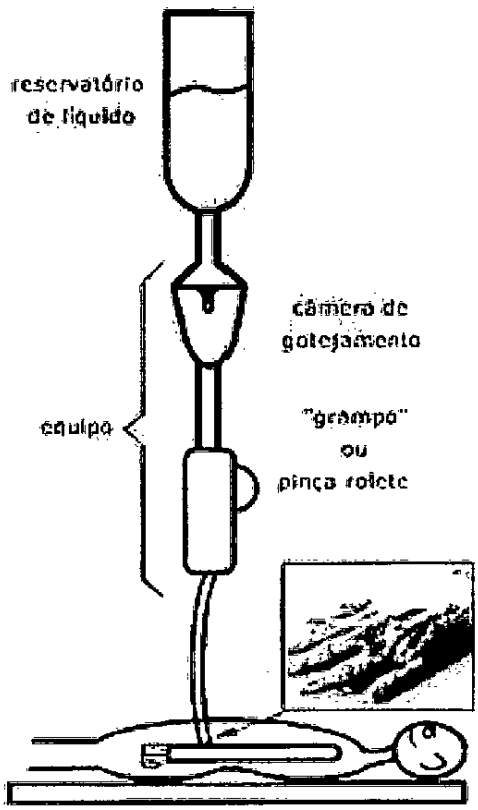


Figura 2. Componentes do sistema de infusão com controle de fluxo manual.

PROTOCOLO 4744

Desvantagens:

Este sistema é muito impreciso, pois o fluxo irá variar no tempo com:

- A redução da coluna de líquido ao longo da infusão;
- As variações da pressão venosa do paciente;
- O posicionamento (altura) do reservatório;
- A viscosidade e a temperatura do líquido;
- A formação de coágulo na linha de infusão.

Além da imprecisão, este sistema só pode ser usado em veias periféricas, devido à baixa pressão gerada. Seu uso é impraticável em veias centrais e artérias, onde a pressão do sangue é alta.

O método de controle de fluxo se baseia na contagem feita pelo operador (enfermeira, auxiliar de enfermagem, etc) do gotejamento. Este sistema de controle possui um erro inerente ao processo: as características das gotas variam no tempo. Também não é possível estabelecer um dado fluxo que resulte num número de gotas que não seja inteiro (por exemplo: 3,5 gotas/minuto).

Não possui alarmes e a monitoração do processo depende exclusivamente do profissional da saúde.

Vantagens:

Baixo custo;

Operação simples.

Para garantir maior precisão nos sistemas de infusão, pode-se utilizar controladores de fluxo.

Quando for necessário precisão e pressão maiores (arterial 80mmHg - diastólica e 120mmHg - sistólica) ao longo do tempo, deve-se utilizar bombas de infusão.

4745

Controlador de infusão

O controlador de pressão (ou de infusão) é um equipamento destinado a regular a vazão do líquido administrado ao paciente sob pressão positiva gerada pela força da gravidade (NBR IEC 60601-2). Depende da pressão gerada pela ação da gravidade para proporcionar a infusão, porém a regulação do fluxo é controlada por uma contagem eletrônica de gotas.

Vantagens e desvantagem:

Os controladores são uma opção para um sistema simples de infusão, pois monitoram e regulam o fluxo determinado pelo operador (semi (figura 3) ou automaticamente). Por trabalharem com pressão baixa, são sensíveis à oclusão no equipo ou ao deslocamento da agulha, mas são limitados pela baixa pressão de infusão.

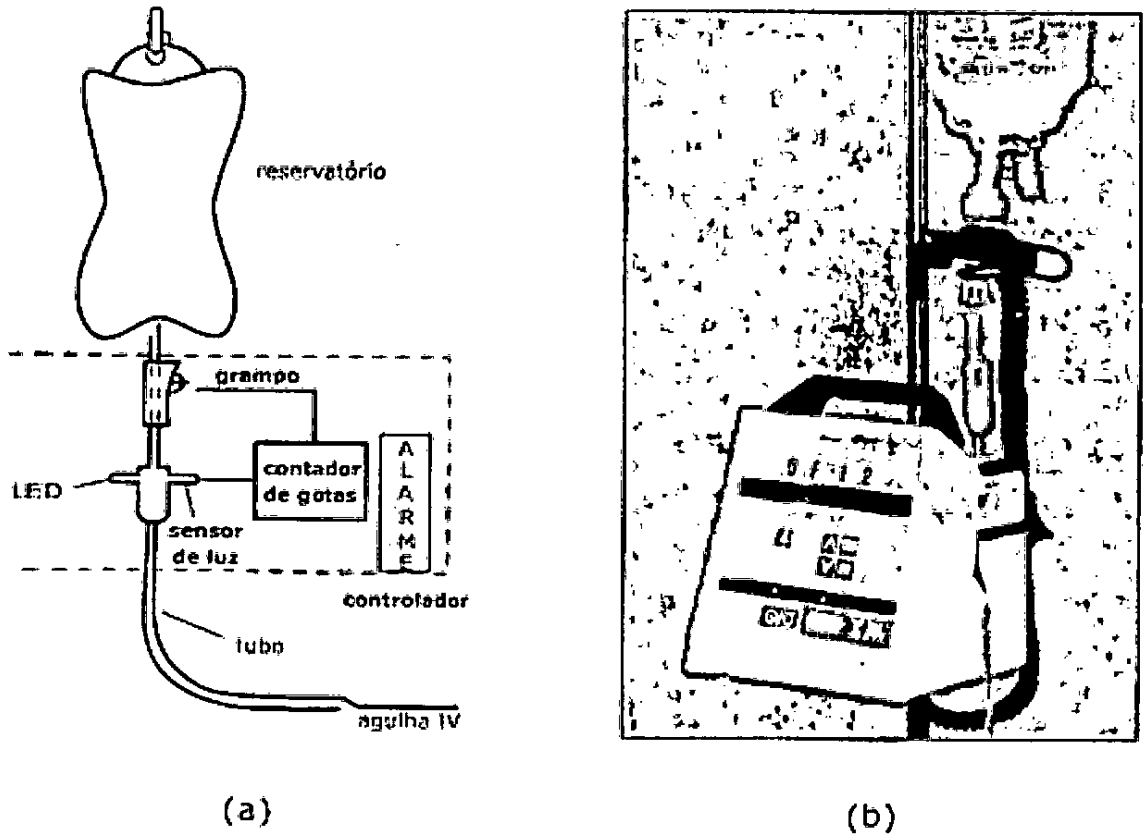


Figura 3. (a) Sistema de infusão por gravidade com controlador semi-automático de infusão. Quando a contagem de gotas não está de acordo com o valor pré-determinado, soa o alarme e o operador reajusta o grampo. (b) Sistema de infusão por gravidade com controlador automático. O sistema estabelece e controla o fluxo de infusão e a pressão de infusão é determinada pela pressão gravitacional da coluna de fluido no reservatório e no equipo.

PROTOCOLO FLS 4746

No sistema de infusão por gravidade com controlador mostrado na figura 3, o controle é semi-automático: o operador ajusta com ajuda do grampo, o fluxo desejado. Na câmara de gotejamento existe um diodo emissor de luz (LED) de um lado, e um sensor de luz do outro (por exemplo, um foto-diodo, acionado pela luz emitida pelo LED). O funcionamento deste sensor fotoelétrico é interrompido pela passagem de cada gota, enviando um sinal ao contador de gotas. Desta maneira, o controlador pode emitir um alarme caso a contagem de gotas esteja abaixo da programação estabelecida, ou se estiver ocorrendo fluxo livre, situações que necessitam da intervenção do operador.

Bombas de infusão

Bombas de infusão são usadas quando se necessita de maior precisão na aplicação de fluidos no paciente, ou quando é necessário empregar fluxos maiores que os obtidos com sistemas gravitacionais ajustados manualmente.

Nas bombas de infusão a pressão de infusão independe da pressão gravitacional, e muitas vezes é maior que a pressão gravitacional. O controle do fluxo pode ser volumétrico ou não-volumétrico, e o mecanismo de infusão pode ser peristáltico, por pistão ou por seringa.

Onde são usadas:

- Em oncologia, nos tratamentos de quimioterapia;
- UTI, para administração contínua de drogas cardiovasculares;
- Unidades de queimados;
- Durante e após cirurgias;
- Tratamento de pacientes desidratados;
- Neonatologia (devido ao baixo peso e sensibilidade dos pacientes é indispensável à utilização de sistemas de infusão precisos e confiáveis);
- Em terapias intravasculares feitas na casa do paciente.

Critérios de utilização:

- Quando se necessita maior precisão do que a obtida com os métodos gravitacionais;
- Quando for necessária pressão positiva para vencer a pressão do vaso sangüíneo como em terapia intra-arterial;
- Quando a extravasão da droga infundida estiver associada à morbidade;
- Quando o volume total a ser infundido não puder ser ultrapassado;
- Quando especificado pelo fabricante da droga;
- Quando a taxa de administração da drogas for pré-determinada;
- Quando a bomba representar um método efetivo para a diminuição de risco ao paciente.

Problemas decorrentes de vazões incorretas:

- Respostas retardadas (fluxo baixo) ou tóxicas (fluxo alto) ao paciente;
- Aumento da possibilidade de ocorrência de flebite e tromboflebite (infecção e entupimento de vasos, respectivamente);
- Infiltrações e extravazamentos no local de aplicação podendo causar necrose;
- Edema pulmonar, afetando função renal e cardíaca;
- Problemas metabólicos;
- Embolia pulmonar.

Vazão: Quanto à vazão, as bombas de infusão podem fornecer fluxos variados, de acordo com o tipo de controlador de fluxo empregado. Alguns valores típicos são apresentados a seguir:

- Bomba de infusão com controle de fluxo volumétrico: 25ml/h;
- Bomba de infusão com controle de fluxo não-volumétrico: 20gotas/min;
- Bomba de infusão de seringa: 5ml/h (0,1 a 99,9 ml/h, dependendo da seringa).

Diagrama em Blocos

Na figura 4 é apresentado um diagrama em blocos genérico de bomba de infusão.

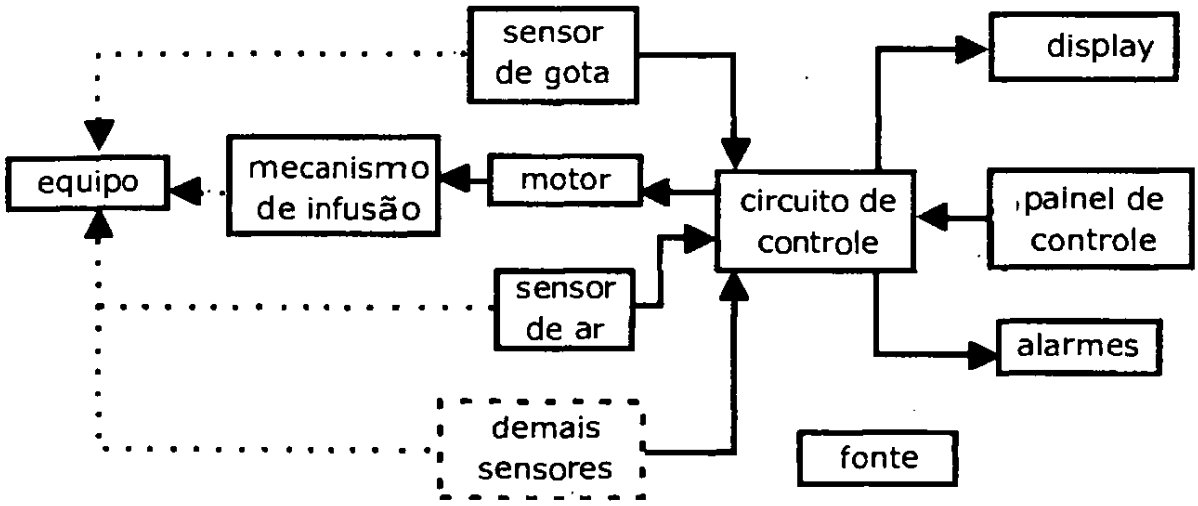


Figura 4. Diagrama em blocos de uma bomba de infusão.

Circuito de Controle

O circuito de controle de uma bomba de infusão pode ser analógico, digital e,ou microprocessado.

O circuito de controle é responsável pela interpretação das informações inseridas no dispositivo (programação), por controlar o mecanismo de infusão, por interpretar os sinais dos sensores e disparar os alarmes, quando necessário.

Os circuitos de controle podem armazenar informações, calcular a dose da droga, realizar variações na taxa de infusão, interfacear a bomba com microcomputadores e periféricos, etc.

A infusão pode ser feita através de controle volumétrico ou por controle não-volumétrico.

- controle volumétrico: unidade de volume por unidade de tempo (ml/ h). Controla o volume do líquido a ser infundido, assim como a velocidade de infusão, independente das características do líquido.

- controle não-volumétrico: número de gotas por unidade de tempo (gotas/min). Controla a quantidade de gotas liberadas, assim como a velocidade de infusão. O volume depende do tamanho da gota (que varia com o tipo do equipo), da temperatura, da viscosidade e de densidade do líquido.

Painel de Controle

Consiste normalmente num teclado para a entrada de dados sobre infusão a ser realizada.

Saída de dados ("display")

As saídas de dados das bombas de infusão mais comuns são "displays" alfanuméricos e LCD ("display" de cristal líquido); apresentam informações sobre a infusão em andamento: volume total a ser infundido, fluxo (ml/h ou gotas/min), tempo total e tempo restante da infusão, dados sobre alarmes, etc.

Alarmes

Além de fornecer um fluxo preciso de infusão, as bombas de infusão devem possuir alarmes para garantir a segurança do paciente, mesmo em caso de mau uso do equipamento.

Os alarmes indicam:

- Bolhas de ar no equipo (na presença de bolhas de ar, a infusão deve ser automaticamente interrompida);
- Fluxo livre;
- Oclusão do equipo;
- Fim de infusão (término do líquido);
- Bateria fraca (a bateria deve ter autonomia mínima de 5 minutos).

Motor

Utilizam-se motores de corrente contínua ou motores de passo pare acionar os mecanismos de infusão.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4750
FUNC.

Mecanismos de Infusão

Neste bloco é gerada a pressão de infusão, responsável pelo fluxo do fluido. Os mecanismos de infusão mais comuns são os peristálticos, por seringa e por pistão ou diafragma.

Peristáltico

Nas bombas com mecanismo de infusão peristáltico ou bombas peristálticas o mecanismo de infusão é caracterizado pelo esmagamento de um tubo por onde passa o líquido a ser infundido, como indicado na figura 5.

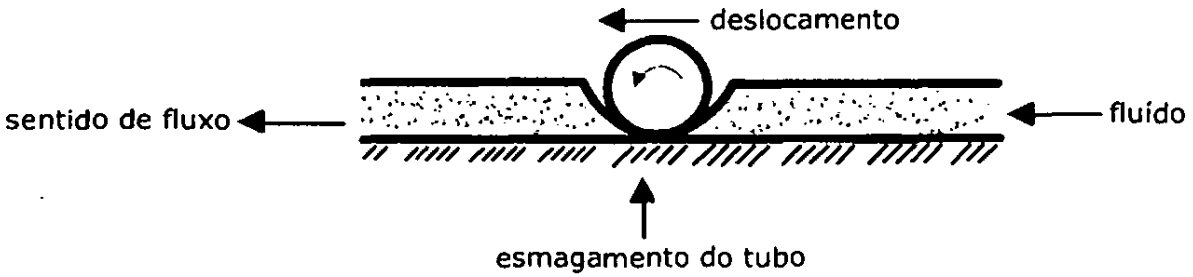


Figura 5. Representação do mecanismo peristáltico de infusão.

As bombas peristálticas podem usar mecanismo rotativo com e sem batente ou linear. Fornecem um fluxo entre 0,01 e 999 ml/h, e seu volume é limitado pela capacidade do reservatório.

Peristáltico Rotativo

O mecanismo de infusão peristáltico rotativo é composto por um rotor que pressiona pequenos rolos contra um tubo flexível (figura 6).

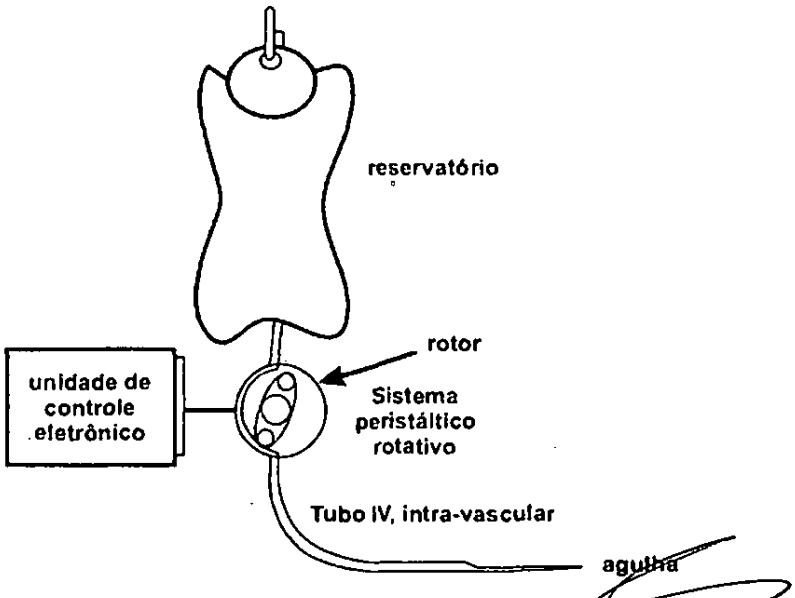


Figura 6. Representação do mecanismo de infusão peristáltico rotativo.

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4751
FUNC

Pode ser construído de duas formas básicas: com e sem batente.

Com batente: o tubo é pressionado contra um ponto fixo (batente rígido); pode ser usado equipo comum.

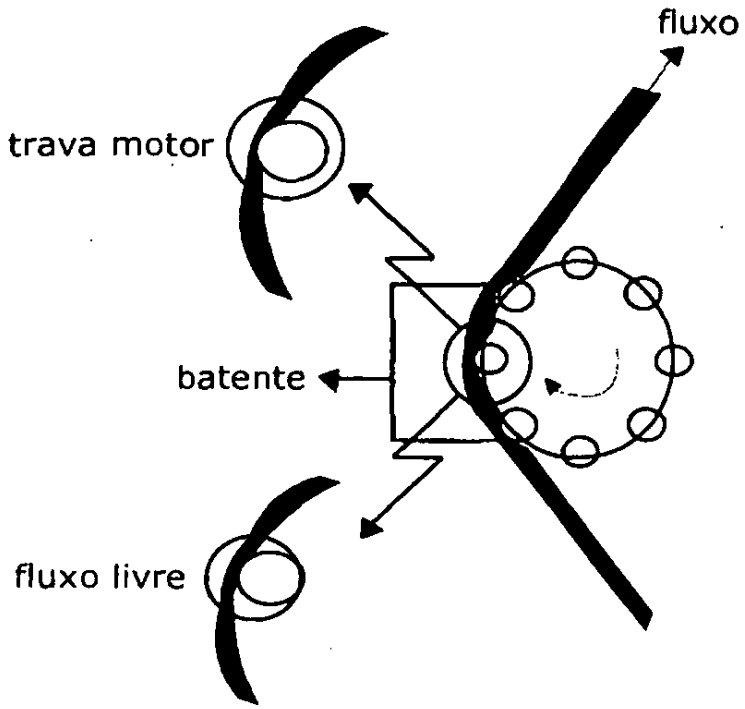


Figura 7. Esquema do sistema peristáltico rotativo com batente. O fluxo é estabelecido de acordo com o grau de esmagamento do tubo do equipo. Na figura são indicados dois casos extremos: fluxo livre, em que o sistema rotativo não esmaga o tubo; e interrupção do fluxo, em que o tubo é totalmente esmagado pelo sistema rotativo.

Sem batente: Não possui ponto fixo de esmagamento. O tubo é preso sobre o rotor (figura 8); roletes esticam e esmagam o tubo promovendo o fluxo.

É necessário usar equipo de silicone (pelo menos a porção onde ocorre o esmagamento do tubo). O equipo é específico para cada modelo de bomba.

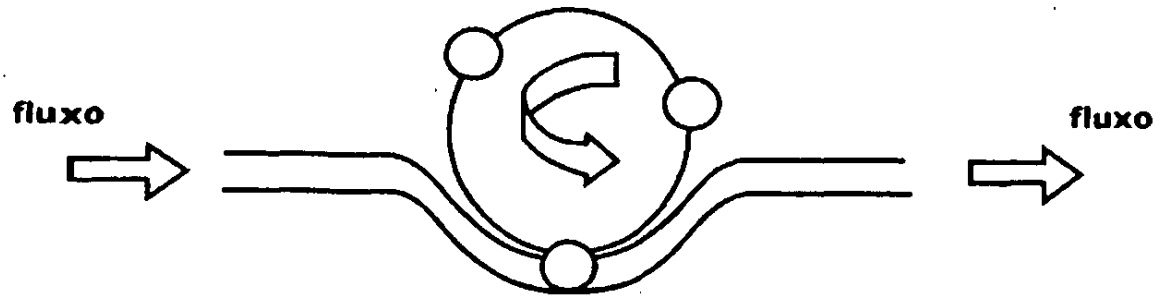


Figura 8. Esquema do sistema peristáltico rotativo sem batente.

PROTOCOLO FLS Nº 4752 FUNC

Vantagens e desvantagens:

Com batente: possui um único ponto de esmagamento, o que o torna mais confiável; seu ajuste (mecânico) é difícil.

Sem batente: é mais fácil de ser construído; exige um torque maior do motor para impulsionar o líquido e exige equipo especial (de silicone).

A escolha do tubo de silicone: está ligada a diversos fatores:

- Grau de pureza (médico, alimentício ou industrial);
- Diâmetro interno do tubo define a quantidade de fluido deslocada a cada passo do motor;
- Espessura da parede do tubo determina a força para se obter o colabamento do tubo.

Peristáltico Linear

Na figura 9 é representado o mecanismo de infusão peristáltico linear. Este mecanismo é composto por uma série de placas (ou engrenagens) que pressionam o tubo contra um batente, realizando um movimento ondulatório gerado por um fuso, acionado pelo motor, justaposto às placas. O fluido é impulsionado pela pressão aplicada ao tubo em posições consecutivas.

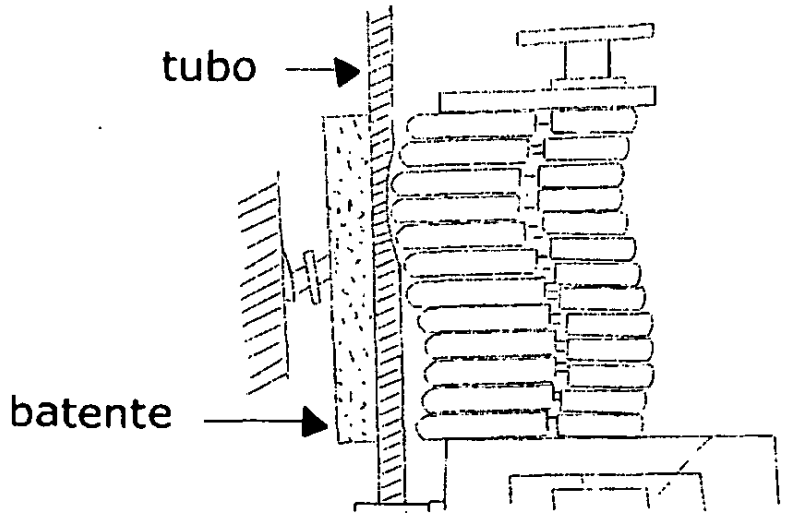


Figura 9. Representação do sistema de infusão peristáltico linear.

Vantagens: alta precisão (erro menor que 2%) e infusão contínua (não pulsátil). As bombas com mecanismo de infusão a seringa não possuem sensor de ar, pois são menos suscetíveis a este problema.

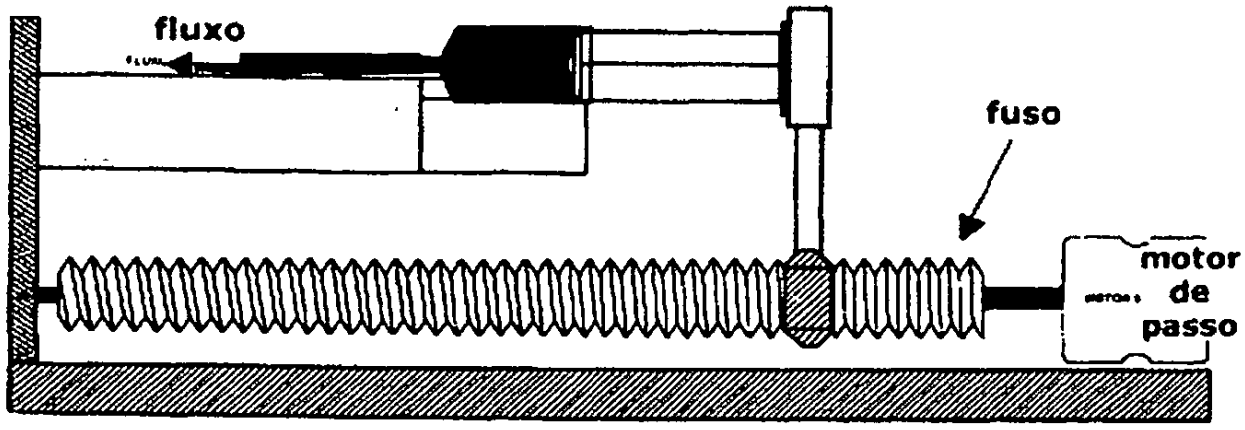
Desvantagens: volume limitado ao da seringa e necessidade de padronização das seringas. Apesar de serem limitadas pelo volume da seringa (máximo 100ml), alguns modelos podem acomodar mais de uma seringa.

Seringa

Bombas com mecanismo de infusão com seringa ou bombas de seringa utilizam uma seringa como reservatório da droga; garantem precisão elevada e fluxo contínuo para pequenos volumes (menores que 100ml) de medicamentos potentes.

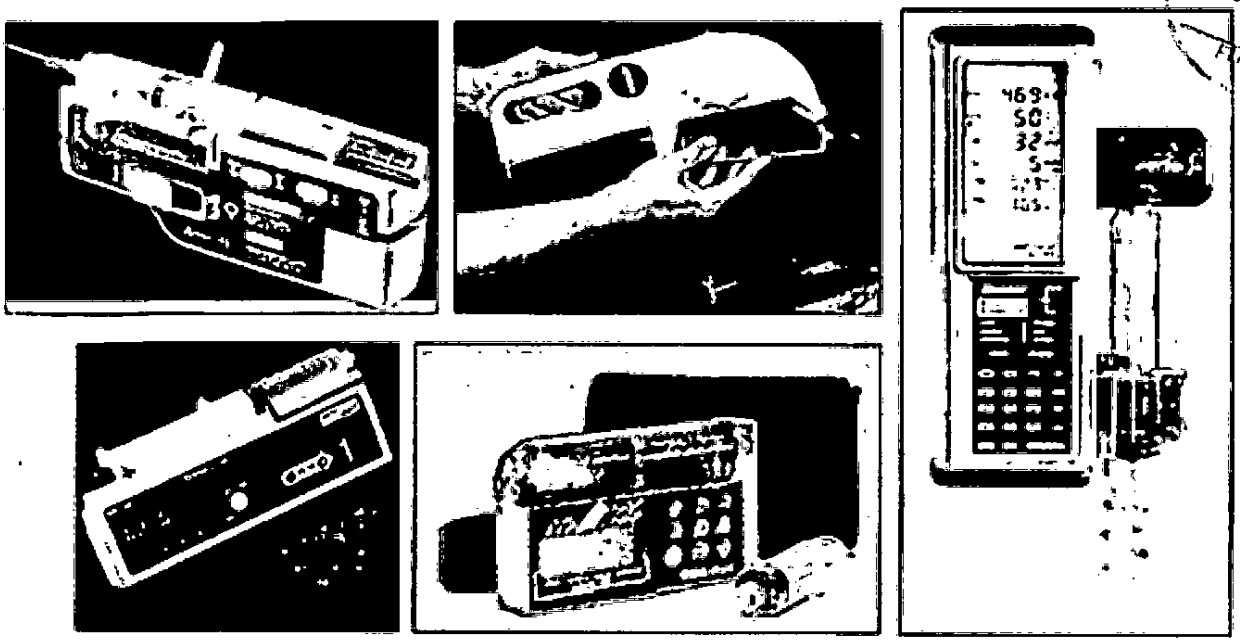
Por infundirem soluções com precisão elevada e baixo fluxo, são particularmente apropriadas para aplicações pediátricas e terapia intensiva, onde volumes pequenos de medicamentos com concentração elevada devem ser infundidos por um longo período de tempo.

Neste mecanismo a rotação do motor de passo é transmitida a um fuso (rosca sem fim) que movimenta o êmbolo da seringa (figura 10). Normal-mente uma mola ou um mecanismo a gás é utilizado para empurrar o êmbolo com força constante, criando uma pressão de infusão constante.



(a)

FOTOCÓPIA 4754



(b)

Figura 10. (a) Esquema do mecanismo de infusão por seringa.
(b) exemplos de bombas de seringa.

Pistão ou Diafragma

Este mecanismo utiliza um equipo tipo pistão e tubo como o indicado na figura 11. O motor transmite um movimento ao pistão que entra e sai do êmbolo do equipo, promovendo o enchimento (figura 11 a) e o esvaziamento (figura 11 b) do reservatório (ou diafragma) de um volume conhecido.

Uma válvula direciona o fluxo conforme o estágio ao longo do ciclo de bombeamento. Este mecanismo controla o volume infundido variando a amplitude e a taxa do deslocamento do pistão.

Vantagem: grande precisão (2%)

Desvantagem: fluxo pulsátil (o líquido é infundido a incrementos discretos de volume); grande custo do equipo.

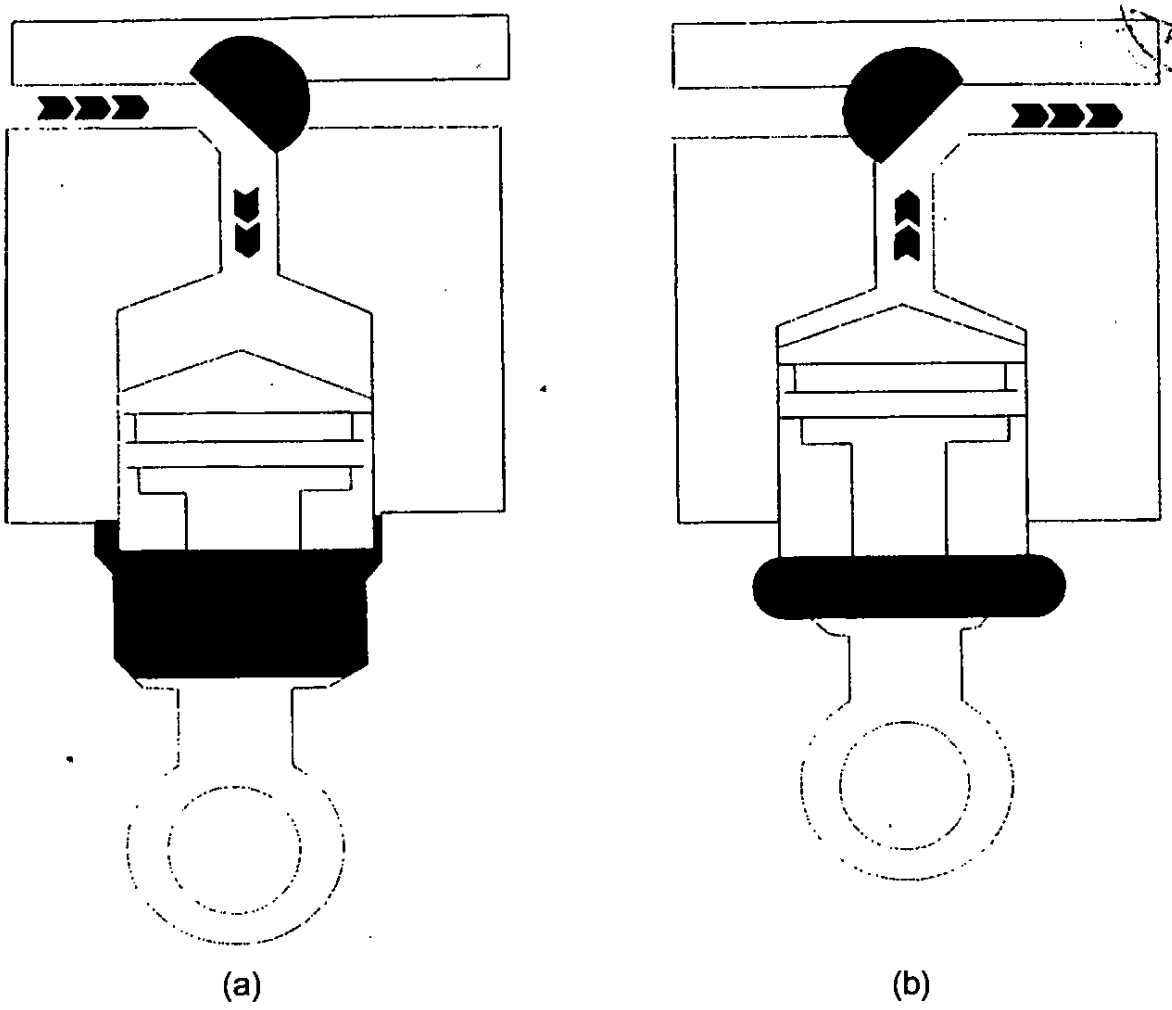


Figura 11. Esquema de funcionamento do sistema de infusão tipo pistão. (a): pistão abaixa, reservatório enche. (b): com a subida do pistão o reservatório é esvaziado e a droga é impulsionada através do equipo.

Sensor de Gotas

Este sensor é posicionado junto à câmara de gotejamento do equipo e é composto normalmente, por um LED, que emite um feixe de luz, e um componente fotosensível, como o fototransistor, na figura 12.

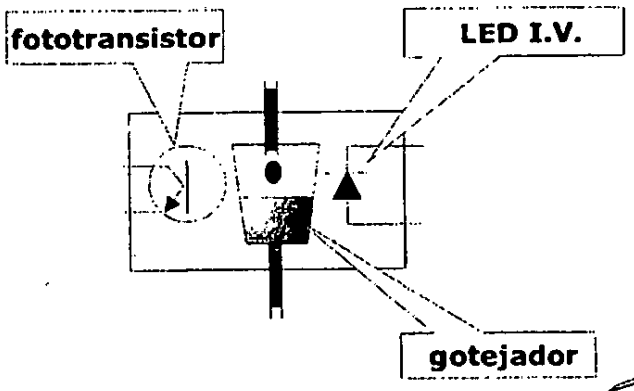


Figura 12. Esquema de um sensor de gotas.

4756

Cada gota interrompe o feixe de luz gerado pelo LED e corta a corrente no fototransistor, gerando um pulso. A freqüência de pulsos é medida e comparada com o valor ajustado pelo operador no painel de controle. Se a freqüência estiver fora da faixa selecionada, o circuito soa o alarme. Este sensor além de ser usado para medir o fluxo de infusão, também detecta fluxo livre.

Sensor de Ar

Este sensor é posicionado junto ao equipo, após o mecanismo de infusão, e opera de modo análogo ao sensor de gotejamento, com um LED de um lado do tubo e um sensor fotoelétrico do outro: quando uma bolha de ar atravessa o tubo, mais luz chega ao sensor, e será enviado um sinal para o circuito de controle que disparará o alarme de ar na linha.

Demais Sensores

Pode-se ainda utilizar sensores de pressão para detectar oclusão na linha e transdutores de ultra-som para medir o fluxo de infusão, além de final de infusão, reservatório vazio e erro de programação. Na maioria das bombas pode-se armazenar na memória as programações e o volume total infundido no caso de interrupção temporária, causada por alarme (por exemplo).

Equipo

O equipo é o dispositivo que transporta o líquido do reservatório para o paciente (NBR IEC 60601-2).

Equipo universal: desenvolvido para utilização em qualquer bomba peristáltica.

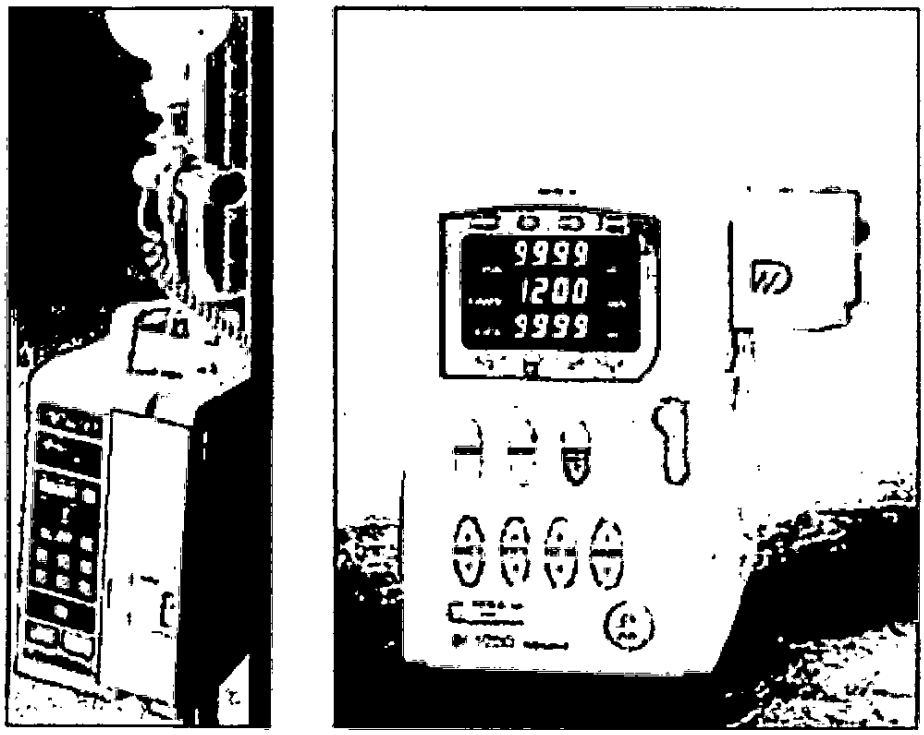
Equipo específico: desenvolvido para uso específico em um modelo de bomba de infusão. Garante maior exatidão da vazão infundida.

Algumas bombas possuem capacidade de armazenar dados, tais como configuração da bomba (programação), ocorrência de alarmes, erros de sistema, uso de comando e o tempo e data de cada evento. Também podem possuir uma porta serial RS232 para saída de dados para um microcomputador ou impressora, permitindo aos hospitais armazenar dados sobre procedimentos de infusão.

CLASSIFICAÇÃO DAS BOMBAS DE INFUSÃO

Bombas de Infusão de Uso Geral

Bombas de infusão de uso geral são usadas para aplicar com precisão soluções contendo drogas através de rotas Intravenosa e epidurais em procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. São usadas em hospitais, estabelecimentos de saúde alternativos e ambulâncias.

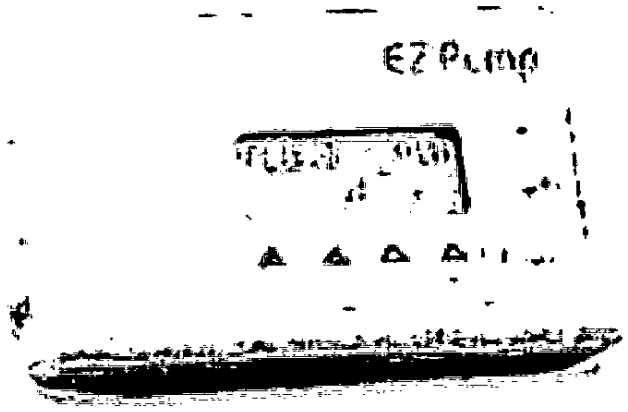


Bombas Ambulatoriais de Infusão

As bombas ambulatoriais de infusão administram soluções (agentes parenterais) através de seringas ou reservatórios compressíveis e são pequenas o suficiente para serem carregadas pelo paciente. São usadas para infundir soluções via intravenosa (IV), epidural e ocasionalmente intra-arterial. A infusão pode se dar continuamente (por exemplo, hormônio do crescimento, nutrição parenteral total e quimioterapia) ou intermitentemente (como no caso de antibióticos).

Pacientes que necessitam apenas de terapia de infusão podem ser tratados fora do hospital com uma bomba de infusão ambulatorial. A infusão se dá através de um cateter que pode ser implantado em uma veia periférica ou central.

Bombas ambulatoriais eletrônicas (Bombas peristálticas, Bombas a seringa, Bombas de insulina) utilizam os mesmos mecanismos de infusão discutidos anteriormente. Existem também bombas de infusão descartáveis, como a bomba por balão elástico, onde a pressão de infusão é obtida pelo preenchimento de um balão elástico, e o controle do fluxo é feito através das características do equipo.



A maioria das bombas ambulatorial é alimentada a bateria e são microcontroladas, sendo que alguns modelos permitem programações complexas de regimes de infusão de mais de uma droga.

Bomba de Insulina

Bombas de insulina são bombas para uso ambulatorial específicas para infusão de insulina em indivíduos portadores de diabetes Tipo I (insulina-dependentes). A infusão se dá através de um cateter subcutâneo inserido na região abdominal. O reservatório geralmente tem capacidade para 3ml de solução, o suficiente para dois dias. Tais bombas infundem microvolumes ("boluses") de forma pulsátil, fornecendo um controle metabólico melhor do que as injeções, porque infundem insulina de maneira semelhante à de um pâncreas saudável.

Na maior parte do tempo, opera com um fluxo basal, suficiente para assegurar o volume de glucose necessário para fornecer energia ao paciente durante a noite e nos intervalos entre refeições. A taxa basal é definida em unidades por hora, programando-se um microprocessador. Pode-se infundir uma dose extra nos horários das refeições (geralmente 30 minutos antes, antecipando a elevação de glucose no sangue com a digestão dos alimentos). A dose extra é calculada levando-se em conta o conteúdo calórico e de carbohidrato da refeição e do nível de glucose pré-refeição.

Sistemas de malha aberta de infusão de insulina não monitoram o nível de insulina no sangue do paciente e pode-se utilizar como coadjuvante,

um monitor portátil de glucose no sangue para realizar pelo menos 4 análises diárias. Os resultados das análises podem ser utilizados para reprogramar a bomba de infusão de insulina.

Pacientes diabéticos independentes de insulina (Tipo II e diabetes induzida por gravidez), podem eventualmente, ser tratados com infusão subcutânea intermitente de insulina.

A maioria das bombas de insulina utiliza cateter revestido internamente por um material que não reage com a insulina ("polyolefin"), a fim de evitar incrustações (com perda de insulina) e entupimento do cateter.

Algumas bombas têm capacidade de guardar dados e possuem um comando de "automatic off" que encera a infusão de insulina após um período pré-programado, evitando assim hipoglicemia.

Bomba de Infusão de Analgésicos Controlada pelo Paciente (PCA)

Bombas de infusão PCA operam de forma análoga às demais bombas discutidas até aqui, com a diferença de que estas infundem doses de medicamento conforme a requisição do paciente, isto é permitem que o paciente se auto-administre doses de analgésicos por via intravenosa, subcutânea ou epidural.

Bombas PCA são indicadas para pós-operatório, pacientes terminais e traumatizados que apresentem um perfil psicológico adequado, e permitem administração segura de analgésicos conforme a necessidade do paciente, mas dentro dos limites prescritos pelo médico responsável.

Para evitar "over dose", pode-se ajustar o intervalo mínimo de tempo entre uma infusão e outra (intervalo de bloqueio do mecanismo). Também são programáveis a dose basal e o volume da dose extra. O botão de acionamento pode estar localizado na bomba ou em um cabo junto ao leito do paciente.

Bombas Implantáveis

Em alguns casos de dores crônicas (como as causadas por trauma físico e por alguns tipos de câncer), que não encontram solução nem com doses elevadas de medicação oral, e em que é necessário aplicar a droga o mais

PROTOCOLO FLS Nº 4760 SES FUNC

próximo possível de uma região específica, para reduzir a dose efetiva, pode-se utilizar bombas de infusão implantáveis. O mecanismo de controle e infusão é implantado sob a pele, por exemplo, na região abdominal ou na região lombar, e um catéter, também implantado, leva a droga até a região alvo.

Bombas implantáveis devem ser pequenas e confiáveis. Devem permitir recarga do reservatório, e nos modelos eletrônicos a programação e o controle devem ser feitos externamente, por exemplo, através de ondas de rádio freqüência (RF). A bateria deve permitir uma certa autonomia de tempo antes da substituição da bomba (cirúrgica).

Existem modelos comerciais que permitem recarga, mas não regulação. O exemplo mostrado na figura 13 constitui um dispositivo totalmente mecânico, onde a pressão de infusão é gerada por gás "freon" ou fluorcarbono (que tende a se expandir a 37°C) contido a uma pressão P1 num compartimento fechado que comprime o reservatório do medicamento. A pressão ao redor da bomba é P2. A recarga se dá por injeção de fluido através da perfuração do "septum" (figura 13 II).

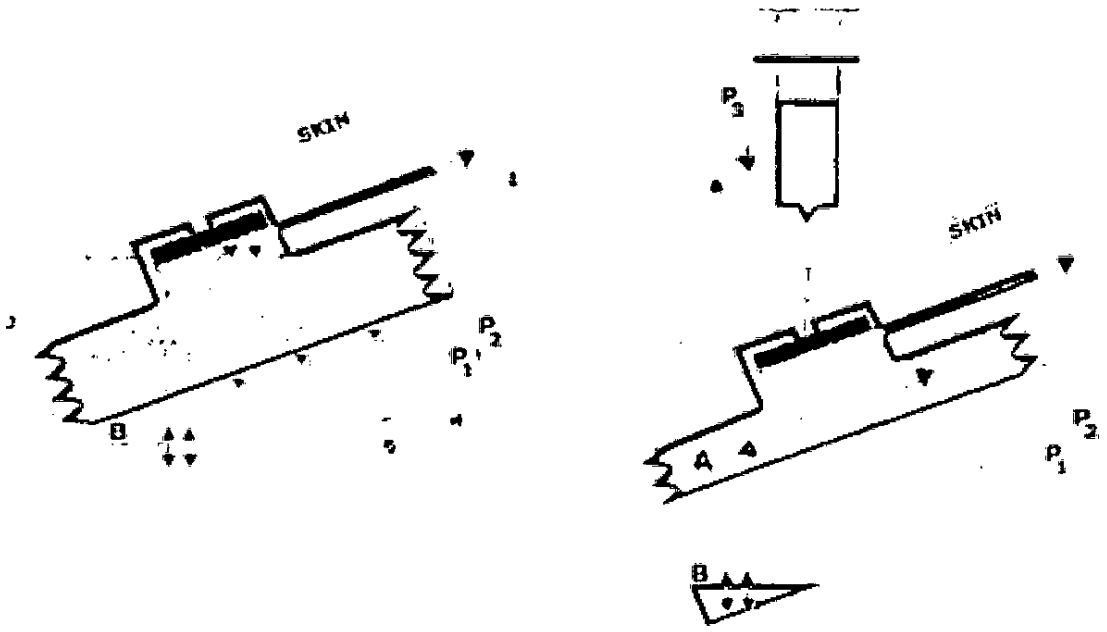
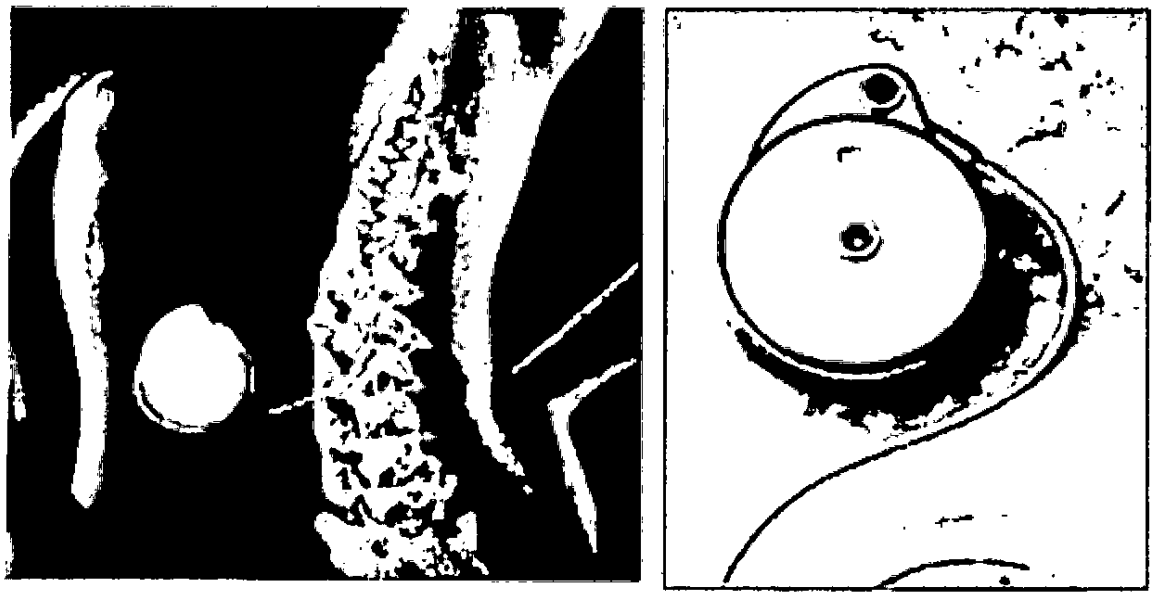


Figura 13. Esquema de funcionamento da bomba implantável (sem motor). I: em pleno funcionamento. II: em recarga. 1: saída do líquido infundido. 2: auto-selamento da bomba para conter a droga. 3: reservatório da droga. 4: gás a pressão 1. 5: interface vapor/líquido do gás freon. 6: droga a ser infundida (P3 > P1). 7: condensação do vapor de gás freon.

PROTOCOLO FLS Nº 4761 FUNC

No exemplo apresentado na figura 14, uma bomba de infusão com 2,5cm de espessura, 7,5cm de diâmetro e 170g de peso foi implantada cirurgicamente, logo abaixo da pele na região lombar. O catéter, também implantado cirurgicamente, é um tubo fino, com uma ponta conectada à bomba e a outra ponta localizada no espaço intratecal (ao redor da medula espinhal), onde a medicação para dor é liberada diretamente no fluido que envolve a medula espinhal, em doses controladas precisamente. Normalmente a dose nestes casos é apenas uma fração daquela que seria necessária, caso fosse administrada oral ou intravenosamente (muitas vezes sem alcançar o efeito desejado), uma vez que está sendo aplicada no local por onde a informação da dor é transmitida. Os efeitos colaterais são bastante reduzidos com a utilização da bomba implantável.

As bombas implantáveis são projetadas para não causar desconforto e não restringir os movimentos do paciente. A droga no reservatório é renovada através de injeção aplicada na parte central da bomba, no consultório médico, tipicamente a cada 6 a 8 semanas.



(a) (b)

Figura 14. (a) Exemplo de localização de bomba de infusão implantada na região lombar, com a droga sendo liberada no espaço intratecal, através de cateter. (b) Bomba de infusão de drogas implantável (Meditronic Pain Therapies Intrathecal).

Bombas de Múltiplos Canais

Pacientes de UTI muitas vezes necessitam de múltiplas infusões contínuas ao mesmo tempo. Por exemplo, além de terapia intravenosa com drogas, o paciente também necessita de rehidratação. Quando soluções de mais de um reservatório precisam ser infundidas, pode-se utilizar bombas de infusão com múltiplos canais ou uma combinação de bombas de canal único, montadas num único polo IV. Algumas bombas permitem a infusão simultânea ou intercalada ("piggybacking") de duas soluções com taxas e volumes de infusão diferentes. No modo intercalado, para iniciar uma infusão secundária, é preciso fechar a linha primária, ajustar a infusão secundária, e então reabrir a linha primária quando a infusão secundária terminar (normalmente indicada por acionamento de alarme próprio).

CONTROLE EM MALHA FECHADA

Dispositivos de infusão com controle em malha fechada (com realimentação negativa da saída na entrada do sistema, para reduzir o erro) vêm sendo desenvolvidos para:

- Melhorar o tratamento do paciente, através da infusão precisa da quantidade necessária de medicamento para se obter a maior eficiência;
- Para reduzir a atenção dispensada pelos profissionais envolvidos no tratamento intravenoso do paciente.

Em um sistema convencional de administração de drogas (figura 15 a), a taxa e o volume de infusão é determinado com base na experiência do operador, e uma forma de melhorar este sistema é o uso de "softwares específicos de auxílio à decisão do operador (figura 15 b).

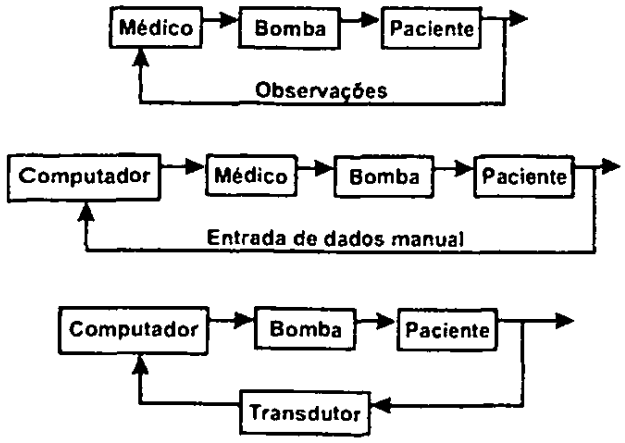


Figura 15. Esquemas de funcionamento de um sistema tradicional de administração de drogas (a); de um sistema com "software" de auxílio ao operador (b); e de um sistema completamente automatizado (c).

Em sistemas completamente automatizados (figura 15 c), sensores fazem a transdução da variável a ser controlada e um algoritmo (programa) de computador calcula a taxa de infusão, que é automaticamente ajustada pela bomba.

ACIDENTES COM BOMBAS DE INFUSÃO

Os acidentes mais comuns com bombas de infusão são:

- Fluxo livre: pode levar à "over dose" e ocorre normalmente devido ao mau posicionamento ou escape do equipo e uso inadequado do equipo;
- Interferência eletromagnética: pode alterar a programação e, portanto o funcionamento da bomba;
- Infecção e necrose no local da infusão: pode ocorrer devido à falta de higienização e deslocamento da agulha.

CONSIDERAÇÕES DE COMPRA/MANUTENÇÃO

Bomba de infusão de uso geral: custo entre R$2.000,00 e R$9.000,00; equipo universal (R$1,20).

Bomba de infusão de uso geral, com equipo específico: cedida em comodato pelo fabricante. Equipo específico: de R$6,20 a R$6,50. Normalmente o contrato prevê a aquisição de um número mínimo de equipos. Por exemplo, um contrato envolvendo a cessão de 50 bombas, pode prever a aquisição de pelo menos 2000 equipos, no período de 1 ano.

Bombas em comodato não necessitam manutenção: são substituídas pelo fabricante, mas os equipos específicos são muitas vezes mais caros que o universal.

Bombas de uso geral com equipo universal: na aquisição de tais bombas, deve-se levar em conta a qualidade do produto, o custo inicial e o gasto com a manutenção.

O ECRI (Emergency Care Research Institute) recomenda a padronização, ou seja, a utilização do uso de um só modelo de bomba ou pelo menos de uma só marca, para facilitar o treinamento do pessoal envolvido, a manutenção e o fornecimento de suprimentos.

(obs: preços com base em maio de 2001).

PROTOCOLO
FLS Nº 4764

ROTINAS DE TESTE E CALIBRAÇÃO

Hospitais em geral possuem um número elevado de bombas de infusão. Portanto, a freqüência com que as inspeções de rotinas são programadas tem um impacto razoável em termos de custo e na utilização de funcionários.

As rotinas de inspeção são normalmente realizadas apenas 1 ou 2 vezes ao ano, geralmente seguindo as recomendações do fabricante, devido à grande confiabilidade de tais equipamentos. Geralmente quando tais equipamentos falham, alarmes são acionados, não ocorrendo sub ou super infusão de soluções no paciente. Podem ocorrer falhas de alarmes e de sensores durante a utilização das bombas, que raramente poderiam ser detectadas durante inspeções de rotina. Além disso, a calibração das bombas de infusão não deve apresentar mudanças durante todo o seu ciclo de vida (5 a 10 anos) e a maior parte dos acidentes envolvendo bombas de infusão decorrem do mau uso por erro do operador, e não por defeitos no equipamento.

O intervalo entre inspeções de rotina pode ser determinado, em cada instituição, a partir dos relatórios de inspeções e das manutenções realizadas e com o programa de qualidade em vigor. De acordo com a análise destes relatórios, o intervalo entre inspeções pode ser diminuído ou extendido.

No caso de bombas de infusão, fora do comodato, as partes que costumam apresentar problemas, mesmo que raros, são os circuitos de alimentação e "drivers" do acionamento da propulsão de fluxo, e do tracionamento do equipo. Não envolvem componentes específicos (transistores, diodos retificadores, capacitores, etc), não havendo necessidade de manutenção de estoque de tais componentes. Os componentes integrados (microcontroladores e EPROMs) são fornecidos apenas pelos fabricantes.

Os testes de inspeção devem ser realizados para verificar:

Características de funcionamento da bomba de infusão:

Verificação de taxas de fluxo e de volume a ser infundido (VBTI)

- Uma bomba em geral é capaz de entregar infusões primárias a fluxos entre 1 a 999m1/h e infusões secundária entre 1 e 200m1/h;

- Deve limitar a programação do fluxo máximo a valores coerentes. Por exemplo, bombas que permitem infusão de microvolumes entre 0,1 e 99,0 1/h, não devem aceitar programação de fluxos maiores que 99,9m1/h.

Funções de memória

Em geral, depois de desligada, uma bomba de infusão retém os ajustes de fluxo e VBTI e dados sobre alarmes por até 4 horas. Idealmente, a bomba deve permitir a revisão de períodos pós e pré-alarmes e permitir a impressão dos dados.

Desempenho

Descontinuidade de fluxo baixo (1ml/h ou menos) deve ser mínima. A continuidade de fluxo é especialmente importante na infusão de drogas de ação rápida. Erros de fluxo de até 5% por menos de 30s podem ser tolerados.

Precisão de fluxo. O fluxo deve se manter dentro de +/-5% do valor programado e não deve variar mais que 5% durante um período de 72 horas de uso.

Características de segurança

Alarmes devem indicar claramente o problema específico causador do alarme.

Não deve ser possível desarmar alarmes sonoros indefinidamente. Se silenciado momentaneamente, devem ser reativados automaticamente após 2 minutos ou menos.

Mesmo havendo controle de volume sonoro, não deve ser possível ajustar volumes inaudíveis.

A bomba deve ser capaz de detectar uma oclusão antes do paciente ("upstream") sem precisar do sensor de gotas ou outro dispositivo externo.

O limite de pressão do fluxo no paciente ("downstream") deve ser menor que 20psi (1034mmHg), para evitar que o equipo se desprenda. Na

4766

maioria das aplicações (venosas), pressões de infusão menores que 4psi (207mmHg) são suficientes. Para linhas epidurais pressões em torno de 10psi (517mmHg) são necessárias. Para aplicação neonatal, deve ser possível ajustar a pressão máxima em valores menores que 2psi (103mmHg).

Alguns modelos dispõem de gráfico de tendência de pressão (mudanças relativas de pressão de infusão) o que auxilia o operador a detectar oclusões incipientes.

Quando ocorre uma oclusão, a bomba deve interromper o fluxo e soar o alarme o mais rápido possível (o que pode levar alguns minutos).

O controlador de infusão deve ser resistente a programações incompletas, como quando o próprio paciente ou um visitante mexer no painel. Os ajustem devem ser feitos em duas etapas, sendo a segunda, uma confirmação da mudança estabelecida na primeira etapa.

Quando desconectado da bomba, o equipo não deve permitir fluxo livre para o paciente, apenas um ajuste gravitacional.

Inspeções de rotina podem ser realizadas segundo protocolos indicados pelo fabricante do equipamento e estabelecidos pelo hospital, com ou sem utilização de analisadores de bombas de infusão. Estes dispositivos realizam testes simples de fluxo, volume e alarmes de oclusão, substituindo buretas, balanças, temporizadores barômetros, etc., e são necessários quando o número de bombas de infusão a serem inspecionadas e consertadas diariamente é elevado.

O analisador de bombas de infusão necessita calibração anual, realizada pelo próprio fabricante.

PROTOCOLO 4767

BIBLIOGRAFIA

WEBSTER, J.G. **Encyclopedia of Medical Devices and Instrumentation.** John Wiley & Sons, Inc., 1988.

WEBSTER, J.G. **Medical Instrumentation, application and design,** 2n(ed., 1992. p. 752-792.

Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Norma NBR IEC 60601-2.** ABNT 1996;

BRONZINO, J.D. **The Biomedical Engineering Handbook.** Boca Raton Fl.: CRC Press, Inc., 1995.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Infusion Pumps, Ambulatory; Infusion Pumps, Syringe; Infusion Pumps, General Purpose; Infusion Pumps, Controllers.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meet ing, 1999. 1 CD-ROM;

ECRI. Health Devices. **General-Purpose Infusion Pump.** Purchasinç Guide. v.26, n.2, p.36-44. 1997. 1 CD-ROM.

ECRI. Health Devices. **General-Purpose Infusion Pump.** Evaluatior Criteria, Test methods, and results. v.26, n.2, p.61-66, 1997. 1 CD-ROM.

ECRI. Health Devices. **Infusion Pump Analyzers.** v.27, n.4-5, p.124-147, 1998. 1 CD-ROM.

ECRI. Health Devices. **Infusion Pump Inspection Frequencies.** v.27, n.4-5, p.148-150, 1998. 1 CD-ROM.

Medtronic, Inc. Disponível em: <http://www.medtronic.com> Acessado em: 15 jul. 2002.

OutPatient Intravenous Therapy (OPIT) Source Book - Your resource guide for products and services available today for infusion therapy. Disponível em: <http://www.opitsourcebook.com/alaris.html> Acessado em: 15 jul. 2002.

OutPatient Intravenous Therapy (OPIT) Source Book - Your resource guide for products and services available today for infusion therapy. Disponível em: <http://www.opitsourcebook.com/infudev.html > Acessado em: 15 jul. 2002.

EBM LTDA. - BOMBAS DE INFUSÃO DE EQUIPO E SERINGA - NIKKISO. Disponível em: <http://www.ebmequipamentos.com.br/bombas.html> Acessado em: 15 jul. 2002.

Dibmed Distribuidora. Disponível em: <http://www.dibmed.com.br> Acessado em: 15 jul. 2002.

4768

CAPÍTULO 9

ELETROCARDIÓGRAFO E MONITOR CARDÍACO

Elaborador por:
Profa. Dra. Vera Lúcia da Silveira Nantes Button

PROTOCOLO 4769

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 333

HISTÓRICO 333

FUNCIONAMENTO DO CORAÇÃO 335

Anatomia 335
Coração como bomba 336
Propriedades das fibras cardíacas 336
Potencial de ação das fibras cardíacas 337

O ELETROCARDIOGRAMA (ECG) 339

Características do sinal eletrocardiográfico 339
Vetor despolarização 340

DERIVAÇÕES 340

APLICAÇÕES CLÍNICAS 343

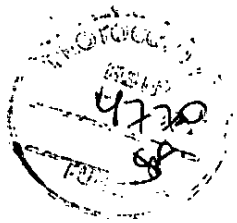
ELETROCARDIÓGRAFO E MONITOR CARDÍACO 345

Função 345
Diagramas em bloco 345
Outros recursos 356

INTERFERÊNCIAS NO SINAL DE ECG 357

ASPECTOS DE SEGURANÇA 359

BIBLIOGRAFIA 362



INTRODUÇÃO

Eletrocardiógrafos: detectam os sinais elétricos associados à atividade cardíaca e produzem o eletrocardiograma, ECG, um registro gráfico de tensão elétrica em função do tempo.

A atividade elétrica do coração humano pode ser detectada na superfície do corpo (amplitude em torno de alguns milivolts) e registrada no eletrocardiograma.

Eletrocardiograma: o ECG constitui um dos mais úteis métodos não-invasivos de diagnóstico médico. O ECG é usado para diagnosticar e acompanhar a evolução de arritmias cardíacas e diversas outras patologias do coração. Pode ser obtido no consultório médico, durante um exame de rotina (12 derivações), com o paciente em repouso, para diagnosticar problemas cardiovasculares.

Monitor eletrocardiográfico: usado principalmente no centro cirúrgico e na UTI. O ECG pode ser obtido continuamente (são necessários pelo menos dois eletrodos de registro e um terceiro de referência) para monitorar a função cardíaca (freqüência de batimento) do paciente. Geralmente está associado à monitoração de outros parâmetros vitais, tais como taxa respiratória, pressão sangüínea, débito cardíaco, oxigenação do sangue, etc.

HISTÓRICO

1872: Gabriel Lippmann inventa o "eletrodo capilar" (capilar de vidro com Hg e H_2SO_4 cujo menisco de vidro era lido com microscópio;

1891: as três fases da atividade cardíaca, denominadas ondas P e T e complexo QRS, são descritas (Burdon-Sanderson e Paige, em animais; Waller em humanos);

1895: Willem Einthoven aperfeiçoa o eletrodo capilar e descreve as cinco deflexões;

1897: Clement Ader cria o galvanômetro de corda;

1901: Einthoven constrói o primeiro ECG com galvanômetro de corda; 1903: Einthoven vende o primeiro ECG comercial;

1905: Einthoven transmite sinais de ECG do hospital para o laboratório por telefone;

1906: Einthoven publica o primeiro atilas com ECGs normais e anormais diferenciados para ventrículos e átrios, do lado direito e do lado esquerdo;

1912: Einthoven descreve o triângulo equilátero formado pelas derivações I, II e III e introduz os eletrodos de imersão;

1917: Utilização dos eletrodos de registro de metal com algodão embebido em solução salina;

1924: Einthoven ganha o prêmio Nobel por inventar o eletrocardiógrafo;

1932: Charles Wolferth e Francis Wood descrevem o uso clínico de derivações no peito (V1 a V6);

1938: Utilização de válvulas e TRC (tubo de raios catódicos) para amplificar e visualizar os sinais eletrocardiográficos;

1942: Emanuel Goldberg acrescenta as derivações aVR, aVL e aVF completando as 12 derivações utilizadas até os dias atuais;

Anos 40: surge o primeiro monitor por telemetria. Usava tubos de vácuo era muito pesado, sendo de utilidade em estudo de "stress".

1950: Primeiros eletrocardiógrafos transistorizados;

1961: N. J. Holter cria o primeiro ECG portátil;

1966: Utilização de computadores IBM para reconhecimento de padrões para diagnóstico automático;

1969: Geddes usa eletrodos de Ag/AgCl e pastas eletrolíticas à base de Cl;

A partir dos anos 70: utilização de eletrodos descartáveis; a introdução de computadores teve grande impacto no desenvolvimento tecnológico dos eletrocardiógrafos e monitores cardíacos, levando ao desenvolvimento da aquisição automática de dados, análise, processamento e detecção automática (inclusive em rede) de arritmias.

PROTOCOLO/SES
4772
FUNC

FUNCIONAMENTO DO CORAÇÃO

Anatomia

O suprimento sangüíneo para as diversas partes do corpo é mantido no sistema circulatório de acordo com o aumento ou diminuição da resistência sistêmica ao fluxo de sangue.

Quando em repouso, o fluxo de sangue no ser humano adulto é de aproximadamente 5 1/min, o que equivale a 60-80 batimentos do coração por minuto.

Em exercício, o fluxo aumenta para 15 a 25 1/min e o número de batimentos do coração por minuto fica entre 120 a 160.

Na figura 1 é apresentado um corte do coração, com 4 câmaras, (átrios esquerdo e direito (AD e AE), ventrículos esquerdo e direito (VE e VD)); a veia cava superior e o sistema de condução elétrico do coração: nodos sino-atrial (AS) e átrio-ventricular (AV), redes de Purkinje e feixe de His.

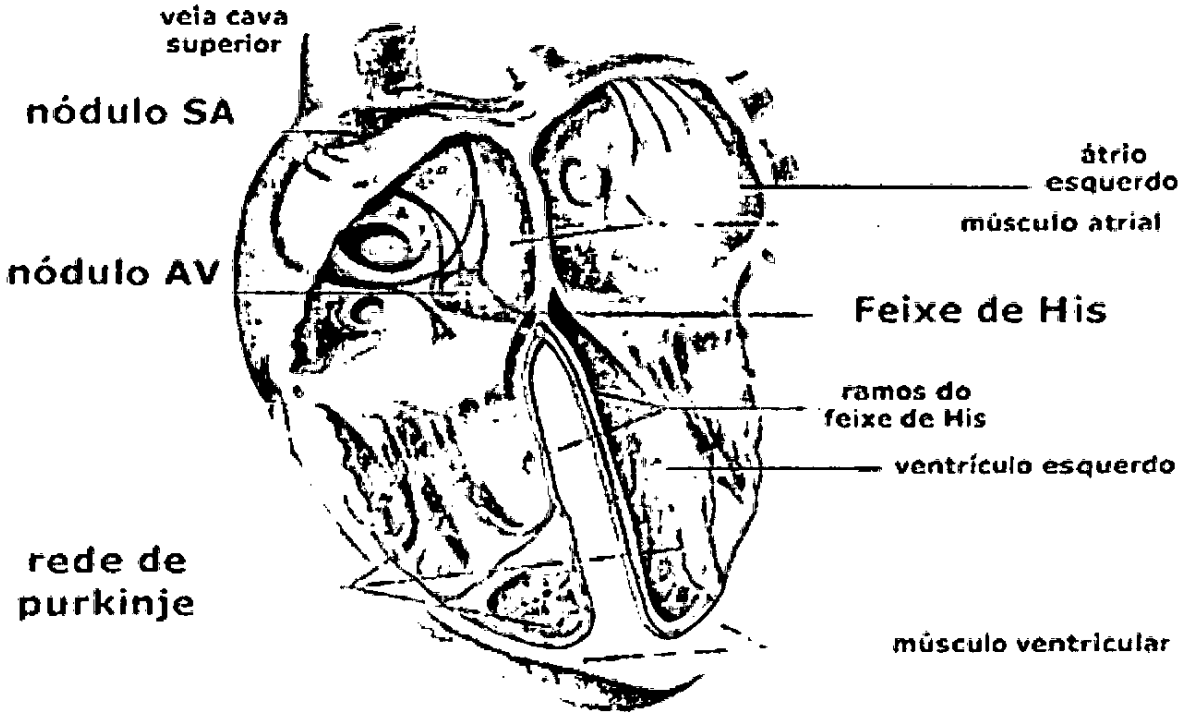


Figura 1. Corte do coração apresentando as 4 câmaras e o sistema de condução elétrica.

4773
FUNC

Coração como bomba

O coração consiste em uma bomba muscular pulsátil unidirecional dupla, que trabalha em dois tempos.

Bomba muscular pulsátil: tem a função de manter ativamente o fluxo sangüíneo como principal mecanismo de transporte de substâncias por todo o corpo. O fluxo é exercido no momento da contração dos ventrículos, que é seguida pelo relaxamento e portanto, não é contínuo e sim pulsátil.

Bomba dupla: o coração é formado por duas bombas distintas e análogas, que funcionam de forma síncrona: o coração direito (VD e AD) e o esquerdo (VE e AE). O primeiro é responsável pelo fluxo coração - pulmões e o segundo pela circulação em todo o corpo, inclusive no próprio coração.

Bomba unidirecional: cada câmara tem válvulas que impedem o refluxo do sangue, garantindo sentido único na circulação. As válvulas para baixa pressão estão nas saídas do átrio direito (tricúspide), do ventrículo direito (pulmonar) e do ventrículo esquerdo (aórtica). A maior pressão é na saída do átrio esquerdo (válvula mitral): quando está fechada, suporta a contração do ventrículo esquerdo, impedindo o refluxo.

Bomba em dois tempos: os dois lados são formados por câmaras superiores (átrio) e inferior (ventrículos) que funcionam alternadamente. A contração dos átrios leva ao enchimento dos ventrículos, que são os responsáveis pela atividade bombeadora principal. A fase de repouso dos músculos das câmaras inferiores ou ventrículos é a diástole e a de contração é a sístole.

Propriedades das fibras cardíacas

A fibra cardíaca apresenta quatro propriedades: excitabilidade, contratilidade, ritmicidade e condutibilidade.

Excitabilidade: é a propriedade de responder a um estímulo. A resposta da fibra cardíaca é representada pela contração muscular.

Contratilidade: em condições fixas, a resposta do coração é máxima, qualquer que seja a intensidade do estímulo, desde que supralimiar.

Ritmicidade ou automatismo: a fibra cardíaca tem a propriedade de originar, dentro de si mesma, o impulso que determina sua contração. Nem todas as partes do coração têm o mesmo automatismo.

Condutibilidade: os estímulos ativadores da musculatura cardíaca se originam numa região restrita. Graças à condutibilidade, o processo de ativação se propaga por toda a musculatura cardíaca. A condutibilidade é comum a todo tecido cardíaco, porém, encontra-se particularmente desenvolvida no feixe de His e seus ramos e na rede de Purkinje.

Potencial de ação das fibras cardíacas

As manifestações elétricas da atividade cardíaca refletem a atividade mecânica, sendo úteis do ponto de vista da prática clínica, no diagnóstico de patologias cardíacas. A contração do coração (átrios e ventrículos) é precedida por uma ativação elétrica, de padrão específico e bem coordenado, das estruturas musculares. Cada parte da estrutura cardíaca é especializada para uma função. Distinguem-se os tecidos nodal (NSA e NAV), de His e de Purkinje e muscular (atrial e ventricular).

Tecido nodal sino-atrial (NSA): o NSA tem a função de auto-ritmicidade. O nodo sino-atrial, também chamado de marca-passo primário, é formado por um agrupamento de células (1 a 2mm de comprimento e 2mm de largura). É onde ocorre o primeiro potencial de ação (PA), ou seja, é onde tem início a atividade elétrica do coração.

Feixe de His: a ativação elétrica iniciada no NSA é transmitida (velocidade 1m/s) ao tecido nodal átrio-ventricular (NAV) através dos ramos internodais do Feixe de His.

Tecido nodal átrio-ventricular (NAV): o NAV é o marca-passo secundário. Quando a despolarização chega ao NAV, suas fibras retardam a condução (velocidade 0,05m/s) antes qué ela continue pelo feixe de His e pela rede de Purkinje dos ventrículos, para não haver contração simultânea de átrios e ventrículos.

Rede de Purkinje: as fibras de Purkinje apresentam velocidade de propagação alta (1m/s), permitindo a contração efetiva dos ventrículos. Mais de 50% da massa ventricular é estimulada em aproximadamente 10ms.

4775

Cada tipo de tecido cardíaco exibe um potencial de ação característico: diferentes células apresentam formas diferentes de atividade elétrica, mas em geral, a contração é sincronizada pela despolarização do nodo sinoatrial há cada (aproximadamente) 800ms.

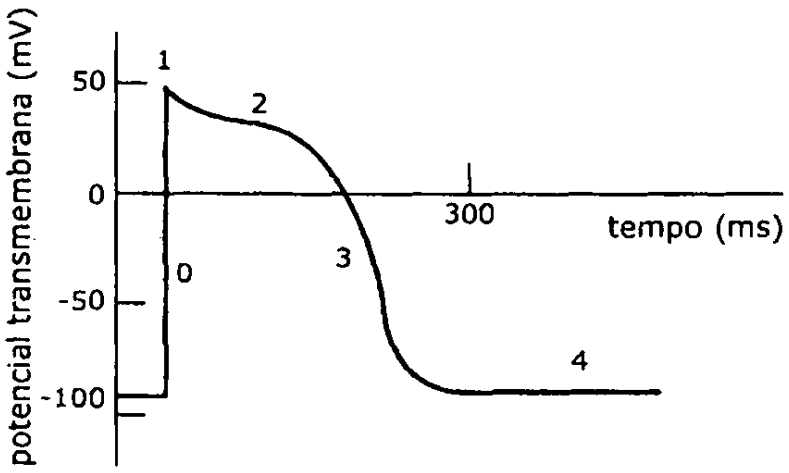
O sistema de condução especializado represent'a uma pequena porção da massa cardíaca, e assim, os átrios e os ventrículos são quem mais contribuem para o formato do potencial elétrico captado externamente ao coração.

Na figura 2 são apresentados o potencial de ação de uma fibra ventricular e de uma fibra do NSA.

O potencial da fibra ventricular exibe as fases de ativação (0), de recuperação inicial rápida (1) (principalmente devida à rede de Purkinje), platô de despolarização (2), repolarização (3) e potencial de repouso (4). As fases (1) e (2) correspondem à contração ou sístole e as fases (3) e (4) à diástole. O músculo cardíaco só apresenta uma nova contração depois de completada a relaxação da contração anterior.

O PA da fibra do NSA praticamente não exibe platô: despolariza e repolariza rapidamente e não tem período refratário absoluto.

- POTENCIAL DE AÇÃO DE UMA FIBRA CARDÍACA TÍPICA:



Fase 0: ativação

Fase 1: recuperação inicial

Fase 2: platô de despolarização

Fase 3: repolarização

Fase 4: potencial de repouso

- Período refratário absoluto: fases 1 e 2
- Período refratário relativo: fase 3

PROTOCOLO/SES 4476 SF FLS

- POTENCIAL DE AÇÃO E DE FIBRA DO NODO ÁTRIO-SINUSAL
  - não tem período refratrário absoluto.

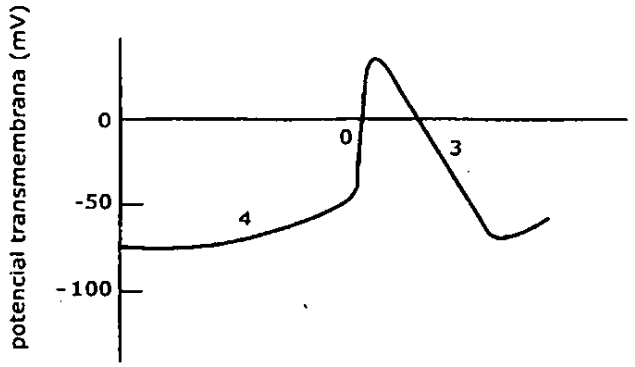


Figura 2. Potenciais de ação de uma fibra ventricular (a) e de uma fibra de NSA (b)

O ELETROCARDIOGRAMA (ECG)

Características do sinal eletrocardiográfico

O ECG é o registro da atividade elétrica do coração por meio de eletrodos colocados sobre a superfície corporal. Representa a somatória de todas as atividades elétricas que ocorrem a cada instante do ciclo cardíaco. A seqüência de eventos elétricos que resultam no ciclo sístole/diástole (figura 3) propaga-se através do volume condutor do tórax e pode ser medida na superfície do corpo através de eletrodos. Na figura 3 são mostrados os principais componentes que interessam num ECG típico.

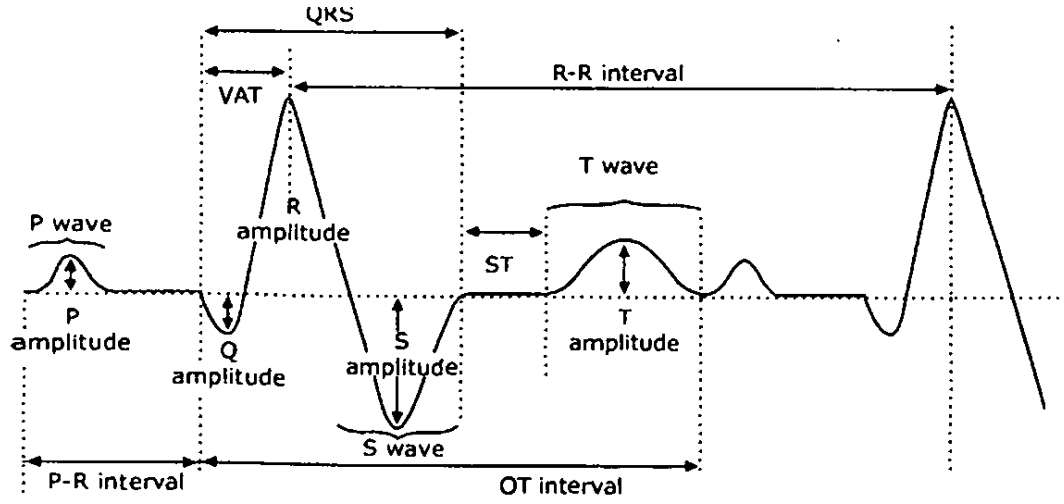


Figura 3. O ECG típico, mostrando as ondas P, T e o complexo QRS. A duração e a amplitude dessa formas têm significado clínico porque correspondem diretamente ao percurso de condução elétrica do coração.

Vetor despolarização

A cada instante da atividade ventricular, a atividade elétrica do coração pode ser representada por um vetor, com origem no centro elétrico do coração. A cada instante, este vetor representa a contribuição total de todas as áreas ativas do coração.

A amplitude deste vetor é proporcional à quantidade de massa muscular ativada (contraída) e o sentido deste vetor (resultante) acompanha o espalhamento da frente de despolarização.

DERIVAÇÕES

O ECG pode ser medido sobre qualquer ponto do corpo humano. A corrente iônica gerada pela frente de despolarização encontra um caminho de baixa resistência através do corpo até os eletrodos de registro. O coração é o gerador elétrico e o tórax, considerado um volume condutor linear, pode ser representado como uma carga resistiva; o potencial elétrico medido sofre atenuação com a distância do gerador (sobre o tórax, a amplitude típica é de 5mV).

Em 1912 Einthoven descreveu o triângulo equilátero formado pelas derivações I, II e III (figura 4). Para facilidade de padronização entre indivíduos, os eletrodos correspondentes ao triângulo de Einthoven são colocados, geralmente, sobre os pulsos (RA e LA) e no ornozelo esquerdo (LL).

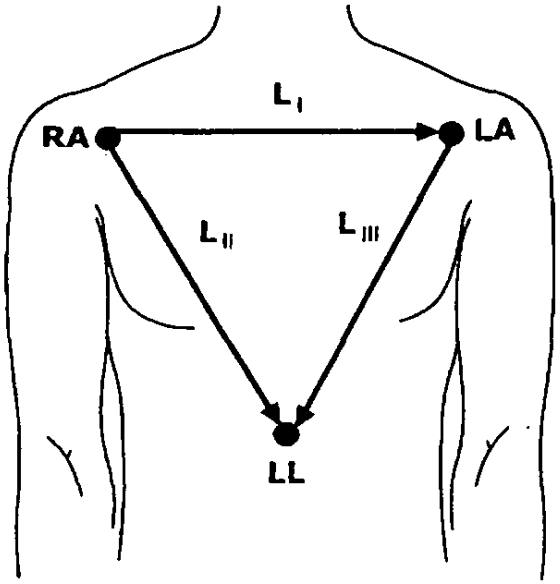


Figura 4. Triângulo de Einthoven.

PROTOCOLO 4778

A morfologia do ECG depende dos seguintes fatores: estado do gerador, sinal elétrico, meio condutor, e distribuição e localização dos eletrodos de registro sobre a superfície do corpo, denominada derivação.

Na prática atual em eletroencefalografia, existem 12 pontos padronizados para colocação dos eletrodos: às derivações I, II e III de Einthoven somaram-se as seis derivações introduzidas em 1932 por Charles Wolferth e Francis Wood, V1 a V6. As 12 derivações clássicas são obtidas de diversos sinais captados através de nove eletrodos: dois nos braços, um na perna esquerda e 6 sobre o peito (figura 5). Um eletrodo adicional, tipicamente colocado na perna direita, é usado como referência para reduzir a interferência externa.

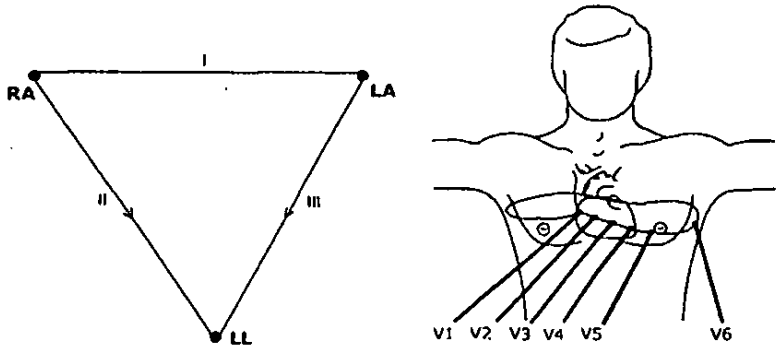


Figura 5. Colocação dos nove eletrodos utilizados para obter as 12 derivações clássicas.

O sistema padrão de 12 derivações inclui três colocações diferentes de eletrodos: derivação bipolar (figura 6), aumentada (figura 7) e precordial (figura 8), como mostrado na tabela e figuras seguintes.

Tabela I. Derivações clássicas em eletroencefalografia

Tipo de derivação	Eletrodos usados	definição
Bipolar ou derivação de membros	LA, RE, LL, RL	I= LA – RA II = LL – RA III = LL - LA
Aumentada ou derivação unipolar de extreidade (Goldberg).	LA, RA, LL, RL	aVR = RA – ½ (LA + LL) aVL = LA – ½ (LL + RA) aVF = LL – ½ (LA + RA)
Unipolares precordiais (Wilson)	V1, V2, V3, V4, V5 e V6 (mais um em cada braço, um em cada perna, sendo a direita aterrada; eletrodo explorador = vi, i entre 1 e 6, uma das posições pré-cordiais).	V1 = v1 – (RA+LA+LL) / 3 V2 = v2 – (RA+LA+LL) / 3 V3 = v3 – (RA+LA+LL) / 3 V4 = v4 – (RA+LA+LL) / 3 V5 = v5 – (RA+LA+LL) / 3 V6 = v6 – (RA+LA+LL) / 3

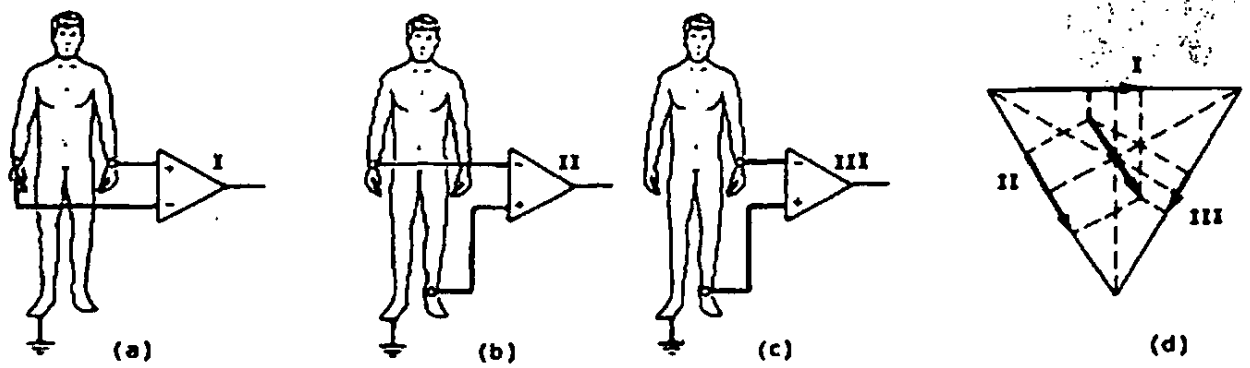


Figura 6. Derivação bipolar. (a) Derivação I; (b) Derivação II; (c) Derivação III. (d) Técnica para derivar o vetor cardíaco (no centro de triângulo) a partir as projeções geométricas dos vetores de membros.

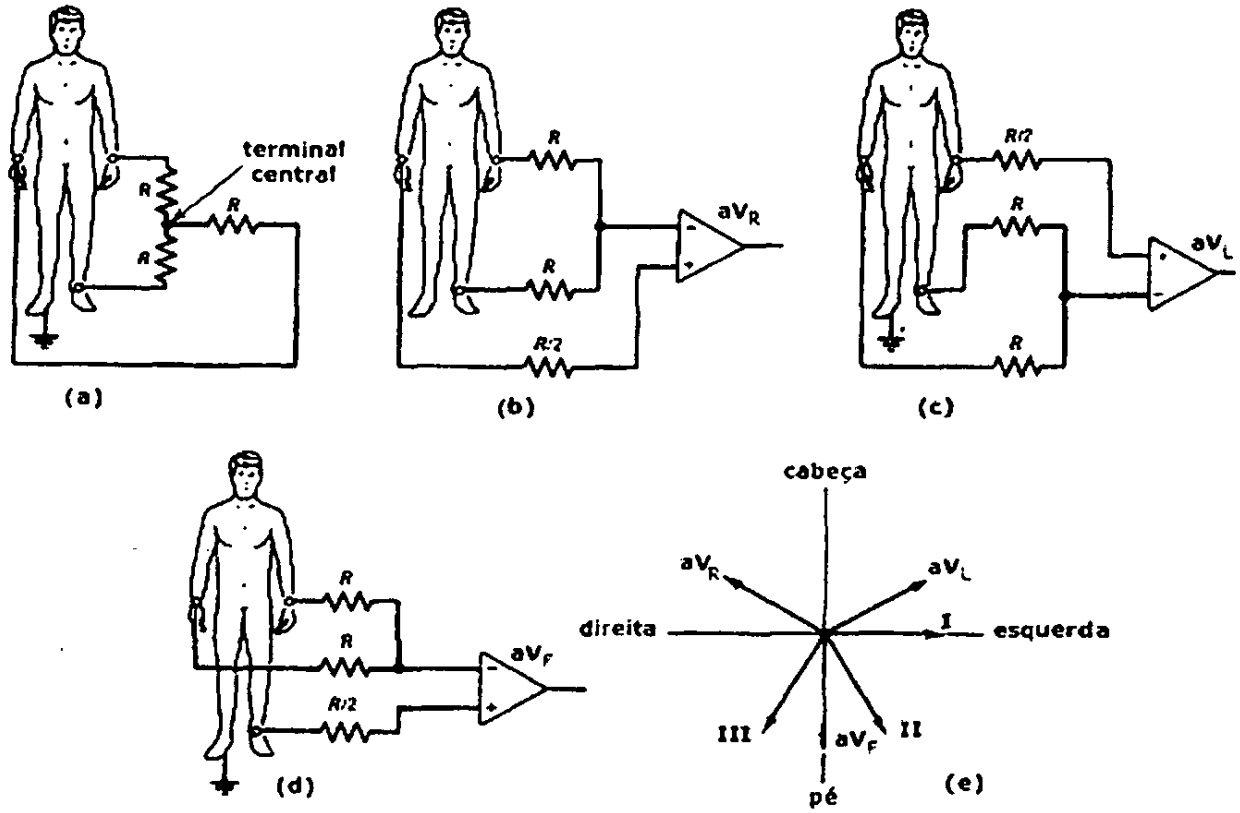


Figura 7. (a) Central de Wilson. (b) a (d): Derivações aumentadas aVR, aVL e aVF, respectivamente. (e) Relação entre os vetores das derivações de membros e as derivações aumentadas no plano frontal.

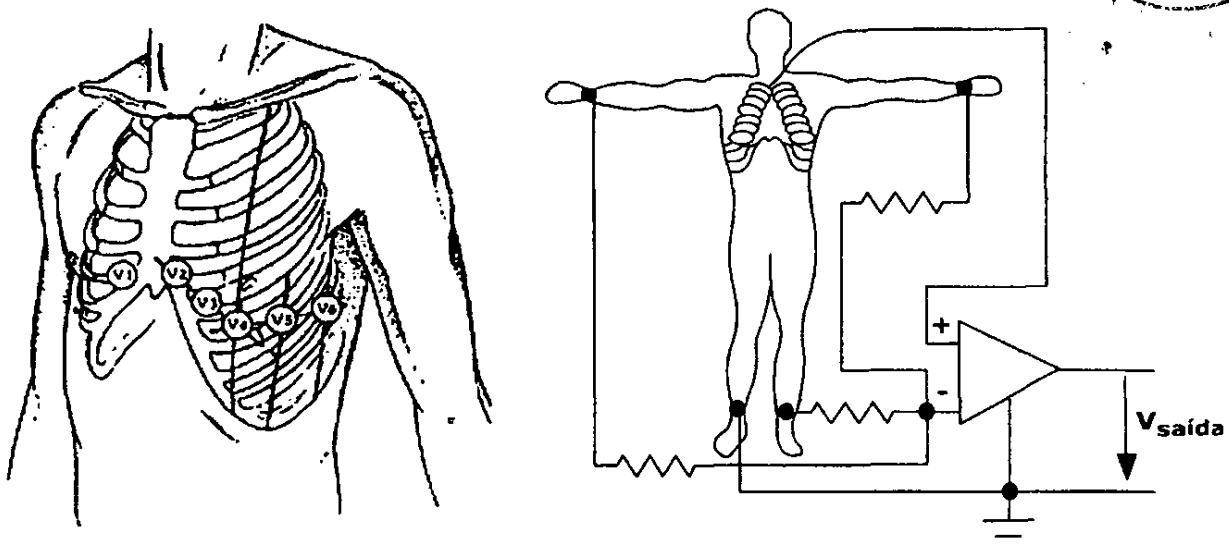


Figura 8. Derivações precordiais. O eletrodo ligado à entrada não-inversora do amplificador é o eletrodo explorador, que é colocado, a cada vez, numa das posições precordiais.

APLICAÇÕES CLÍNICAS

A análise interpretativa do registro eletrocardiográfico inclui:

Determinação da freqüência cardíaca da duração de cada elemento (P. QRS, T, P-R, S-T e do ritmo ou seqüências e intervalos);

Determinação da freqüência respiratória, que modula a freqüência cardíaca: aumenta na inspiração e diminui na expiração);

Análise morfológica de cada elemento;

Determinação do eixo elétrico do coração: determinado a partir do vetor QRS médio de duas derivações frontais. Indica se há mudança na posição do coração no tórax, variação da espessura da parede ventricular, distúrbios na seqüência da condução elétrica. O vetor gerado pela atividade elétrica do coração é afetado pela massa muscular despolarizada. É afetado por hipertrofia, infarte do miocárdio (uma parte do músculo é substituída por tecido fibros, inerte eletricamente).

As disfunções cardíacas mais freqüentes são decorrentes de atividade elétrica anormal. As patologias relacionadas com ritmicidade e, ou condutividade, são conhecidas como arritmias cardíacas. As mais comuns incluem:

PROTOCOLO 4781 FUNEC

Ritmo anormal do marca-passo natural (sino-atrial);

Deslocamento do marca-passo sino-atrial para outras regiões (extra-sístoles);

Bloqueio (em diversos pontos) da transmissão do sinal elétrico;x'

Vias anormais para condução da onda de despolarização;

Geração espontânea de disparo (extra-sístoles);

Silêncio sinusal, condição causada por lesão irreversível do NSA.

A seguir são apresentadas algumas das patologias mais comuns:

Taquicardia: freqüência cardíaca maior que 100 bpm

- Condição fisiológica: pode representar uma tentativa de adaptação do coração a um aumento da demanda, como no caso de susto, exercício, emoção, medo, stress, etc.
- Condição patológica: é um componente do quadro de insuficiência cardíaca

Fibrilação: descoordenação entre as fibras por estímulos espontâneos

- No caso atrial, não ocorre contração atrial; só ocorre complexo QRS e o rendimento cai;
- No caso ventricular, determina a imediata cessação mecânica levando à morte em minutos;

Bradicardia: caracterizada por freqüência menor que 60 bpm

- Condição que pode ser encontrada em indivíduos normais em repouso ou em atletas;
- Pode ser causada por depressão do NSA .

Infarte: causado por morte do tecido muscular (anóxia); não conduz nem gera potenciais, desordenando a contração;

Hipertrofia: aumento da massa cardíaca (atrial ou ventricular, esquerda ou direita), das distâncias e, portanto, dos intervalos entre ondas (desloca o vetor resultante);

PROTOCOLO SES 4782

Bloqueios: demora anormal na condução elétrica no NAV ou no feixe de His, ocasionado ritmo diferente entre átrios e ventrículos (2:1, 3:1, etc);

- 1° grau: apenas retardo;
- 2° grau: dissociação de freqüências

Pré-excitação: isolamento elétrico insuficiente entre átrios e ventrículos, ocasionando despolarização prematura dos ventrículos, sem o prévio enchimento adequado dos mesmos.

ELETROCARDIÓGRAFO E MONITOR CARDÍACO

Função

Eletrocardiógrafo - usado por cardiologistas ou técnicos treinados para, através das 12 derivações, realizar em "check up" de rotina; interpretação específica de doenças cardíacas (por exemplo, infarto do miocárdio e doenças de condução elétrica); supervisão de implante de marca-passo cardíaco; pré-operatório; "follow up" (acompanhamento) de procedimentos cirúrgicos; etc. O grau de complexidade de suas funções varia muito, podendo fornecer o traçado acompanhado de um "laudo" interpretativo. Existem eletrocardiógrafos de um canal e de múltiplos canais, que armazenam, processam e transmitem a informação.

Monitor cardíaco - para monitoração contínua do ECG (uma derivação); usado em centros cirúrgicos e UTI, juntamente com a monitoração de temperatura, respiração, pressão sangüínea, etc. além da forma de onda do ECG, pode indicar a freqüência cardíaca e o "status" das conexões dos eletrodos.

Diagramas em bloco

Na figura 9 é apresentado um diagrama em blocos de um eletrocardiógrafo genérico, com capacidade de gerar traçados para diagnóstico e para ser usado como monitor.

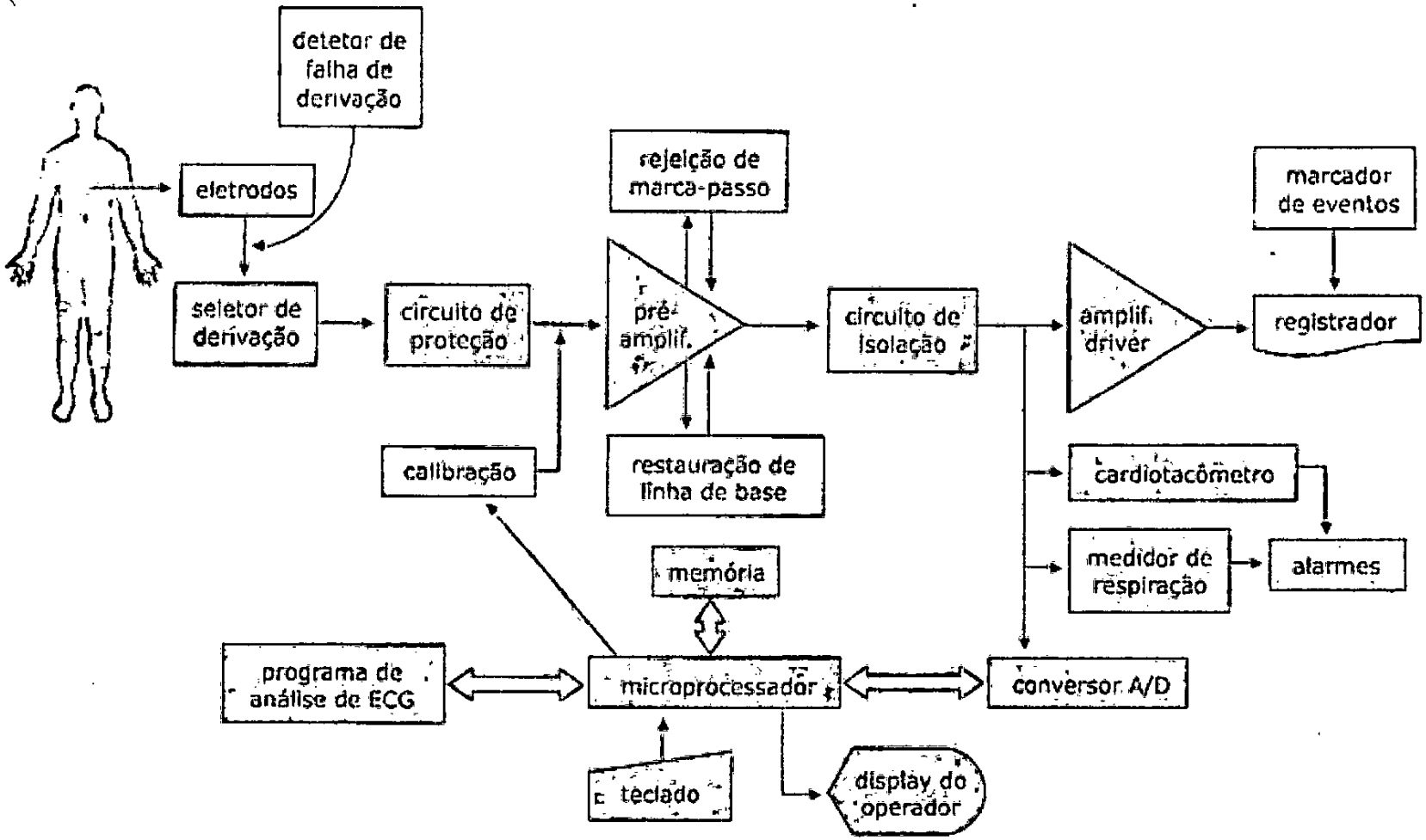


Figura 9. Diagrama em blocos de um eletrocardiógrafo genérico.

Eletrocardiógrafo

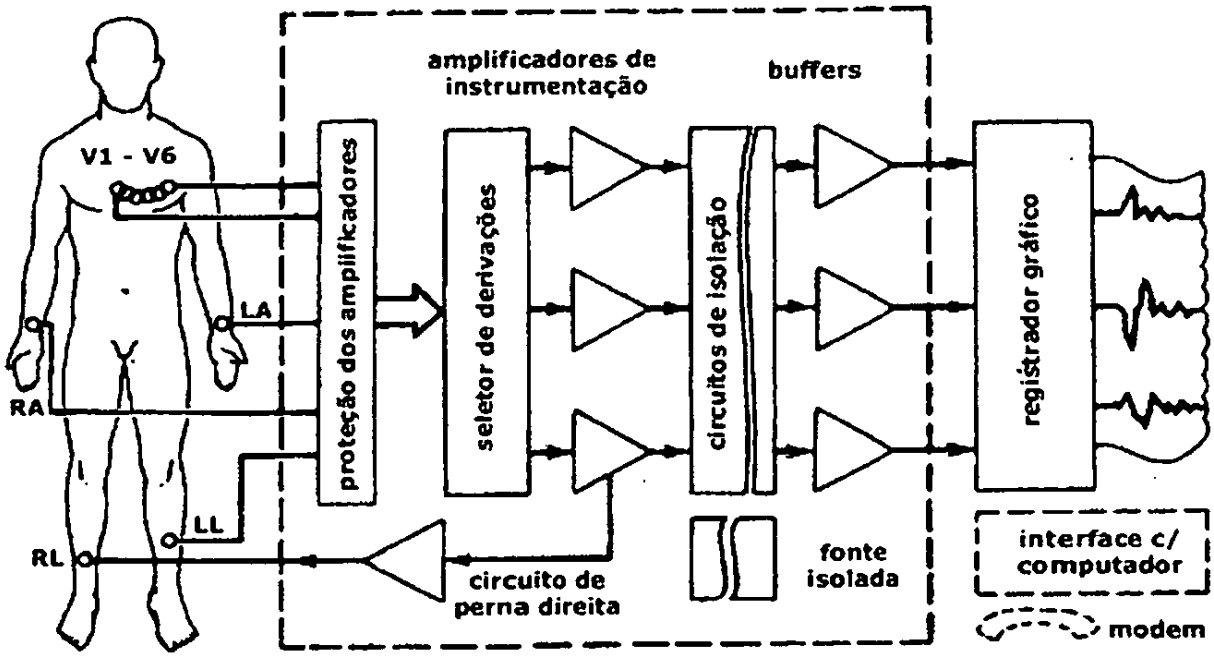


Figura 10. Diagrama em blocos de um ECG diagnóstico.

O diagrama em blocos acima representa um sistema de 12 derivações para ECG diagnóstico.

O sistema típico de 12 derivações utiliza 1 eletrodo em cada braço, 1 na perna esquerda, 6 nas posições precordiais. O circuito de perna direita é usado para reduzir interferência elétrica.

Os eletrodos LL, LA e RA são conectados à rede de resistores conhecida como central de Wilson, a partir da qual obtém-se as derivações de membros I, II, III e as aumentadas aVL, aVR e aVF.

A função primária de um sistema de aquisição de ECG é amplificar o sinal elétrico do coração e rejeitar artefatos e ruídos biológicos e ambientais, utilizando-se normalmente amplificadores diferenciais.

Num estágio posterior de amplificação, ajusta-se a resposta em freqüência e a seguir o sinal registrado pode ser visualizado, digitalizado, processado, transmitido, etc.

A isolação elétrica deve fornecer proteção ao paciente contra riscos de choque elétrico.

Na Tabela II são indicadas algumas das características típicas de um eletrocardiógrafo comercial. Algumas especificações importantes incluem proteção e risco de choque elétrico, configurações de eletrodos e características dos amplificadores.

Tabela II. Especificações de um eletrocardiógrafo comercial típico.

PARÂMETRO	ESPECIFICAÇÃO
Eletrodos disponíveis	RA, LA, LL, RL, V1 a V6
Derivações	I, II, III, aVR, aVL, aVF, V1 a V6
Impedância de entrada	> 2,5 MW a 10 Hz
Ganho total	20, 10 e 5 mm/mV
Faixa de passagem	0,01 - 250 Hz (diagnóstico) 0,5 - 40 Hz (monitoramento)
Ruído	< 40 mV pico-pico
Rejeição de modo comum	120 dB
Linearidade	melhor que 5%
Proteção (sobretensão)	5 kV (desfibrilador)
Corrente de fuga	< 10 mA

As características indicadas na tabela I, somem-se as capacidades obtidas da utilização de microcomputadores, como a digitalização, armazenamento e interpretação dos traçados captados e a possibilidade de funcionar alimentado à bateria por diversas horas.

Monitor Cardíaco

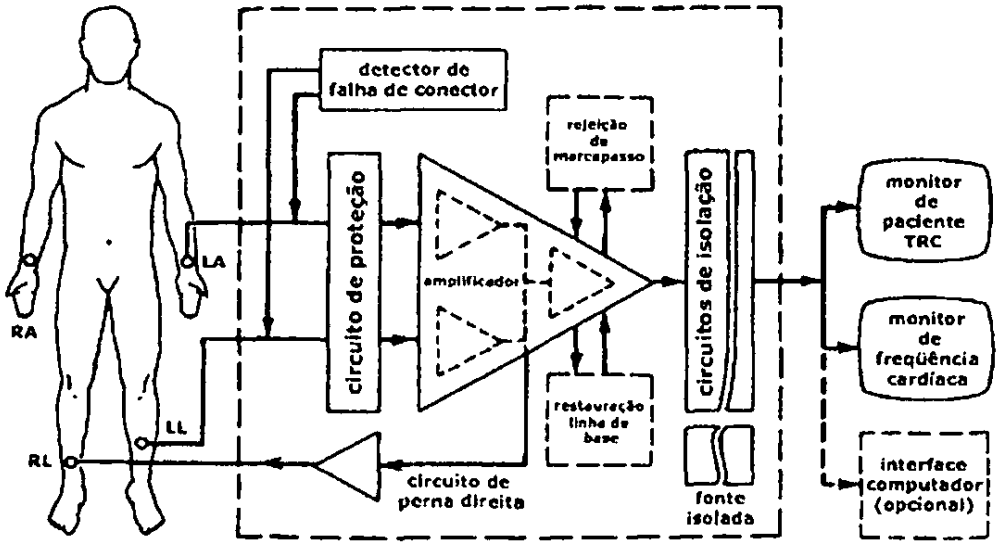


Figura 11. Diagrama em blocos de um monitor cardíaco.

PROTOCOLO 4786 FURG

Na monitoração do ECG, a morfologia do sinal registrado não é prioridade e sim a detecção do complexo QRS.

Enquanto para o ECG diagnóstico a faixa de freqüência está compreendida entre 0,05Hz e 100Hz, para o monitor cardíaco, a faixa é menor, vai de 0,5Hz a 40Hz. O monitor deve ser sensível principalmente ao complexo QRS, que tem conteúdo em freqüência principalmente na faixa média.

A própria faixa de passagem do monitor já resulta em atenuação dos artefatos de movimento de baixa freqüência e dos ruídos de freqüências maiores, devidas ao EMG.

O cardiotacômetro, que fornece apenas a taxa de batimento cardíaco trabalha com uma faixa ainda mais estreita: 8-24Hz ou ainda 12-21Hz.

Existem monitores cardíacos portáteis e alimentados a bateria, monitores usados em centros cirúrgicos e UTIs e monitores que usam telemetria, além de sistemas mais complexos, como monitores de arritmia cardíaca e cardioversores cujos projetos incluem monitores cardíacos. O uso mais comum de monitores cardíacos é em UTI de hospitais.

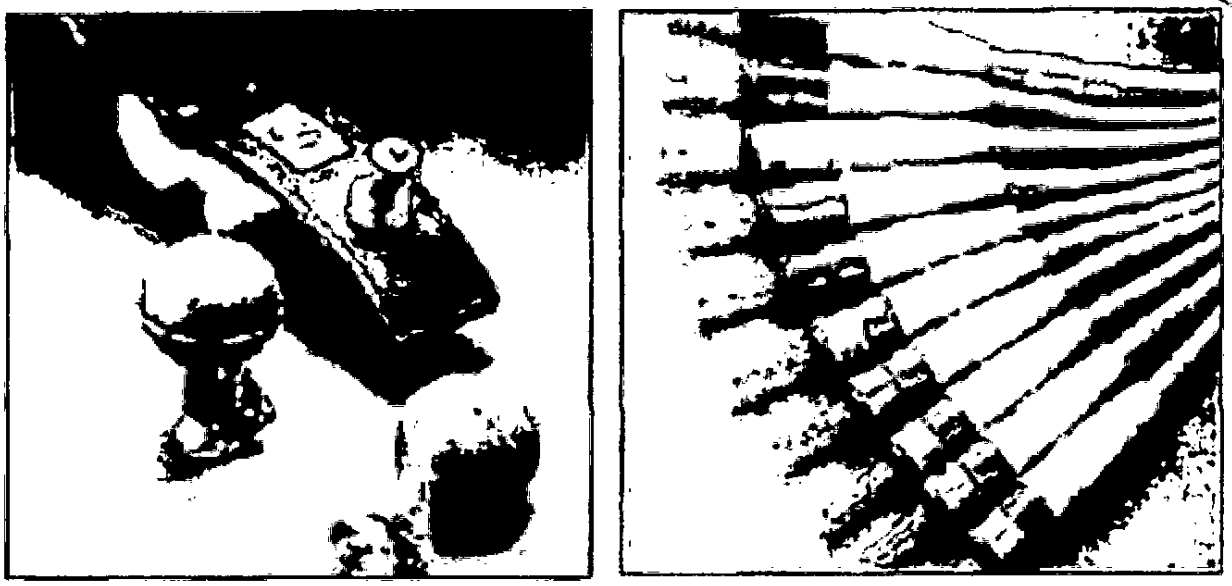
A seguir serão comentados alguns componentes e circuitos comuns aos eletrocardiógrafos (diagnóstico) e ao monitores cardíacos.

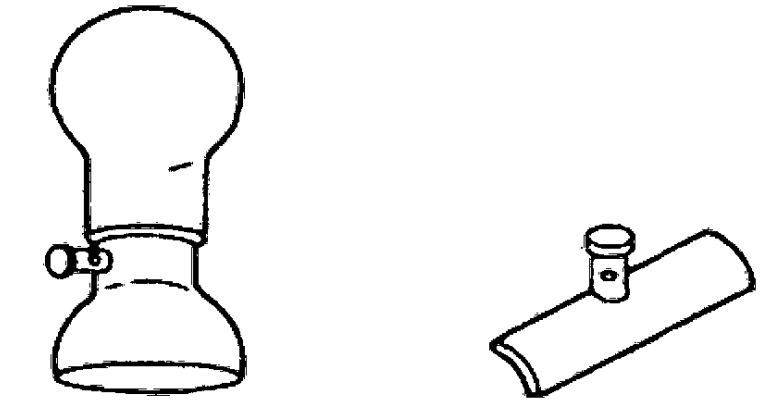
Eletrodos

Os eletrodos de ECG são feitos normalmente de prata clorada, sendo o contato elétrico com a pele aumentado com o uso de gel eletrolítico a base de cloro. Tipos mais comuns: (a) sucção, usado em ECG diagnóstico, para contato no peito; (b) placa, usado em ECG diagnóstico, para contato nas extremidades; (c) descartável (adesivo), usado em ECG diagnóstico de esforço, em situações de emergência e monitoração de longa duração (UTI, Holter), para contato no peito.

Antes da aplicação do gel condutor e fixação do eletrodo, a pele deve ser limpa, retirando-se vestígios de suor e gordura e eventualmente de pelos. Os eletrodos de placas são mantidos no lugar com tiras elásticas.

Na figura 12 são apresentados os tipos mais comuns de eletrodos e a seguir são mostrados detalhes de eletrodos de sucção e conectores de cabos de eletrodos:





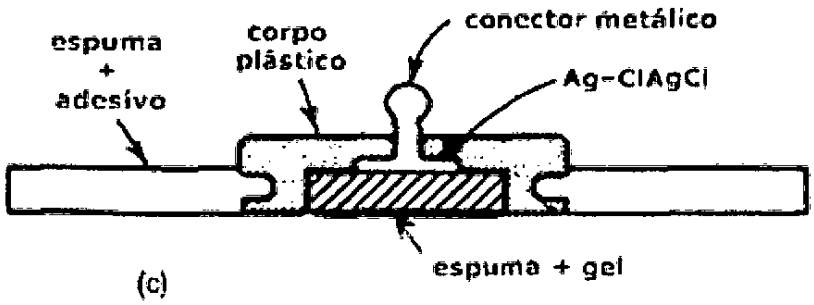


Figura 12. Tipos mais comuns: (a) Sucção, usados em ECG diagnóstico para contato no peito; (b) Placa, usado em ECG diagnóstico para contato nas extremidades; (c) Descartável (adesivo), usado em ECG diagnóstico de esforço e monitoração de longa duração (UTI, Holter) para contato no peito.

ELETROCLÍNICA RLS Nº 4788 FURG

Seletor de Derivação

A seleção da derivação pode ser feita mecanicamente (através de chaves) ou por "software" (algoritmos de controle, via computador). Normalmente o seletor inclui a central de Wilson (já mostrada na figura 7), formada por resistores que permitem obter sinais das extremidades igualmente balanceados; a partir dos quatro eletrodos de extremidades, obtém-se as derivações aumentadas e a partir dos eletrodos precordiais, as demais derivações.

Circuitos de Proteção

Não só o paciente deve receber atenção quanto à exposição a tensões ou correntes elevadas: os amplificadores e demais circuitos eletrônicos sensíveis precisam ser protegidos.

Situações de maior risco:

- Uso de desfibrilador no paciente;
- Paciente tocar alguma área energizada (110 V ou 220 V).

Os circuitos deste bloco devem proteger o equipamento de tensões até 5 kV.

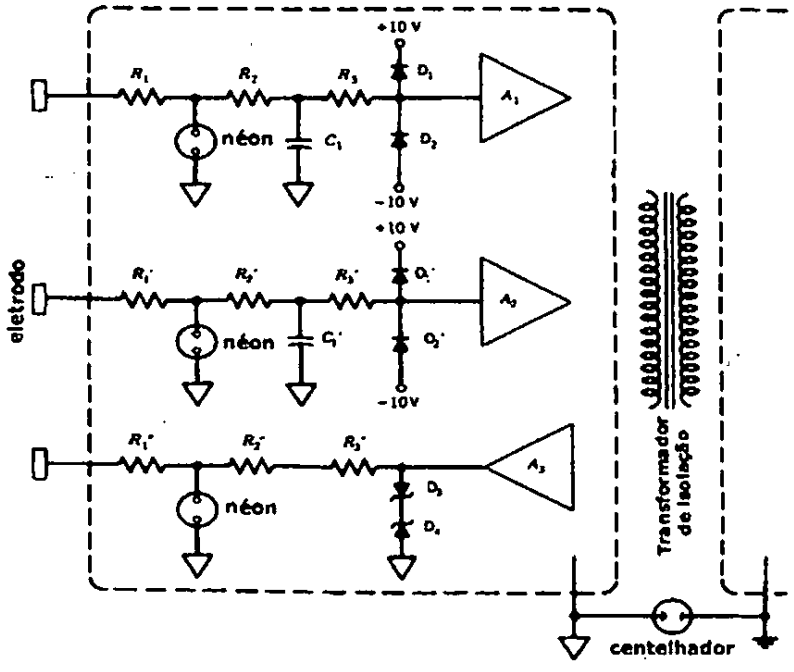


Figura 13. Circuitos de proteção elétrica

A lâmpada néon (ou um GTD, Tubo de Descarga a Gás) após sua ionização, oferece um caminho de baixa resistência ao terra para transientes altos e os capacitores, para transientes mais baixos.

Os resistores limitam a corrente e atenuam a tensão elétrica.

Os diodos limitam a tensão em +/- 10V na entrada dos amplificadores operacionais A1 e A2. Os diodos zener, limitam a tensão na saída de A3 (do circuito da perna direita), evitando que transientes altos de tensão conduzidos através do corpo, cheguem ao amplificador.

O centelhador, na presença de transientes elevados, como o de uma descarga de desfibrilador, coloca momentaneamente em curto os terras isolados, para evitar que correntes de fuga altas atravessem o transformador isolador e alcancem os circuitos eletrônicos.

Pré-amplificador

É constituído por um Amplificador de Instrumentação (a), que alia alta impedância de entrada (dois *buffers* na entrada) com alta rejeição de modo comum "CMRR" (amplificador diferencial). O ganho é limitado para prevenir saturações pelos níveis DC na entrada:

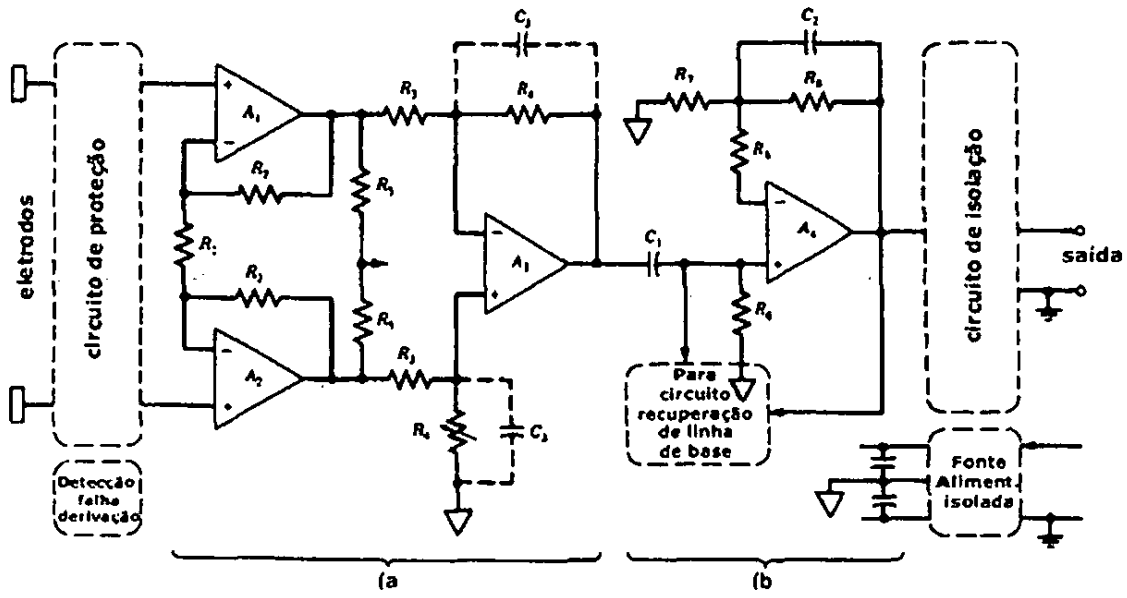


Figura 14. Pré-amplificador. (a) Amplificador de instrumentação que alia alta impedância de entrada a alta rejeição de modo comum. (b) Estágio amplificador com filtragem (PB e PA) que estabelece o ganho em tensão e a resposta em freqüência final.

PROTOCOLO 4790

O segundo estágio é um Amplificador com Filtro passa-faixa (b) que estabelece o ganho final e a resposta em freqüência do equipamento:

- Passa-altas (PA): definido pelos valores do resistor R6 e do capacitor C1
- Passa-baixas (PB): definido pelos valores dos resistores e capacitores R8 - C2 e R4 - C3

A faixa de freqüências deve eliminar os ruídos ambientais e biológicos sem distorcer o sinal de ECG. Valores típicos para essa faixa são:

- 0,5 a 40 Hz para monitoração;
- 0,01 a 150 Hz para ECG diagnóstico.

A utilização de filtros ocasiona algumas modificações no sinal, que podem comprometer o diagnóstico. Nas figuras 15 e 16 a seguir, são mostrados o espectro de freqüências componentes do ECG e o efeito de filtração incorreta (Filtros PA e PB mal ajustados ou defeituosos) no traçado, respectivamente.

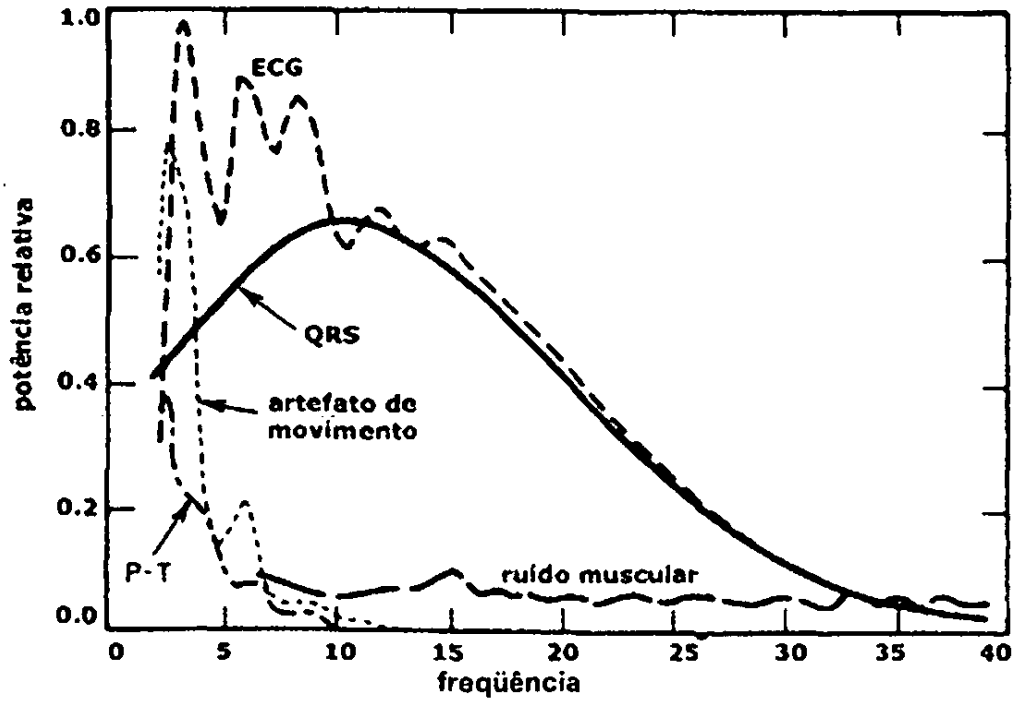


Figura 15. Composição espectral dos sinais captados pelos eletrodos de ECG e composições espectrais de artefatos de movimento e ruído muscular (EMG, eletromiograma), sinais que interferem no registro do ECG.

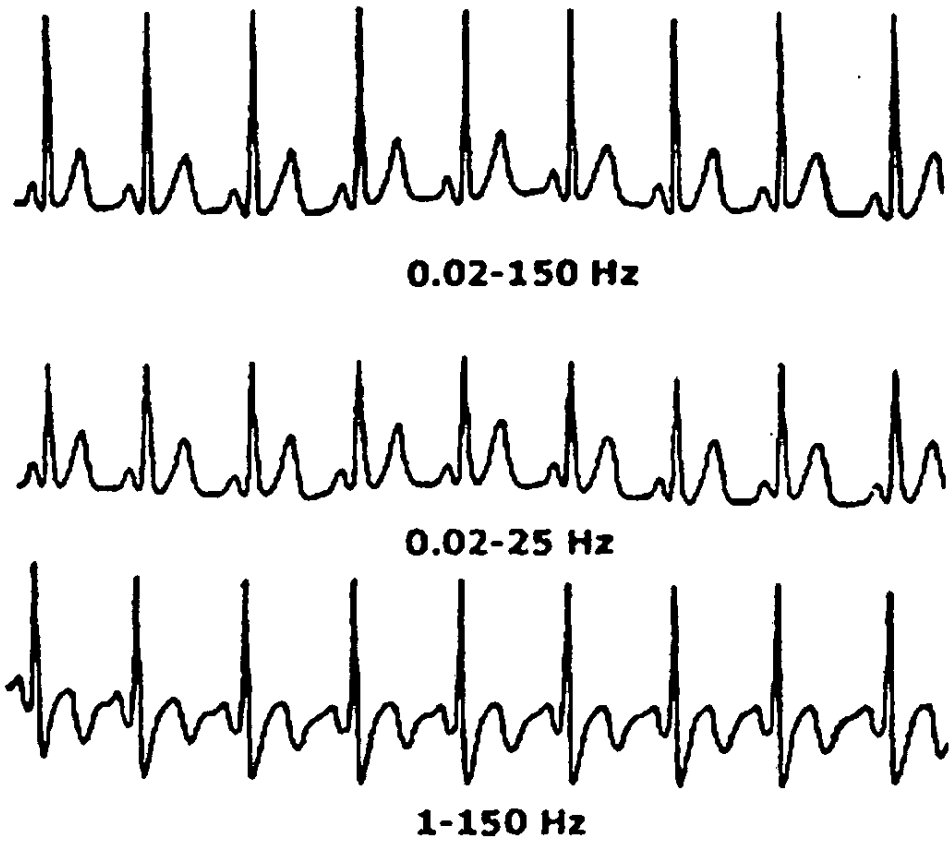


Figura 16. Efeito de filtragem inadequada do ECG

Circuitos de Isolação Elétrica

A melhor proteção contra corrente de fuga é a isolação elétrica. A isolação elétrica é uma consideração muito importante nos equipamentos eletromédicos. As normas são muito restritivas em relação à passagem de corrente elétrica pelo paciente:

- Corrente máxima tolerada antes de por o paciente em risco= 101.μA (60 Hz).
- A sensibilidade do corpo diminui com a freqüência: corrente máxima tolerada sobe para 1mA se a freqüência for maior que 100 kHz.
- São utilizadas diversas técnicas para assegurar o isolamento elétrico do paciente em relação à rede, dentre elas a de isolação óptica, indicada na figura 17.

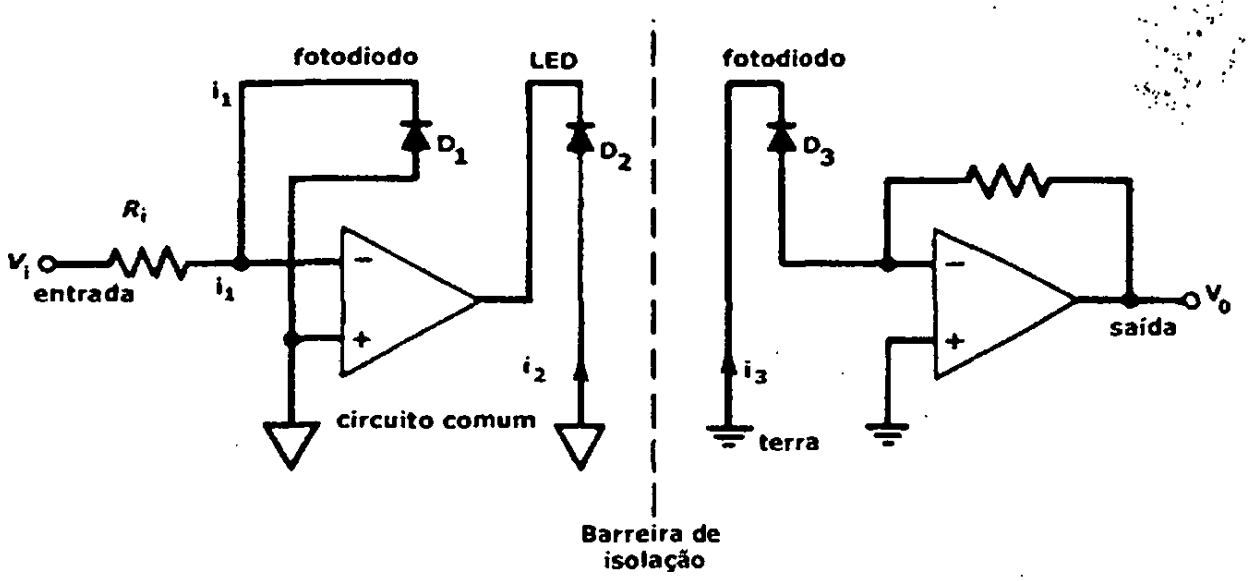


Figura 17. Circuito de proteção elétrica com isolação óptica.

- Técnica simples, barata, mas não-linear → a compensação da não-linearidade é obtida através de D_1, que deve ser idêntico a D_3:

  Se $D_1 = D_3 \Rightarrow i_1 = i_3$. Como $i_1 = V_i/R_i$ e $i_3 = V_o/R_f$ então $V_o = (R_f / R_i)\ V_i$

- O circuito de isolação elétrica pode ser obtido também com transformador de isolamento, que constitui uma técnica mais linear, mas depende de eletrônica mais complexa (moduladores do sinal com portadora de alta freqüência, demoduladores, conversores CA/CC e CC/CA para transmissão de potência).

Características mais importantes de um sistema de isolação (óptica ou por transformador):

Suportar tensão do desfibrilador (≈ 5kV);

Fuga de corrente capacitiva menor possível pela barreira de isolação;

Mínima distorção do sinal e imunidade a ruídos.

Detector de Falha de Derivação

Uma ocorrência bastante comum na prática é o descolamento do eletrodo, o escape do fio condutor ou do conector do eletrodo, gel condutivo insuficiente ou seco. Em cada um destes casos haverá falha na derivação, aumentando a impedância entre os eletrodos.

PROTOCOLO 4793

O método mais freqüente de detectar esta falha é a medida da impedância entre os eletrodos, através da resposta do sistema quando um sinal de baixa tensão e alta freqüência (100kHz) é injetado no elétrodo. A impedância normal sob bom contato é da ordem de $10^2\ \Omega$ a 100 kHz.

A freqüência de trabalho (100 kHz) é completamente eliminada pelos filtros do ECG, não interferindo nas medidas nem oferecendo risco para o paciente.

Restaurador de Linha de Base

- A linha de base do eletrocardiograma pode ser deslocada por um sinal CC (transitório) que satura os amplificadores.
- Esta saturação é em decorrência das elevadas constantes de tempo dos filtros (> 3 s), em resposta ao chaveamento para troca de derivações ou mau contato (mesmo passageiro) nos eletrodos.
- É desejável um circuito que providencie o *Reset* automático em caso de saturação, restaurando a linha de base dentro da janela de operações normal do ECG.

Rejeição de Marca-passo

- O sinal do marca-passo é muito breve (5 ms) e com subida muito abrupta ≈ 1 V/µs.
- No cálculo da freqüência cardíaca feito num monitor cardíaco, o sinal de ECG é filtrado para extrair o complexo QRS e então é feita uma contagem do tempo médio entre estes eventos.
- Em pacientes portadores de marca-passo implantado, a saída do marca-passo pode ser confundida com um batimento cardíaco e falsear as medidas do monitor, além de poder saturar os amplificadores.

Outros Recursos

- Calibração: Um sinal de 1 mV pode ser momentaneamente introduzido através do acionamento de um botão pelo operador. Esta marca no traçado de ECG permite uma avaliação quantitativa da amplitude dos sinais no momento da interpretação e diagnóstico pelo médico.

PROTOCOLO 4794

- Marcador de Eventos: semelhante ao anterior, possibilita ao operador adicionar uma marca no traçado, para caracterizar algum evento de interesse ocorrido durante o exame, através de outro botão.
- Registrador gráfico: dispositivo que registra o sinal final em papel. Pode utilizar diversas tecnologias, sendo mais comum a impressão em papel térmico e o uso de penas com tinta (alguns modelos têm um suporte para canetas comuns).
- papel é milimetrado, podendo ser uma fita de 6 cm de largura, até usar folhas formato A4 (montadas sobre tambor rotativo). A velocidade pode ser ajustada pelo operador em 25 mm/s ou 50 mm/s.
- Microcomputador: cada vez mais presente em ECG's, o microcomputador pode controlar toda a operação do equipamento (software proporciona ao operador opções de derivações, ajusta ganho, registra dados do paciente, médico, etc., algoritmos para interpretação do ECG e pré-diagnóstico, com reconhecimento de arritmias).
- Teclado e display alfanumérico facilitam comunicação com o operador.
- Alarmes: luminosos e sonoros, têm significado particularmente importante nos monitores cardíacos. Devem indicar principalmente se a freqüência cardíaca está abaixo (bradicardia, parada cardíaca) ou acima do valor normal (taquicardia). Os monitores de arritmia devem ser capazes, através de algoritmos de programação, de identificar diversos tipos de arritmia e a fibrilação ventricular (situação que pode levar a óbito).

INTERFERÊNCIAS NO SINAL DE ECG

Toda captação de biopotenciais é sujeita a interferências de outros sinais do ambiente e do próprio corpo do paciente. Estas interferências são de diversas naturezas, como está indicado na figura 18 e descrito no texto a seguir:

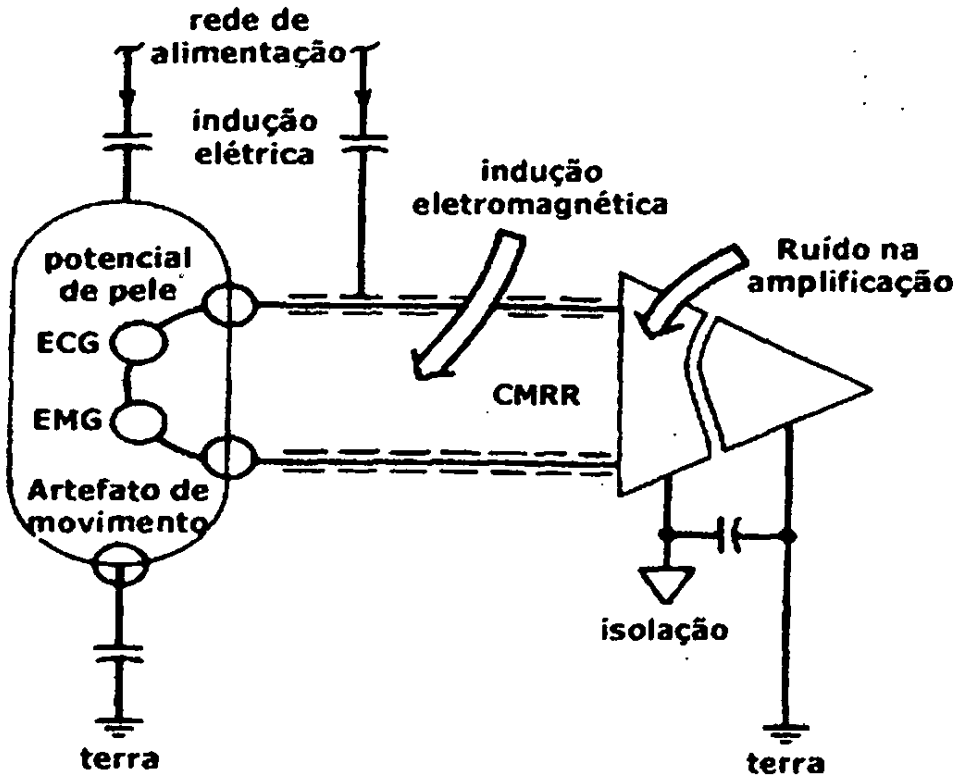


Figura 18. Representação esquemática de interferência biológica e ambiental no registro de ECG.

Fontes Biológicas e Artefatos:

- Potenciais de pele: a interface pele - gel - eletrodo pode acumular potenciais de 25 mV. Podem ser reduzidos pela raspagem ou punção da pele, que elimina a camada superficial de pele morta e no caso da punção ultrapassa a barreira das outras camadas da pele, aumentando o contato elétrico. Os potenciais CC também são eliminados por filtros passa-altas.
- Artefatos de movimento: são sinais produzidos pelo movimento relativo entre pele e eletrodo, com modificação da linha de base ou presença de ruído no traçado, dificultando a sua interpretação.
- Ruído muscular: os potenciais de ação da musculatura esquelética (EMG) têm a mesma faixa de amplitude do ECG, mas com faixa de freqüência maior. Podem ser eliminados com filtros passa-baixas, através da colocação adequada dos eletrodos e do repouso do paciente.

(a) Artefato de movimento;

(b) Flutuação da linha de base;

(c) Ruído muscular;

(d) Interferência 60Hz

Figura 19. Formas de onda do ECG com interferência

Interferências Ambientais:

- Rede de 60 Hz: interferência por acoplamento capacitivo e indução eletromagnética. É reduzida pela blindagem aterrada dos cabos das derivações e pela redução do laço de captação eletromagnético.

ASPECTOS DE SEGURANÇA

A norma IEC 601-2-25 regulamenta os aspectos de segurança e funcionais dos eletrocardiógrafos e a norma IEC 601-2-27 (de julho de 1997) faz o mesmo para monitores cardíacos. Estabelecem também os testes de conformidade destes equipamentos (por exemplo, ensaios de medida de corrente de fuga pelo paciente, de proteção contra os efeitos de desfibrilação e de recuperação após os efeitos de uma descarga de desfibrilador).

Ambas as normas estão sob as exigências da norma geral IEC 601-1, que regulamenta os aspectos de segurança em Equipamentos Médico-Hospitalares.

ASPECTOS DE MANUTENÇÃO

Os eletrocardiógrafos e monitores cardíacos possuem normas de segurança bastante rígidas que geralmente são seguidas pelos fabricantes. Por isto, os problemas elétricos são relativamente poucos e estão relacionados à presença de artefatos e ruídos, manutenção preventiva mal feita, bem como pelo mau uso dos equipamentos pelos operadores.

Causas de ruídos elétricos incluem cabos de eletrodos quebrados (por causa de quedas, por exemplo), limpeza e preparação da aplicação de eletrodos mal feita, movimentação do paciente, proximidade de equipamentos elétricos defeituosos e linhas de energia, interferência de marca-passos e outros equipamentos eletromédicos. A maioria dos ECG diagnósticos e monitores possuem recursos tecnológicos para eliminar ou reduzir tais interferências.

A preparação mal-feita da colocação dos eletrodos (limpeza da pele, dos eletrodos, utilização de eletrodos novos) bem como a conexão dos fios dos eletrodos no equipamento é comumente relatada. Os eletrodos novos devem permanecer em suas embalagens fechadas até o momento do uso, para não ressecá-los.

A colocação errada dos eletrodos leva à obtenção de traçados não-confiáveis, podendo deixar de detectar anormalidades do ECG.

Riscos de choques elétricos, inclusive conectando o paciente diretamente à rede ocorrem quando o paciente é desconectado temporariamente do monitor e os conectores dos cabos de eletrodos ficam soltos. Há relatos da ligação destes conectores a áreas energizadas, provocando choque nos pacientes. O ECRI (Emergency Care Research Information) recomenda que unidades assistenciais de saúde que possuam equipamentos com cabos de conectores que possam ser ligados em tomadas energizadas (de monitores de apnéia, por exemplo), os descartem e substituam rapidamente.

Cabos rompidos e, ou mal conectados estão relacionados a incidentes com choque e queimadura de pacientes sob monitoração cardíaca.

Procedimentos de manutenção preventiva e de verificação freqüente são indicados pelos fabricantes e adaptados de acordo com a política de manutenção de cada instituição de saúde.

O FDA (Food and Drug Administration, do EUA), possui um "Defibrillator Working Group", que em 1992 estabeleceu um "check list" para monitores e desfibriladores cardíacos. Um resumo deste "check list" será apresentado adiante como exemplo de um procedimento de verificação freqüente.

O "check list" tem por objetivo ajudar o usuário estabelecer rapidamente o estado do equipamento. Ë organizado de modo que o usuário faça a verificação visual (passos 1 a 7) a cada utilização ou troca de ambiente do equipamento, para certificar-se de que o mesmo está pronto para o próximo uso e numa freqüência menor, os testes operacionais (passos 8 e 9), sem pular nenhum passo de importância crítica.

"Ckeck list" para desfibriladores/monitores cardíacos

Passo 1: estado do chassi/carcaça – deve estar limpo, livre de sujeiras, de pó, de gotas e de quaisquer objetos.

Passo 2: acessórios – checar a presença, a armazenagem correta e a validade de eletrodos de monitoração e gel ou outro meio condutivo.

Passo 3: pás – verificar se estão limpas e se podem ser removidas facilmente, inclusive adaptadores para uso pediátrico (no caso de desfibriladores).

Passo 4: cabos e conectores – inspecioná-los a procura de rachaduras ou rompimentos. Verificar se os conectores estão conectados seguramente.

Passo 5: fonte de alimentação – verificar se o equipamento está ligado na rede e se o indicador de bateria está OK. Certificar-se de que a bateria de reserva está em ordem.

Passo 6: indicadores do ECG – ligar o monitor e realizar a "autochecagem" e verificar se o display do monitor está funcionando.

Passo 7: registrador de ECG – Verificar se a unidade tem papel e tinta suficientes. Conferir a data indicada no registrador.

Passo 8: se houver, inspecionar o marca-passo (seguir especificações do fabricante).

Passo 9: procedimento de verificação dos ciclos de carga e descarga (somente para o desfibrilador).

Passo 10: reconectar à rede de energia.

Os passos do "check list" correspondem a testes qualitativos. Para os monitores cardíacos e eletrocardiógrafos, devem ser feitos ainda testes quantitativos, que incluem a verificação dos alarmes (+/- 5 bpm ou batimentos por minuto, a 40 e 120 bpm) e calibração da medida de taxa (+/- 5bpm a 60 e 120 bpm) (feitas com simulador de ECG), além das medições de impedância de terra (menor ou igual a 0,5Ω) e de corrente de fuga (menor ou igual a 300μA) no "check list". À manutenção preventiva cabe limpeza exterior, ajuste de rodas, lubrificação do "drive" de papel (se for o caso) e a substituição de baterias e filtros.

Os equipamentos de teste necessários são; um simulador de ECG, um medidor de corrente de fuga ou analisador de segurança, um ohmímetro para medir a resistência de aterramento, gerador de sinais e osciloscópio.

4799

BIBLIOGRAFIA

WEBSTER, J.G. **Medical Instrumentation Application and Design.** 3rd ed., John Wiley & Sons, Inc., 1998.

FEINBERG, B.N. **Applied Clinical Engineering.** Prentice-Hall, Inc.,1986.

Electrocardiography and Electrocardiographic Monitors In: **Encyclopedia of Medical Devices and Instrumentation,** John G. Webster, Wiley Interscience, 1988.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Electrocardiographs, Sigle Channel.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Electrocardiographs, Multichannel.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Electrocardiographs, Interpretive.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Physiologic Monitoring Systems, Acute Care; Neonatal; ECG Monitors.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

ECRI. Healthcare product comparison system (HPCS). **Physiologic Monitoring Systems, Telemetric; ECG Monitors.** PA, EUA: ECRI Press, Plymouth Meeting, 1999. 1 CD-ROM.

PROTOCOLO
Fls. 14800
SP

CAPÍTULO 10

EQUIPAMENTOS DE AUXÍLIO AO DIAGNÓSTICO POR ULTRA-SOM

Elaborado por:
Prof. Dr. Eduardo Tavares Costa
Colaborador: Joaquim Miguel Maia (Doutor em Engenharia Elétrica, área de concentração Engenharia Biomédica)

PROTOCOLO FLS Nº 4801 FOLHA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 365

TEORIA BÁSICA 366

Ondas Acústicas 366

O Campo Acústico 369

PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS DE ULTRA-SOM 371

Equipamentos funcionando no Modo A 376

Equipamentos funcionando no Modo B 379

Equipamentos funcionando no Modo M 386

Equipamentos funcionando no Modo Doppler 388

PRINCIPAIS FALHAS, ASPECTOS DE MANUTENÇÃO, OPERAÇÃO E CALIBRAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE ULTRA-SOM 394

BIBLIOGRAFIA 398

4802

INTRODUÇÃO

A utilização do ultra-som em medicina tem crescido continuamente devido ao seu baixo custo, à possibilidade de se conseguir imagens em tempo real e prover informações das propriedades elásticas dos tecidos, ser um método não-invasivo e principalmente, devido à sua característica não-ionizante. Ele tem sido largamente empregado como auxiliar no diagnóstico médico dentro da obstetrícia, ginecologia, oftalmologia, neurologia e cardiologia, além de sua utilização como ferramenta comum em procedimentos terapêuticos.

O ultra-som utilizado na área médica para obtenção de imagens e caracterização de tecidos situa-se na faixa de 300kHz a 20MHz, podendo chegar a 100MHz, e tem normalmente baixa intensidade, entre 10mW/cm^2 e 1W/cm^2, podendo chegar a 10W/cm^2 para curtos períodos de exposição da ordem de milésimos de segundo. Na fisioterapia, são utilizadas freqüências na faixa entre 1MHz e 3MHz, com intensidade entre 0,25W/cm^2 e 3W/cm^2 (WELLS, 1977). O ultra-som de alta intensidade, na faixa entre 10W/cm^2 e 50W/cm^2, com freqüências entre 20kHz e 50kHz é utilizado em procedimentos terapêuticos como raspagem, corte, fragmentação e emulsificação (HADJICOSTIS *et al,* 1984; HEKKENBERG *et al,* 1994).

O desenvolvimento de instrumentação biomédica específica para tratar da radiação ultra-sônica tem experimentado grandes progressos nos últimos anos. Os equipamentos de imagem associam diferentes técnicas e provêm informações não só das estruturas anatômicas como do estado funcional dos diversos sistemas, com excelente qualidade de imagem. Isto se deve ao desenvolvimento de transdutores cada vez mais aprimorados e principalmente, à utilização de eletrônica digital e de microprocessadores cada vez mais rápidos e potentes e à utilização de técnicas de processamento digital de sinais e de imagens, o que tem permitido um avanço sem precedentes nas técnicas de diagnóstico por ultra-som.

Este texto aborda os aspectos básicos relacionados à teoria do ultra-som, transdutores e à instrumentação biomédica a eles associada.

TEORIA BÁSICA

Ondas Acústicas

Ultra-som pode ser definido como ondas acústicas imperceptíveis ao ouvido humano, ou seja, aquelas cujas freqüências são superiores a 20kHz. São vibrações mecânicas que se propagam em um determinado meio (ar, água, sangue, tecido biológico, materiais sólidos etc.), sendo que cada material apresenta propriedades acústicas características como impedância, velocidade de propagação e atenuação, por exemplo.

De forma semelhante aos efeitos que ocorrem com radiações eletromagnéticas, as ondas sonoras sofrem reflexão, refração e absorção causadas pelo meio onde se propagam. A velocidade de propagação de uma onda sonora em um determinado meio é função de seu comprimento de onda:

$$c = \lambda \cdot f \qquad (1),$$

Onde:

c é a velocidade do som no meio (m/s);

λ é o comprimento de onda (m);

f é a freqüência sonora (Hz).

Outro importante parâmetro que caracteriza um determinado material é sua impedância acústica, definida por:

$$Z = \rho \cdot c \qquad (2),$$

Onde:

Z é a impedância acústica (kgxm/lxs ou 10^{-3}xkg/m^2xs);

ρ é a densidade do material (g/ml);

c é a velocidade do som no meio (m/s).

Estes dois parâmetros (velocidade de propagação e impedância acústica) são muito importantes no estudo do comportamento de uma onda sonora na interface entre dois meios, compostos por materiais distintos. A Figura 1 ilustra uma onda, que se propaga no meio 1, atingindo o meio 2, resultando numa parcela refletida e outra transmitida, ambas sofrendo desvio de direção (BRONZINO, 1986; CHRISTENSEN, 1988, WELLS, 1977).

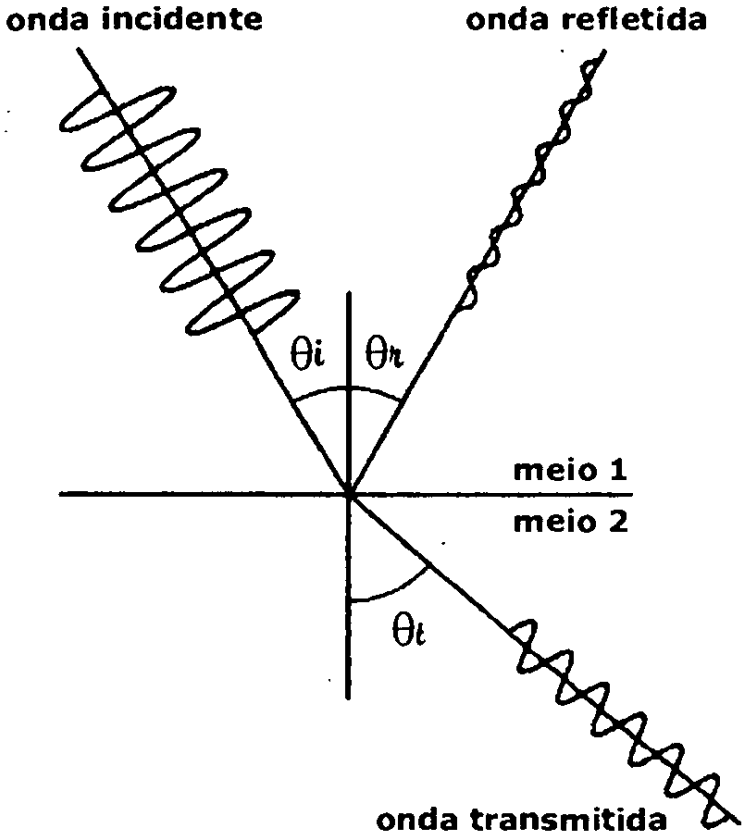


Figura 1. Comportamento de uma onda acústica na interface de dois meios distintos.

Pode ser observado que, para uma interface plana, o ângulo de reflexão é igual ao de incidência: $\theta_1 = \theta_r$. Já o ângulo de transmissão relaciona-se com o de incidência em função das velocidades de propagação dos meios 1 e 2 (c_1 e c_2) pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{sen } \theta_i}{\text{sen } \theta_t} = \frac{C_1}{C_2}$$

PROTOCOLO 1505 4805

A parcela de pressão da onda incidente *(p.)* que é refletida *(p)* é dada pelo coeficiente R, segundo a seguinte relação:

$$\frac{R}{} = \frac{P_i}{P_r} = \frac{Z_2 \cos \theta_i - Z_1 \cos \theta_t}{Z_2 \cos \theta_i + Z_1 \cos \theta_t} \qquad (4)$$

ou para incidência normal em relação à interface ($\theta_i = \theta_r = \theta_t = 0$):

$$\frac{R}{} = \frac{P_i}{P_r} = \frac{Z_2 - Z_1}{Z_2 + Z_1} \qquad (5)$$

A atenuação é outro parâmetro importante, pois trata do decaimento exponencial da amplitude de uma onda acústica que se propaga através de um material. Vários fatores contribuem para este decaimento, entre eles:

- Divergência do feixe em relação ao eixo central (o que provoca uma diminuição da energia por unidade de área);
- Espalhamento devido à não homogeneidade do meio (uma parcela da energia se desvia da direção de propagação inicial);
- Conversão em outros modos de vibração resultando no compartilhamento da energia com duas ou mais ondas propagando-se com velocidades e sentidos diferentes;
- Absorção pelo meio, onde parte da energia é convertida em calor, principalmente devido às forças de atrito que agem em oposição ao movimento das partículas;

O coeficiente de atenuação é dado por:

$$\alpha = af^b \qquad (6)$$

Onde:

αi é o coeficiente de atenuação (dB/cm);

PROTOCOLO 4808

f é a freqüência (MHz);

a é o coeficiente de atenuação para 1MHz (ver Tabela 1);

b é o parâmetro correspondente à dependência de atenuação com a freqüência.

A Tabela 1, a seguir, apresenta as propriedades acústicas de alguns materiais. Pode ser observado que a velocidade e a impedância da água e do sangue são bem próximos uns dos outros.

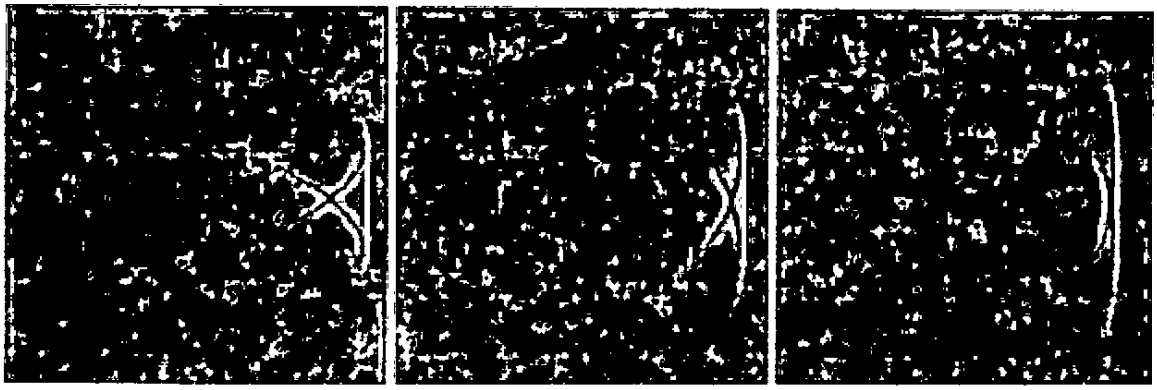
Tabela 1. Características ultra-sônicas de alguns materiais (Modificado de BRONZINO, 1986).

Material	Velocidade C (m/s)	Densidade ρ (g/ml)	Impedância Z ($kg/m^2.s$)	Coeficiente α para 1 MHz (dB/cm)	Dependência com a freqüência (f^b)
Ar	340	0,0012	0,0004	1,2	2
Água	1500	1,00	1,5	0,002	2
Sangue	1540	1,06	1,6	0,1	1,3
Pulmão	650	0,40	0,26	40	0,6
Gordura	1460-1470	0,92	1,4	0,6	1
Músculo	1540-1630	1,07	1,7	1,5-2,5	1
Osso	2700-4100	1,38-1,81	3,7-7,4	10	1,5
Alumínio	6300	2,7	17	,018	1

O Campo Acústico

A descrição do campo acústico produzido por um transdutor é geralmente dividida em duas regiões ao longo do eixo de propagação da onda. Uma fica limitada às vizinhanças do transdutor, denominada região de campo próximo ("nearfield region") ou região de difração de Fresnel. A outra é conhecida como região de campo distante ("farfield region") ou região de Fraunhofer. A região de campo próximo caracteriza-se pela ocorrência de

superposição entre as ondas de borda (geradas na periferia do transdutor) e as ondas diretas ou "planas" (geradas a partir de toda a face do transdutor). Como estas ondas podem ter amplitude e fase diferentes, as mesmas interferem-se construtivamente e destrutivamente provocando máximos e mínimos na intensidade do campo acústico. Nesta região concentra-se a maior parte da energia e não há divergência do feixe ultra-sônico. Na região de campo distante, a diferença de fase entre as ondas de borda e a plana não são tão evidentes e elas interferem-se construtivamente de maneira a formar uma frente de onda quase plana que atenua à medida que se propaga no meio, distanciando-se da fonte. Nesta região o campo é divergente (HAYMAN & WEIGHT, 1979; FISH, 1990). A Figura 2 mostra a propagação de uma onda acústica gerada por um transdutor, onde se pode observar que à medida que a mesma distancia-se da fonte, as ondas de borda tendem a se propagar em fase com a onda direta.



t=1μs t=10μs t=35μs

Figura 2 . Propagação de ondas acústicas geradas a partir de um transdutor circular, mostrando a interação entre as ondas de borda (geradas na periferia do mesmo) e a onda direta. À medida que o tempo passa (aumenta a distância da fonte geradora), as ondas de borda tendem a se propagar em fase com a onda direta.

A Figura 3 mostra a separação entre as regiões de campo próximo e campo distante ao longo do eixo axial de um transdutor circular de raio *a*, onde o ângulo de divergência do feixe na região de campo distante é dado aproximadamente por: $\theta = \sin^{-1}(0{,}61\ \lambda/a)$. A maioria dos autores considera o ponto de separação entre as duas regiões (último máximo na intensidade da pressão) como ocorrendo a uma distância axial $Z = a^2/\lambda$, porém ZEMANEK (1970) mostrou que esta transição ocorre a uma distância menor ($Z = 0.75a^2/\lambda$).

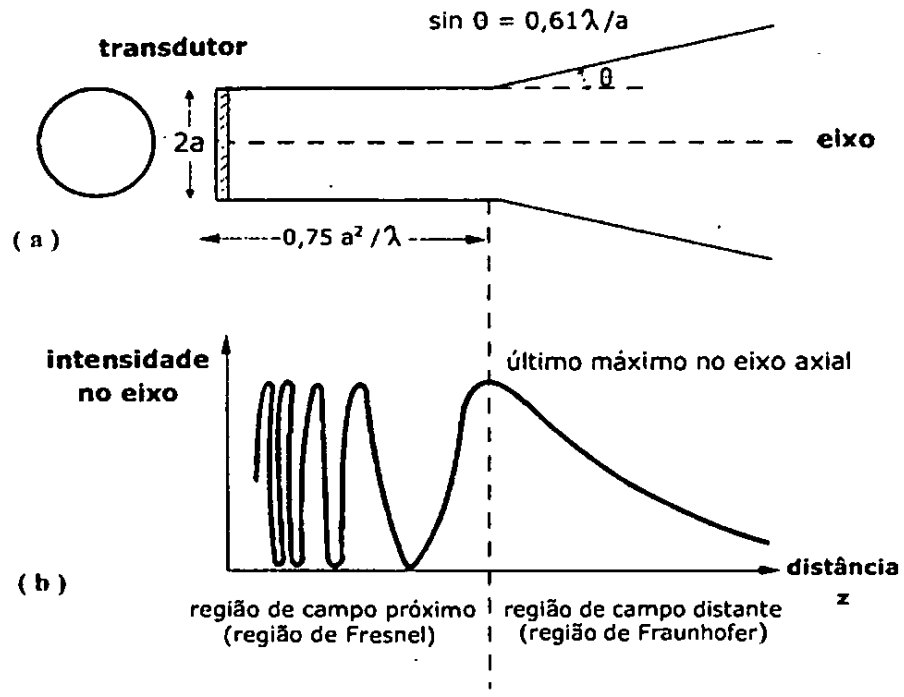


Figura 3. (a) Seção longitudinal através do feixe ultra-sônico gerado por um transdutor circular de raio a. (b) Variação da intensidade de pressão ao longo do eixo axial do transdutor.

PRINCÍPIOS DE FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS DE ULTRA-SOM

Para aplicações biomédicas, a radiação ultra-sônica (ou campo ultra-sônico) é gerada pela aplicação de um sinal elétrico (pulso de curta duração ou salva de senóides ou ondas retangulares) a um dispositivo transdutor com características piezoelétricas, ou seja, que converte a energia elétrica em energia mecânica (vibrações) e vice-versa (o efeito piezoelétrico aparece em alguns cristais e cerâmicas sinterizadas, como o Quartzo, Sal de Rochelle, Titanato de Bário, Titanato de Zirconato de Chumbo – PZT-4 e PZT-5). O transdutor, geralmente, fica em contato com a pele do paciente, utilizando-se um gel para acoplamento. As ondas geradas pelo transdutor propagam-se para o interior do corpo e interagem com os diferentes tecidos, o que faz gerar ondas (ecos) que são espalhados devido à não homogeneidade dos tecidos e propagam-se em todas as direções e também na direção do transdutor emissor. Estes ecos são detectados por este transdutor (que age como receptor) e considerando-se conhecida a velocidade de propagação do ultra-som nos tecidos, busca-se interpretar os si-

PROTOCOLO 4809

nais recebidos em diferentes profundidades (distâncias da face do transdutor). Dependendo da informação requerida é possível, por exemplo, visualizar estruturas internas, estimar o fluxo sangüíneo ou a atenuação das ondas devido às diferenças de densidades entre os diversos tecidos, podendo permitir sua caracterização.

Um equipamento básico de ultra-som é formado por uma unidade de geração e transmissão dos pulsos elétricos para excitação dos transdutores, uma unidade de recepção e amplificação dos sinais captados, uma unidade de controle e processamento que é utilizada para configurar os parâmetros das unidades de transmissão e recepção e uma unidade para visualização dos resultados do processamento. O tipo de análise e de processamento efetuados nos sinais enviados e recebidos pelos transdutores, depende das informações requeridas pelo médico, que podem ser a apresentação de um órgão interno em um monitor, a atenuação ou velocidade de propagação da onda ultra-sônica em um determinado órgão, a estimação de fluxo sangüíneo ou o deslocamento de determinadas estruturas em relação às suas posições normais (WEBSTER, 1992; WELLS, 1977).

A pesquisa na área de transdutores de ultra-som ("probes") está em constante desenvolvimento e vários tipos têm sido utilizados em equipamentos de uso geral, abdominal, obstétrico e ginecológico. A freqüência do sinal e a largura do campo acústico gerado pelos transdutores, depende da espessura e diâmetro do cristal piezoelétrico, respectivamente. Transdutores que gerem altas freqüências produzem comprimento de ondas menores e campos acústicos mais estreitos, o que melhora a resolução, mas por outro lado, como a atenuação é maior nas altas freqüências, a profundidade atingida é menor. Para corrigir em parte este problema, os equipamentos apresentam um controle de ganho que pode ser ajustado pelo operador para poder visualizar interfaces mais distantes da face do transdutor (ECRI, 1999).

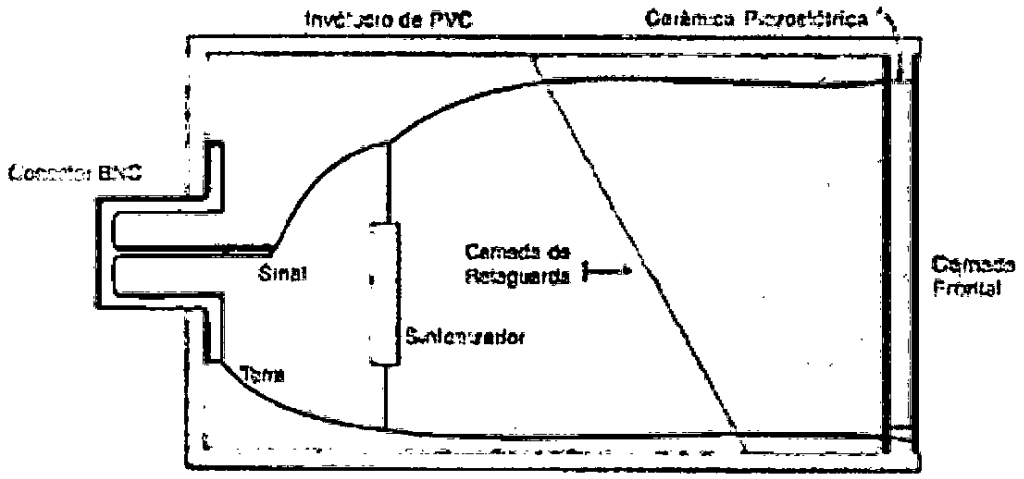
No início da utilização do ultra-som como ferramenta de auxílio ao diagnóstico médico, era comum o uso de transdutores circulares que faziam varredura em uma direção de uma área de interesse e as freqüências situavam-se entre 1MHz e 3,5MHz. Com o advento de novas técnicas de fabricação e encapsulamento das cerâmicas piezoelétricas, passou a ser co-

mum o uso de transdutores do tipo matricial (*array transducers*) e o acionamento de cada elemento do *array* passou a ser eletrônico (varredura eletrônica). Além do desenvolvimento da eletrônica analógica e digital, a fabricação de transdutores de freqüência acima de 3,5MHz passou a ser comum. Isto facilitou a utilização do ultra-som em diversas áreas da medicina e é comum sua utilização em oftalmologia com transdutores operando em freqüências entre 10MHz e 25MHz. Ultimamente, é grande a quantidade de pesquisadores que estão desenvolvendo transdutores que chegam a operar entre 25MHz e 100MHz, com aplicação direta na visualização de estruturas de artérias e vasos.

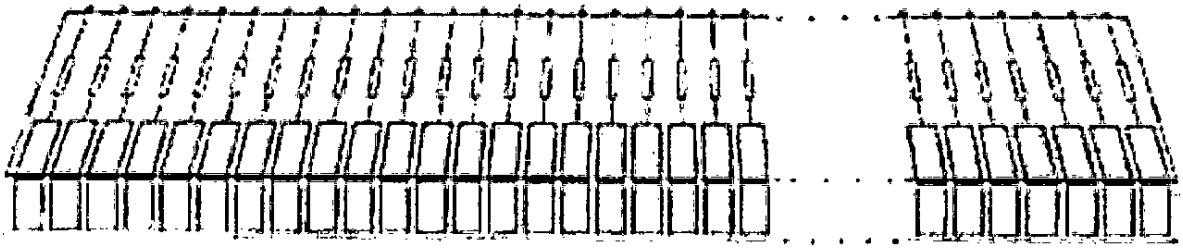
Um diagrama esquemático de um transdutor ultra-sônico de elemento único pode ser visto na Figura 4. Os elementos básicos deste tipo de transdutor são: cerâmica piezoelétrica (elemento transdutor), camada de retaguarda (para absorção da energia acústica que se propaga no sentido contrário ao da face frontal), camada frontal (para casamento de impedância acústica com o meio de propagação da onda acústica gerada pela cerâmica), elementos de casamento de impedância elétrica, cabos e material de encapsulamento da cerâmica.

Os transdutores de elemento único são ainda bastante utilizados com pequenas variações de encapsulamento, segundo suas diversas aplicações. Para imagem, podem ser montados em estruturas móveis (por exemplo, no eixo de motores), de forma a permitir o direcionamento de sua face frontal em diversos ângulos, formando imagens setoriais. Os transdutores do tipo matricial (Figura 4) podem ter diversos formatos e são constituídos por diversos elementos, geralmente, cerâmicos com pequenas dimensões, separados entre si e que podem ser excitados individualmente ou agrupados em pequenas células.

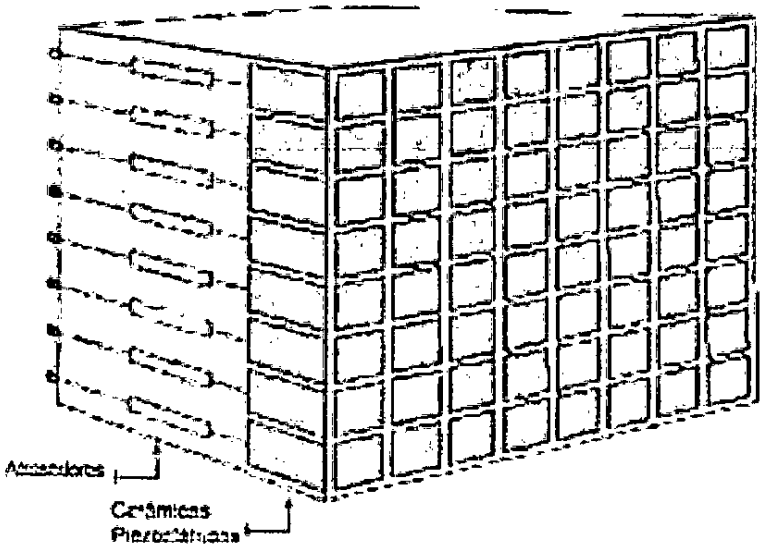
O número de elementos pode variar significativamente, de 8 a até 1024. A grande maioria dos scanners comerciais utiliza transdutores matriciais com 64 a 256 elementos e comprimento entre 4 e 15 cm. Dependendo do modo como os elementos do transdutor são excitados, pode-se conseguir focalizar ou dirigir o feixe ultra-sônico, permitindo a varredura eletrônica do tecido (ou material) investigado. Os atrasadores permitem a excitação individual ou de grupos de elementos do transdutor, gerando frentes de onda adequadas para cada caso.



(a) Transdutor com elemento cerâmico único



(b) Transdutor matricial 1D



(c) Transdutor Matricial 2D

Figura 4. Diagramas esquemáticos de transdutores de ultra-som.

As técnicas de processamento de sinais e de imagens e os aperfeiçoamentos na fabricação dos transdutores têm possibilitado a obtenção de imagens com excelente qualidade e facilitado o diagnóstico médico. Como toda a superfície do transdutor ou "probe" tem que estar em contato com a pele do paciente ou com a região a ser analisada, os fabricantes têm desenvolvido equipamentos mais sofisticados e uma ampla gama de transdutores (Figura 5), com tamanhos, formatos e características específicas como, por exemplo, focalização eletrônica ou lentes colocadas na face do mesmos.

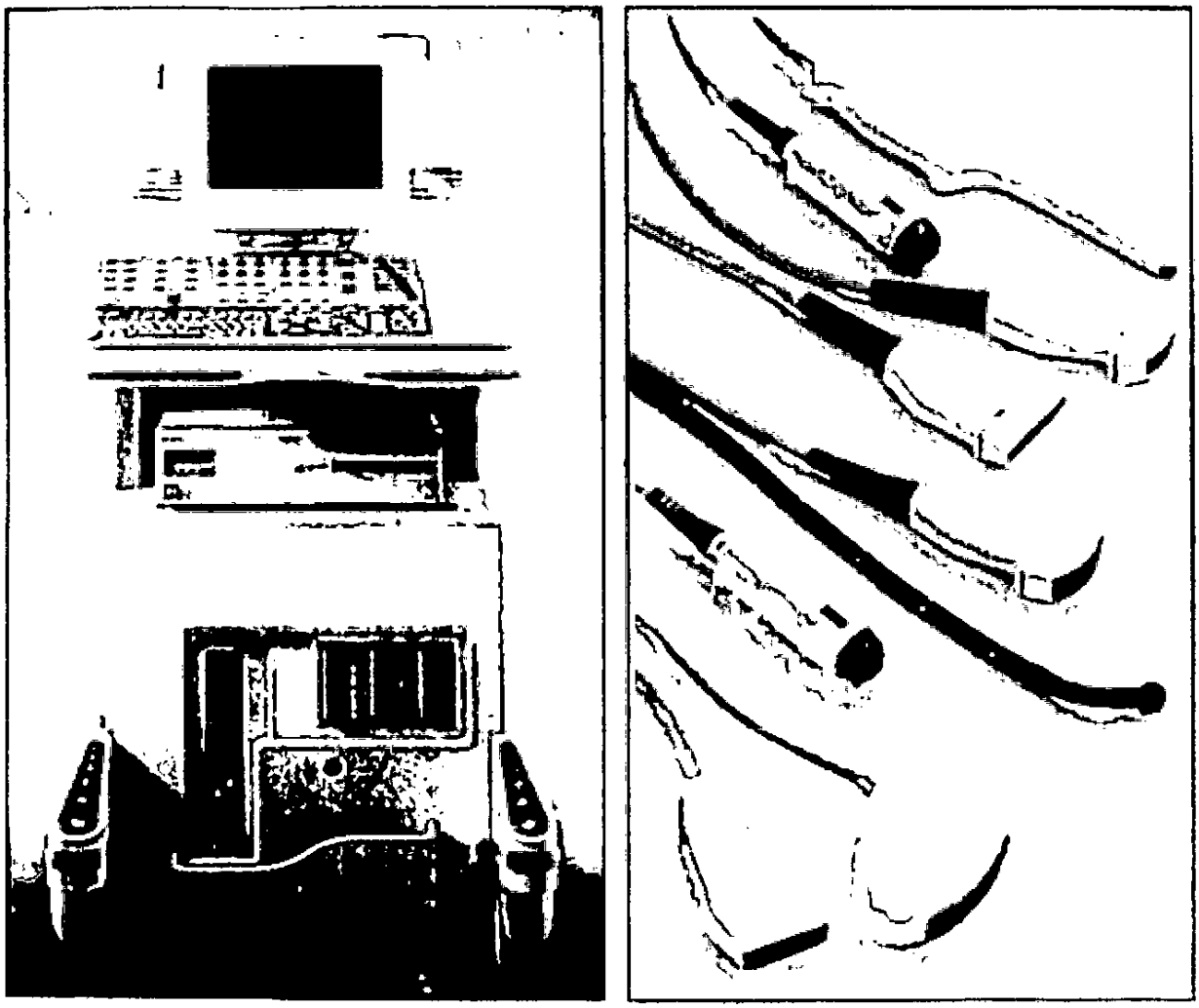


Figura 5. Equipamento (scanner) e transdutores de ultra-som para aplicações na área médica (Imagens cedidas pela ATL Ultrasound)

PROTOCOLO PUC

Alguns sistemas utilizam transdutores com banda de freqüências larga ("broadband"). Estes apresentam maior sensibilidade, permitindo a operação em freqüências mais altas para aumentar a resolução ou em freqüências mais baixas para aumentar a profundidade de penetração do campo, de forma a obter imagens de melhor qualidade, com mais informações para auxiliar no diagnóstico. O operador pode selecionar mais facilmente a resolução e profundidade de penetração do campo em diferentes procedimentos para obtenção da imagem.

Os equipamentos mais modernos (scanners) permitem o armazenamento das imagens em disco rígido, unidades ópticas, cassetes ou outras mídias, de forma a serem processadas posteriormente ou serem impressas utilizando-se impressoras com alta resolução e câmaras multiformato. Além disso, algumas unidades incluem programas especiais que permitem a determinação de volume, área, diâmetro e circunferência de algumas estruturas. Na obstetrícia, por exemplo, essas informações são utilizadas para determinar a idade gestacional do feto.

Os equipamentos (scanners) medem a amplitude dos ecos, o tempo entre eles e a direção de propagação dos mesmos e estas informações são então processadas e exibidas em diferentes modos: Modo A, Modo B, Modo M, Doppler Contínuo ou Pulsátil. Equipamentos no Modo A e Modo B fornecem informações espaciais sobre a região que está sendo mostrada, enquanto que no Modo M fornecem informações sobre o movimento (e funcionamento) de válvulas cardíacas e no Modo Doppler fornecem informações sobre fluxo sangüíneo. A técnica mais antiga é o Modo A (ou modo amplitude), que fornece informações unidimensionais e a técnica de geração de imagens em duas dimensões mais utilizada é o Modo B. Muitos equipamentos podem operar com uma combinação dos modos, por exemplo, Modo M com Modo B, Doppler e Modo B, etc. A seguir serão apresentados alguns detalhes e modo de operação dos equipamentos funcionando com essas configurações.

Equipamentos Funcionando no Modo A

Este modo, como os demais, exceto o Doppler Contínuo, tem como base a técnica pulso-eco, onde um pulso de ultra-som de curta duração é transmitido por um transdutor. Este pulso viaja através do meio que está sendo

PROTOCOLO 4814 UNC

investigado e toda vez que ocorre uma mudança da impedância acústica neste meio, ocorrem reflexões e estas podem ser captadas pelo mesmo transdutor. O tempo decorrido entre a transmissão do pulso e a recepção do eco é proporcional à profundidade de penetração, o que possibilita o mapeamento unidimensional das interfaces na direção de propagação do campo. A Figura 6 mostra o diagrama em blocos de um equipamento no Modo A.

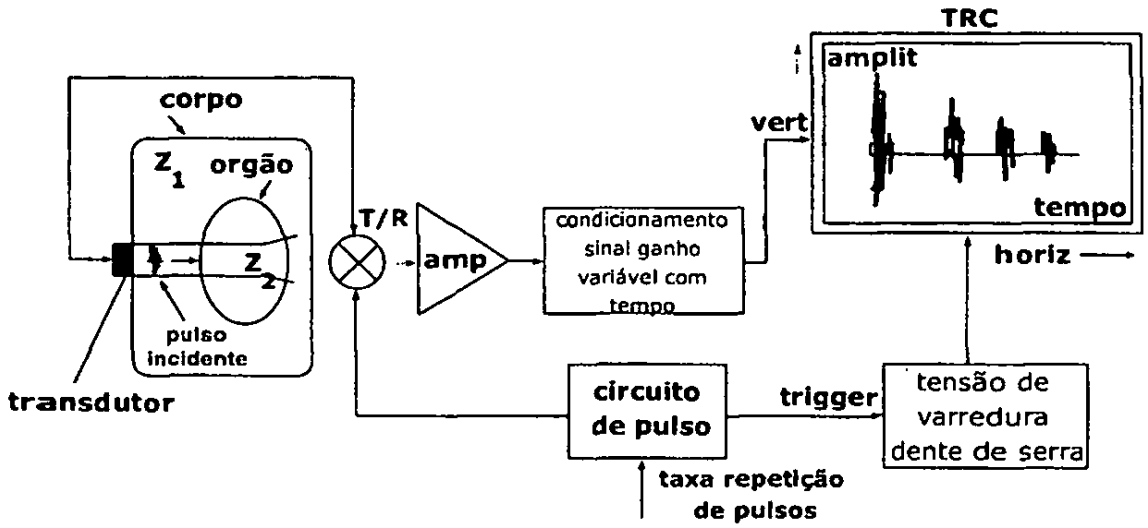


Figura 6. Elementos de um equipamento no modo A
(Modificado de CHRISTENSEN, 1988).

O circuito de pulso aplica um pulso de curta duração (da ordem de 10 a 500 ns, dependendo da freqüência do transdutor) e alta amplitude (da ordem de centenas de volts) ao transdutor através do circuito de chaveamento T/R, que isola os circuitos de recepção durante a aplicação do pulso de alta energia para evitar saturação, sobrecarga e danos dos mesmos e, durante a recepção, deixa passar os ecos de baixa amplitude (da ordem de 1 a 200 mV, dependendo da atenuação do meio e da energia inicial aplicada ao transdutor). O transdutor gera uma onda ultra-sônica (pulso incidente) que se propaga no tecido e sofre reflexões nas interfaces dos meios 1 e 2 (Z1/Z2 e Z2/Z1). Os ecos gerados nessas interfaces são captados pelo transdutor (que passa a operar como receptor), amplificados e condicionados nos circuitos de recepção (utilizando-se circuitos demoduladores que geram a envoltória do sinal, controle de ganho variável com o tempo, circuitos que realizam compressão logarítmica para per-

PROTOCOLO 4815

mitir que ecos muito longos ou muito curtos sejam mostrados na mesma escala, comparadores de limiar, filtros analógicos, etc.) e depois são mostrados no "display" (TRC – Tubo de Raios Catódicos) de forma semelhante ao que é feito em um osciloscópio, onde o eixo horizontal representa a varredura ao longo do tempo e no eixo vertical do "display" são mostradas as amplitudes dos sinais recebidos após terem sido amplificados e condicionados adequadamente. A Figura 7 mostra a seqüência de passos normalmente implementada no processamento do sinal recebido no Modo A.

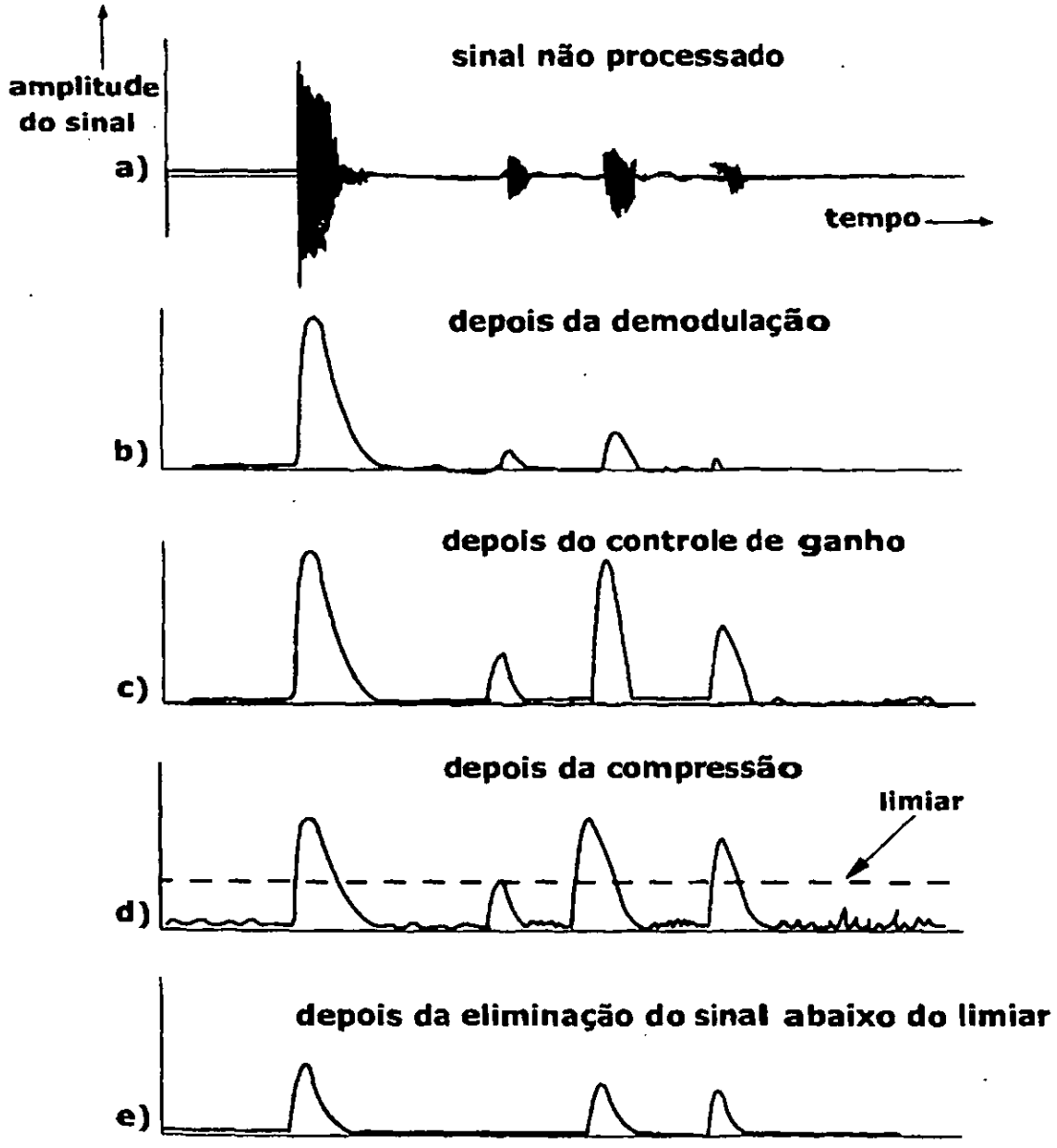


Figura 7. Seqüência de passos normalmente implementada no processamento do sinal recebido no Modo A.

Estado do Rio de Janeiro
Prefeitura Municipal de Teresópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Gabinete do Secretário

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

PREFEITURA
TERESÓPOLIS
Cuidando bem das pessoas

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
4816

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para todos os fins de direito, que o INSTITUTO SOCIAL FIBRA, estabelecido na Avenida Brigadeiro Faria Lima nº 1234, conjunto 31, São Paulo, São Paulo, CNPJ n.º 02.744.384/0001-82, é contratado da Prefeitura Municipal de Teresópolis-RJ, para a GESTÃO PLENA DA UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO – UPA 24 HORAS DE TERESÓPOLIS - PORTE III, cumprindo sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços solicitados, pelo que declaramos estar apto a cumprir com o objeto licitado, nada tendo que o desabone.

Por ser verdade, firmamos o presente.

URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
0,5

Teresópolis/RJ, 24 de novembro de 2010

Solange Isabel das Graças Cirico Costa

Secretária Municipal de Saúde de Teresópolis - RJ

Solange I. das G. Cirico Costa
Secretária Municipal de Saúde
Mat. PMT nº 1.00336-7

3o Ofício de Justica de Teresopolis-Rua Duque de Caxias 58
RECONHECO, POR SEMELHANÇA, A FIRMA DE:
SOLANGE ISABEL DAS GRACAS CIRICO COSTA .
Sub-Total:3,83 + FEA:0,76 Fundperj:R$0,19+ Funperj:R$0,19 Luiz Carlos
Em Testemunho da Verdade. EMOLUMENTOS TOTAL: R$4,97
Conf. por:
JOSE ORLANDO RIBEIRO COSTA - Substituto -25/11/2010

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
do Teresópolis
Selma Espindola Simão

SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
RECONHECIMENTO DE FIRMA POR SEMELHANÇA
RCD 1 ATO
SGI27883

TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
1097BH52402

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE TRAJANO DE MORAES
Gabinete do Prefeito

HOSPITAL
RECURSO parte
C,5
4817

ATESTADO DE GESTÃO EM SAÚDE

Declaramos para os devidos fins, que o **INSTITUTO DOS LAGOS RIO**, CNPJ n.º 07.813.739/0001-61 e o **GRUPO FIBRA SOCIEDADE BENEFICENTE**, CNPJ n.º 02.744.384/0001-82, através de contrato de co-gestão em programa de saúde, datado de 13/jun/2006 e protocolado na Secretaria de Saúde do Município, estão executando o **CONTRATO DE GESTÃO EM SAÚDE**, tendo como subsídio técnico para a gestão e o planejamento das unidades de pronto atendimento, hospitalar, maternidade e postos de saúde, a portaria MS/GM nº. 1101/02, "Parâmetros para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais gerais da SES/SP; ofício OSS/SES n. 017/01; manual PROAHSA, dados da SES/RJ, Datassus entre outros", e os seguintes objetivos:

CG-1) Contrato de Gestão de Saúde em unidades de pronto atendimento, hospital/maternidade com 42 leitos e de postos de saúde, visando o gerenciamento dos negócios e o fornecimento de profissionais, devidamente qualificados, para a Secretaria Municipal da Saúde, composto de capacitação de recursos humanos para procedimentos gerenciais; implantação de métodos de gestão hospitalar, com desenvolvimento e treinamento em modernas técnicas de planejamento, programação, controle e avaliação, incluindo a qualidade total e acreditação; fornecimento do embasamento teórico e prático referente aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao melhor desempenho das atividades executadas nas áreas gerenciais; Identificação e analise dos problemas encontrados no processo de rotina das atividades administrativas da saúde municipal; Implantação de competências e técnicas gerenciais contemporâneas que permitiram identificar e apresentar soluções aos problemas fundamentais na administração da saúde do município; Implantação de novas metodologias para a definição de estratégia na gestão de saúde do município e das unidades hospitalares, a saber: bases e métodos quantitativos em saúde do município, informática hospitalar, organização de unidade de pronto atendimento e hospitalar, gestão financeira e orçamentária, gestão de recursos humanos, administração de material e patrimônio, custos hospitalares, hotelaria hospitalar, gestão de serviços de higienização em unidades de saúde do município, gestão de farmácia, gestão de serviços de nutrição e dietética, serviços laboratoriais e exames clínicos, gerenciamento do serviço de documentação de unidade hospitalar, implementação de processos da mudança organizacional nas unidades de saúde municipal, auditoria em saúde, ouvidoria da saúde municipal e nas unidades

SÃO PAULO
SP - F. 5095-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
03 FEV. 2012
Cartório Nunes
AUTENTICAÇÃO
1097BH52124
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor conforme pelo ato R$ 2,35

hospitalares, gestão ambiental nas unidades de saúde do município, implementação da humanização no atendimento em saúde da municipalidade, logística operacional das unidades de saúde do município, implementação de controle do uso e das tecnologias em equipamentos hospitalares, criação das comissões nas unidades hospitalares; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – Baseada na portaria GM/MS n. ° 2.616, de 12/05/98, para elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção hospitalar, Comissão de Ética Médica – Baseada na resolução CREMESP n. ° 83/98, para normalizar e fiscalizar o desempenho ético dentro da instituição, atuando como controlador de qualidade das condições de trabalho na instituição, Comissão de Prontuários – Baseada na resolução CREMESP n. ° 70/95, com a criação de Comissão de Revisão de Prontuário Médico nas unidades de saúde, onde se presta assistência médica e a Comissão de Óbito – Baseada no decreto n. ° 9.920, de 20/04/77.

CG-2) Desenvolvimento da assistência, para implementar os cuidados relativos à rede básica do município, em todos os níveis de atenção primária: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos agravos concernentes à atenção primária e garantia prioritária do acesso de população ao sistema, através das unidades de saúde de família.

Os trabalhos também contemplam o gerenciamento de informações ao dos bancos de dados do SUS, ou seja: SIM, SINASC, SISVAM, SISPRENATAL etc., assim como o preenchimento das fichas individuais de notificação e a individual de investigação, bem como informar sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou referenciados para o atendimento.

Declaramos ainda que os serviços estão sendo executados a contento e não há nada que desabone as referidas instituições.

Trajano de Moraes, 12 de novembro de 2006.

SÉRGIO EDUARDO MELO GOMES
Prefeito Municipal

11º TABELIONATO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
03 FEV. 2012
AUTENTICAÇÃO
1097BH52128 - YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,55

TABELIONATO DE NOTAS DO RIO DE JANEIRO - RJ
COMARCA DO RIO DE JANEIRO, RUA DA ASSEMBELIA 10 LJ Ss114 TEL 25312107
Reconheço a(s)firma(s)por semelhança de:.SERGIO EDUARDO MELO GOMES .

Rio de Janeiro , 08 de janeiro de 2007. Custas: 3,78

Em testemunho da verdade

CLAUDIO LEITE DE SOUZA - Autorizado - 90.121 total.:

CORREGEDORIA DA JUSTIÇA SELO DE FISCALIZAÇÃO 1A SCZ90312

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
PEDRO PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV 2012
Colégio Notarial do Brasil AUTENTICAÇÃO 1097BF 521232
MIENO YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

CASA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DO CARMO

ATESTADO DE CAPACIDADE E DESEMPENHO

A ***CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DO CARMO***, CNPJ 337567680001/49, com sede na Rua Jaguaruna, N.º 105, bairro da Campo Grande, na cidade do Rio de Janeiro, aqui representado pelo seu Diretor Comercial **Dr. Fernando Boigues**, R.G. nº 5232831-8, inscrito no C.P.F. sob n.º 070886841-53, constituído de 310 leitos, distribuídos nas Clínicas Médica, Cirúrgica, Terapia intensiva, Pediatria e Unidade de Urgência e Emergência, com produção mensal de 800 atendimentos e procedimentos vem **DECLARAR** que o GRUPO FIBRA SOCIEDADE BENEFICENTE, ATUAL **INSTITUTO SOCIAL FIBRA, CNPJ** n.º CNPJ N. 02.744.384/0001-82, com sede na Avenida Brigadeiro Faria Lima, n.º 1234 – conjunto 31, São Paulo – Capital, e filial na cidade do Rio de Janeiro na Rua da Assembléia n.10 – conjunto 2619, com CNPJ da filial n. . 02.744.384/0002-63, tendo como responsável médico o Dr. Carlos Guilherme Giazzi Nassri, CRM n. 75.578, está desenvolvendo os seguintes serviços especializados de administração e gerenciamento de nossas unidades localizadas em 1)UNIDADE HOSPITALAR localizado em Campo Grande, com 197 leitos hospitalares e unidade de emergência; 2) UNIDADE HOSPITALAR localizada no Meier, com 113 leitos hospitalares e unidade de emergência. Os serviços são compostos de: Gestão hospitalar, utilizando ferramentas modernas nas principais áreas vitais das Unidades Hospitalares, Maternidade e nas Unidades de Pronto Socorro, que compreendem desde as consultas de classificação de risco, até o gerenciamento e condução clínica das salas de estabilização e emergência, bem como as salas amarela e vermelha; modernização da gestão, com o aprimoramento na assistência prestada aos usuários, dentro de padrões de qualidade; Formação continuada de diversos serviços de apoio ao Sistema Único de Saúde, destinados a complementação das ações previstas em Projetos de Gestão da contratante em sua unidades hospitalares, tendo como foco primordial a Gestão Saúde, através da implementação dos programas de educação contínua; Desenvolvimento da assistência, com a implementação dos cuidados referentes à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, nos atendimentos de urgência, emergência e eletivos de forma integrada e hierárquizada com a rede de atenção básica; Atuação de modo a prevenir conflitos de interesses entre os elementos humanos da empresa, buscando a harmonia na natural diversidade de perspectivas.

RELATÓRIOS DE DESEMPENHO:

O desempenho e os resultados auferidos do contrato fazem parte de Relatórios de Gestão que são aprovados pelos Conselhos de Administração das entidades e subsidiam as prestações de contas e seus balanços sociais.

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo Ltda.
Rua Jaguaruna, 105 - Campo Grande - Rio de Janeiro - RJ - 23080-160
Tel.: (21) 3316-2929 - Fax: (21) 2413-1930 - e-mail: ...

AUTENTICAÇÃO
18 OUT 2011
Colégio Notarial do Brasil
1097BG96 1890

CASA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DO CARMO

Os indicadores de resultados estão sendo considerados satisfatórios, alcançando as metas programadas e não há, até a presente data, nenhum registro que desabone a referida instituição parceira.

PRAZOS:
Os serviços estão sendo desenvolvidos desde 15 de março de 2000 até a presente data.
Sem mais,

São Paulo, em 11 de janeiro de 2011.

Fernando Boigues
Diretor
CRM 52.328315

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo Ltda.
Rua Jaguarúna, 105 - Campo Grande - Rio de Janeiro
Tel.: (21) 3316-2929 - Fax: (21) 2413-1930 - e-mail: [illegible]@hnsc.com.br

11º TABELIÃO
AUTENTICAÇÃO
São Paulo 16 DEZ. 2011
AUTENTICAÇÃO SOMENTE
Valor cobrado
1097BG961897

CASA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DO CARMO

ATESTADO QUANTITATIVO DE CAPACIDADE E DESEMPENHO

A CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DO CARMO. CNPJ 337567680001/49, com sede na Rua Jaguaruna, N 105, bairro de Campo Grande, na cidade do Rio de Janeiro, aqui representado pelo seu Diretor Técnico ADRIANO MARÇAL NOGUEIRA JUNIOR CRM 5247903-8, vem por meio desta, atestar que o Instituto Social Fibra, CNPJ 02744384/0001-82, com sede na Avenida Brigadeiro Faria Lima, n 1234-conjunto 31- São Paulo capital e filial na cidade do Rio de Janeiro na Rua da Assembléia 10, conjunto 2619 CNPJ filial 02744384/0002-63 realiza uma média mensal de atendimentos e procedimentos distribuídos da seguinte forma:

1. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- Média Mensal de 7500 (sete mil e quinhentos) atendimentos, incluindo desde a classificação de risco, até o gerenciamento e condução clínica da sala de estabilização e emergência, bem como as salas amarela e vermelha, segundo a padronização de Manchester.
2. ATENDIMENTOS NA UNIDADE MATERNO-INFANTIL- Média Mensal de 90 (noventa) partos distribuídos dentro dos padrões da Organização Mundial de saúde (OMS), entre e Partos Normais e Cesareanas, bem como realização de acolhimento e orientação ao Pré- natal.
3. ATENDIMENTOS NAS DIVERSAS CLÍNICAS E ENFERMARIAS HOSPITALARES, incluindo a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria, com Média Mensal de 320 internações.

Por ser verdade firmamos o presente,

Dr. Adriano M. Nogueira Jr.
Médico
CRM 52.47903-8

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2011

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo Ltda.
Rua Jaguaruna, 105 - Campo Grande - Rio de Janeiro
Tel.: (21) 3316-2929 - Fax: (21) 2413-1930 - e-mail: ...@nossasc.com.br

AUTENTICAÇÃO reprográfica conforme o original
São Paulo 16 DEZ. 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG86185

Cópia da fl 06

CASA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DO CARMO

ATESTADO QUANTITATIVO DE CAPACIDADE E DESEMPENHO

A CASA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DO CARMO, CNPJ 337567680001/49, com sede na Rua Jaguaruna, N 105, bairro de Campo Grande, na cidade do Rio de Janeiro, aqui representado pelo seu Diretor Técnico ADRIANO MARÇAL NOGUEIRA JUNIOR CRM 5247903-8, vem por meio desta, atestar que o Instituto Social Fibra, CNPJ 02744384/0001-82, com sede na Avenida Brigadeiro Faria Lima, n 1234-conjunto 31- São Paulo capital e filial na cidade do Rio de Janeiro na Rua da Assembléia 10, conjunto 2619 CNPJ filial 02744384/0002-63 realiza uma média mensal de atendimentos e procedimentos distribuídos da seguinte forma:

1. ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA- Média Mensal de 7500 (sete mil e quinhentos) atendimentos, incluindo desde a classificação de risco, até o gerenciamento e condução clínica da sala de estabilização e emergência, bem como as salas amarela e vermelha, segundo a padronização de Manchester.
2. ATENDIMENTOS NA UNIDADE MATERNO-INFANTIL- Média Mensal de 90 (noventa) partos distribuídos dentro dos padrões da Organização Mundial de saúde (OMS), entre e Partos Normais e Cesareanas, bem como realização de acolhimento e orientação ao Pré- natal.
3. ATENDIMENTOS NAS DIVERSAS CLÍNICAS E ENFERMARIAS HOSPITALARES, incluindo a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Pediatria, com Média Mensal de 320 internações.

Por ser verdade firmamos o presente,

Dr. Adriano M. Nogueira Jr.
Médico
CRM 52.47903-6

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2011

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo Ltda.
Rua Jaguaruna, 105 - Campo Grande - Rio de Janeiro - RJ - CEP 23089-160
Tel.: (21) 3316-2929 - Fax: (21) 2413-1930 - e-mail: carmo@esnsc.com.br

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a(s) fotocópia(s) a mim apresentado(s)
São Paulo, 16 DEZ. 2011
Escr. Autorizado
AUTENTICAÇÃO VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
1097BC96 1888 Conferido pelo ato R$ 2,25

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA BRANCA
PRAÇA JOAO SAMUEL DE OLIVEIRA, 26
SANTA BRANCA – SP
CEP: 12380-000
ESTADO DE SÃO PAULO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro para os devidos fins que INSTITUTO SOCIAL FIBRA, CNPJ 0274438/0001-82, prestou serviços na administração e gerenciamento na execução das ações e serviços de saúde, dos equipamentos destinados a estratégia de saúde de família e no Pronto Atendimento, por meio de contrato de gestão com o Município de Santa Branca, desde dezembro de 2009, realizando todas as atividades com sucesso.

Outrossim, declaramos que os serviços prestados estão sendo desenvolvidos com competência e dentro das especificações determinadas para o projeto.

Josane Lima Mathias
Secretária de Saúde

Santa Branca, 25 de outubro de 2010.

AUTENTICAÇÃO - Reconheço a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
AUTENTICAÇÃO
1097BH521355
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
FILIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Utilidade Pública Internacional pelo Decreto Federal, Nº 9.620 de 13/06/1912.

PROTOCOLO FLS 4824

ATESTADO DE DESEMPENHO TÉCNICO

Declaramos para os devidos fins, que o INSTITUTO SOCIAL FIBRA, CNPJ n.º 02.744.384/0001-82, sediado na Avenida Miguel Achiole da Fonseca n. 98 – Bairro de Guaianazes – São Paulo – Estado de São Paulo, está executando em parceria com esta instituição no Estado do Rio de Janeiro, através de CONTRATO DE GESTÃO, os seguintes serviços:

OBJETO:

- PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS NA FORMAÇÃO CONTINUADA DE DIVERSOS SERVIÇOS DE APOIO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, DESTINADOS A COMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES PREVISTAS EM PROJETOS DE GESTÃO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA – RIO DE JANEIRO EM CONTRATOS DE GESTÃO COM DIVERSAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, TENDO COMO FOCO PRIMORDIAL A GESTÃO SAÚDE, ATRAVÉS DA IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA;
- ATUAÇÃO NA IMPLANTAÇÃO DE GESTÃO HOSPITALAR, UTILIZANDO FERRAMENTAS MODERNAS NAS PRINCIPAIS ÁREAS VITAIS DE HOSPITAL GERAL, MATERNIDADES E EM UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO, COM O APRIMORAMENTO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS DENTRO DOS PADRÕES DE QUALIDADE, ATRAVÉS DE PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA;
- MODERNIZAÇÃO E EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS PRESTADOS À POPULAÇÃO NAS ÁREAS DE SAÚDE PELA CRUZ VERMELHA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, EM ESPECIAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, SERVIÇO DE REMOÇÃO E RESGATE, PROGRAMA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE E RECURSOS HUMANOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA, SECUNDÁRIA E HOSPITALAR;
- CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DE PESSOAL DA ÁREA DE CONTAS MÉDICAS, COM ANÁLISE DE GLOSAS, REVISÃO DE PRONTUÁRIOS, LEVANTAMENTO DE DESVIOS E DISTORÇÕES;

SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO ... presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
10 FEV 2012
AUTENTICAÇÃO
1097BA352332 - ELTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

4825

- GESTÃO HOSPITALAR COM A IMPLANTAÇÃO DE REESTRUTURAÇÃO E RECUPERAÇÃO TÉCNICO-FINANCEIRA, MODERNIZAÇÃO DA GESTÃO, USO DE FERRAMENTAS MODERNAS NAS PRINCIPAIS ÁREAS
- VITAIS DOS HOSPITAIS E UNIDADES DE SAÚDE ATENDIDAS, COM O APRIMORAMENTO NA ASSISTÊNCIA PRESTADA AOS USUÁRIOS, DENTRO DE PADRÕES DE QUALIDADE;
- DESENVOLVIMENTO DE ASSISTÊNCIA, COM A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS RELATIVOS À REDE BÁSICA DOS MUNICÍPIOS, EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO DE DOENÇAS, TRATAMENTO OOS AGRAVOS CONCERNENTES À ATENÇÃO PRIMÁRIA E GARANTIA PRIORITÁRIA DO ACESSO DA POPULAÇÃO AO SISTEMA, ATRAVÉS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA;
- DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA, COM A IMPLEMENTAÇÃO DOS CUIDADOS REFERENTES À ATENÇÃO ESPECIALIZADA, AMBULATORIAL E HOSPITALAR, NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA, EMERGÊNCIA E ELETIVOS DE FORMA INTEGRADA E HIERARQUIZADA COM A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA;
- DESENVOLVIMENTO DA GERÊNCIA CENTRAL, COM A IMPLEMENTAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.
- SUPERVISÃO DOS CUSTOS PRATICADOS NA COMPRA DE MEDICAMENTOS, MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES, EQUIPAMENTOS, MÓVEIS, UNIFORMES, MATERIAIS DE ESCRITÓRIO E INFORMÁTICA;
- SUPERVISÃO DA CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DEVIDAMENTE HABILITADOS PARA OS DEVIDOS CARGOS; SUPERVISÃO DO FATURAMENTO; AUDITORIA DA FOLHA DE PAGAMENTO E RECURSOS HUMANOS; ATUAÇÃO DE MODO A PREVENIR CONFLITOS DE INTERESSES ENTRE OS ELEMENTOS HUMANOS DA EMPRESA, BUSCANDO A HARMONIA NA NATURAL DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS.

PRAZOS:

OS SERVIÇOS ESTÃO SENDO DESENVOLVIDOS DESDE 15 DE MARÇO DE 2008, E ESTÃO PREVISTOS PARA A EXECUÇÃO EM 2 (DOIS) ANOS, PODENDO SER PRORROGADO POR MAIS 5 (CINCO) PERÍODOS.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$-2,35
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BH52439

10

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA
FILIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Utilidade Pública Internacional pelo Decreto Federal, Nº 9.620 de 13/06/1912.

PROTOCOLO ESTADUAL 4826

RELATÓRIOS DE DESEMPENHO:

OS RELATÓRIOS DE DESEMPENHO E OS RESULTADOS AUFERIDOS DO PRESENTE CONTRATO DE CO-GESTÃO, FAZEM PARTE DE RELATÓRIOS TRIMESTRAIS QUE SÃO APROVADOS PELOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO DAS ENTIDADES E SUBSIDIAM AS PRESTAÇÕES DE CONTAS E OS BALANÇOS SOCIAIS.

OS INDICADORES DE RESULTADOS ESTÃO SENDO CONSIDERADOS SATISFATÓRIOS, ALCANÇANDO AS METAS PROGRAMADAS E NÃO HÁ, ATÉ A PRESENTE DATA, NENHUM REGISTRO QUE DESABONE A REFERIDA INSTITUIÇÃO PARCEIRA.

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2008.

CRUZ VERMELHA BBRASILEIRA
Raul Luis Alberto L. Sampaio
Presidente da Cruz Vermelha Brasileira
Filial do Estado do Rio de Janeiro
FILIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Cartorio do 3o Oficio de Notas - Rua do Carmo 62 - Centro
Reconheco a(s) firma(s) por SEMELHANCA:
LUIZ ALBERTO LEMOS SAMPAIO
Rio de Janeiro - RJ, 29/10/09 Total:R$4,77 Recolhim.:R$3,72
Em test. _____ da verdade. Conf. por: _____
MARCOS DE CARVALHO TORRES RODRIGUES

3.º OFÍCIO DE NOTAS
Rua do Carmo, 62 - Centro/RJ
CONFERIDO POR
Sergio Luiz Fernandes
Escrevente / CP-23 439

3.º OFÍCIO DE NOTAS
Rua do Carmo, 62-Centro/RJ
Marcos de C. Torres Rodrigues
Substituto da Tabelia

SELO DE FISCALIZAÇÃO
SDX25474 - CONFERIDO POR SERGIO LUIZ FERNANDES - CP-23 439

11º TABELIONATO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica que confirma o original a mim apresentado.
03 FEV. 2012
Selo de Autenticidade
1097BH521334
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDONÇA

GABINETE DO PREFEITO

4827

ATESTADO DE DESEMPENHO TÉCNICO

Declaramos para os devidos fins, que o INSTITUTO SOCIAL FIBRA, CNPJ n. 02.744.384/0001-82, sediado na Avenida Miguel Achiole da Fonseca n. 98 – Bairro de Guaianazes – São Paulo – Estado de São Paulo, executou para essa prefeitura, através de CONTRATO DE GESTÃO, o seguinte serviço:

OBJETO: Gestão de Pessoal e de Serviços junto à SECRETARIA DA SAÚDE.

LOCAL:- Secretaria Municipal de Saúde de Mendonça, São Paulo.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: Fornecimento, capacitação e treinamento de pessoal da área de contas médicas, levantamento de problemas funcionais, e demais atividades constantes do Contrato entre as partes.

PRAZO CONTRATUAL: 90 (noventa) dias.

O serviço foi executado dentro da melhor técnica, devidamente atestado pelos profissionais coordenadores da Secretaria de Saúde do Município, não havendo nada que desabone sua atuação.

São Paulo, 13 de abril de 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MENDONÇA

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV 2012
AUTENTICAÇÃO - MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
1097BH521359

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE ERSA - 5

PROTOCOLO 4820

ATESTADO DE DESEMPENHO E ATIVIDADE SOCIAL

Declaramos para os devidos fins, que o GRUPO FIBRA SOCIEDADE BENEFICENTE, CNPJ n. 02.744.384/000-82, sediada a Rua Antonio Silvestre Ferreira, n. 20 - Bairro de Guaianazes Sao Paulo - Estado de Sao Paulo, participou da Campanha de Vacinacao efetuada por esta Secretaria de Estado da Saude - ERSA-5, com desempenho atraves do fornecimento de equipe multidisciplinar de saude, voluntariada, conforme o abaixo esquadrinhado:

OBJETO: CAMPANHA DE VACINACAO ANO 2000

LOCAL : REGIAO METROPOLITANA DA CIDADE DE SAO PAULO

DESEMPENHO: DIVULGACAO, ORGANIZACAO, ARREGIMENTACAO, TRANSPORTE, VACINACAO E ACOMPANHAMENTO DE REACOES POS VACINA.

Os servicos foram executados dentro da melhor tecnica, devidamente atestados pelos profissionais da Secretaria, nao havendo nada que desabone sua atuacao.

Solicitamos ainda, a esta entidade, que transmita o nosso voto de agradecimento e aplauso a todos os funcionarios e profissionais envolvidos no evento.

Sao Paulo, 21 de agosto de 2000.

Diretoria Regional
ERSA-5.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado.
03 FEV. 2012
AUTENTICAÇÃO
1097B152135
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

EM BRANCO

CARTÓRIO DO 11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO

INSTITUTO DOS LAGOS - RIO
O.S. – ORGANIZAÇÃO SOCIAL
CNPJ N.º 07.813.739/0001-61

PROTOCOLO
FLS NO 4829

ATESTADO DE GESTÃO EM SAÚDE

Declaramos para os devidos fins, que o **GRUPO FIBRA SOCIEDADE BENEFICENTE**, CNPJ n. 02.744.384/0001-82, sediado na Rua Antônio Silvestre Ferreira n. 20 - Bairro de Guaianazes - São Paulo - Estado de São Paulo, está executando em parceria com esta instituição, o **CONTRATO DE GESTÃO EM SAÚDE** no município de Trajano de Moraes - Estado do Rio de Janeiro, tendo como subsídio técnico para a gestão e o planejamento das unidades de pronto atendimento e hospitalar, a Portaria MS/GM nº. 1101/02, "Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais da SES/SP; Ofício OSS/SES n. 017/01; Manual PROAHSA, Dados da SES/RJ, Datassus entre outros", e os seguintes objetivos:

- Contrato de Gestão de Saúde em unidades de pronto atendimento, Hospital/Maternidade com 42 leitos e de postos de saúde, visando o gerenciamento dos negócios e o fornecimento de mão-de-obra, devidamente capacitada, para a Secretaria Municipal da Saúde de Trajano de Moraes, composto de capacitação de recursos humanos para procedimentos gerenciais; implantação de métodos de gestão hospitalar, com desenvolvimento e treinamento em modernas técnicas de planejamento, programação, controle e avaliação, incluindo a qualidade total e acreditação empresarial; fornecimento do embasamento teórico e prático referente aos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao melhor desempenho das atividades executadas nas áreas gerenciais; Identificação e analise dos problemas encontrados no processo de rotina das atividades administrativas da as[ude municipal; Implantação de competências e técnicas gerenciais contemporâneas que permitiram identificar e apresentar soluções aos problemas fundamentais na administração da saúde do município; Implantação de novas metodologias para a definição de estratégia na Gestão de Saúde do Município e das unidades hospitalares, a saber: bases e métodos quantitativos em saúde do município, informática hospitalar, organização de unidade de pronto atendimento e hospitalar, gestão financeira e orçamentária, gestão de recursos humanos, administração de material e patrimônio, custos hospitalares, hotelaria hospitalar, gestão de serviços de higienização em unidades de saúde do município, gestão de farmácia,

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
TABELIÃO PAULO AUGUSTO RODRIGUES DE A. TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
09 FEV. 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BA52128
WILTON YOSHIO SATO - Esc. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

PROTOCOLO
FLS Nº 4830

gestão de serviços de nutrição e dietética, serviços laboratoriais e exames clínicos, gerenciamento do serviço de documentação de unidade hospitalar, implementação de processos da mudança organizacional nas unidades de saúde municipal, auditoria em saúde, ouvidoria da saúde municipal e nas unidades hospitalares, gestão ambiental nas unidades de saúde do município, implementação da humanização no atendimento em saúde da municipalidade, logística operacional das unidades de saúde do município, implementação de controle dó uso e das tecnologias em equipamentos hospitalares, criação das comissões nas unidades hospitalares: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - Baseada na Portaria GM/MS n. º 2.616, de 12/05/98, para elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão de Ética Médica - Baseada na Resolução CREMESP n. º 83/98, para normalizar e fiscalizar o desempenho ético dentro da instituição, atuando como controlador de qualidade das condições de trabalho na instituição, Comissão de Prontuários - Baseada na Resolução CREMESP n. º 70/95, com a criação de Comissão de Revisão de Prontuário Médico nas Unidades de Saúde, onde se presta Assistência Médica e Comissão de Óbito - Baseada no Decreto n. º 9.920, de 20/04/77.

- Desenvolvimento da assistência, para implementar os cuidados relativos à Rede Básica do município de Trajano de Moraes, em todos os níveis de atenção primária: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento dos agravos concernentes à atenção primária e garantia prioritária do acesso de população ao sistema, através das Unidades de Saúde de Família.

Os trabalhos também contemplam o gerenciamento de informações ao dos bancos de dados do SUS, ou seja: SIM, SINASC, SISVAM, SISPRENATAL etc., assim como o preenchimento das fichas individuais de notificação e a individual de investigação, bem como informar ao gestor - Prefeitura Municipal de Trajano de Moraes, sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou referenciados para o atendimento.

Declaramos ainda que os serviços estão sendo executados a contento e não há nada que desabone a referida instituição.

Rio de Janeiro, em 12 de novembro de 2006.

INSTITUTO DOS LAGOS RIO

11º TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO F... GUES CRUZ TABELIÃO
R. Domingos de Moraes, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
MILTON YOSHIO SATO - Esc. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BH52-1294

Atestado a fls. 01

PODER EXECUTIVO
Estado do Rio de Janeiro
MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS
PROCURADORIA GERAL

TERESÓPOLIS

FLS NO 1283

CONTRATO DE GESTÃO 026.03.2011

CONTRATO que entre si celebram **O MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS,** por intermédio da **Secretaria Municipal de Saúde** e a instituição denominada **INSTITUTO SOCIAL FIBRA, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA TERESÓPOLIS,** na forma abaixo:

Pelo presente Instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS**, por intermédio da **Secretaria Municipal de Saúde**, neste ato representado pela Sra. SDLANGE ISABEL DAS GRAÇAS CIRICD CDSTA, brasileira, casada, Secretária Municipal de Saúde, portadora da Cart. de Identidade nº 5.149.076 exp. pelo IFP/RJ e do C.P.F. nº 036.214.427-31, residente e domiciliada na Rua Pache de Faria, nº 325 – São Pedro - Teresópolis – RJ, doravante denominado **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, CNPJ nº 02.744.384/0001-82, com sede na Av. Brigadeiro Faria Lima, nº 1.234, Conjunto 31, Pinheiros, São Paulo – SP – Cep. nº 01.451-914, neste ato representado por seu Diretor Presidente, o Sr. LUIZ FERNANDD GIAZZI NASSRI, brasileiro, casado, cirurgião dentista, portador da carteira de identidade RG nº. 11.888.818 e do CPF/MF sob o nº 065.559.838-33, residente e domiciliado na Rua José Rotta, nº 115, Real Parque, CEP nº 08.790-420, Mogi das Cruzes – SP, por seu Diretor Financeiro, o Sr. DAVID GRDSSMANN, brasileiro, casado, economista, portador da carteira de identidade RG nº. 8.978.866-7 e do CPF/MF sob o nº 003.837.028-01, residente e domiciliado na Alameda Sidney, nº 256 Tamboré II, CEP nº 06.543-185, São Paulo – SP e por sua Diretora Administrativa, a Srs. MDNICA SANTOS FERREIRA, brasileiro, solteira, gestora de petróleo e gás, portadora da carteira de identidade RG nº. 08.312.227-5 IEP e do CPF/MF sob o nº 651.219.886-72, residente e domiciliada na Rua Dr. Chico Belo, nº 36, Centro, CEP nº 36.855-000, Eugenópolis/MG, doravante denominado **CONTRATADA**, devidamente qualificado como organização social através do Decreto Municipal nº 3.977 de 17 de dezembro de 2010, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, bem como a Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, no que couber, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Unidade de Pronto Atendimento – UPA Teresópolis, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO
1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização, apoio e execução pela **CONTRATADA**, de atividades e serviços de saúde no âmbito das Urgências e Emergências na **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) TERESÓPOLIS**, em conformidade com projeto básico, plano de trabalho, cronograma de execução e

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG843130

1º TABELIÃO DE NOTAS / SÃO PAULO
R. Domingos de Morais, 1032 - SP - T.: 5083-0755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 05 DEZ. 2011
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

15

FLS Nº 16

desembolso, fiscalização e avaliação da metas e Termo de Permissão de Uso que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:
1.1.1 A execução do presente contrato dar-se-á pela **CONTRATADA**, desde que observadas todas as condições propostas pelo Edital e a Proposta Técnica e Econômica da **CONTRATADA**.
a) Passará a ser gerida de imediato pela **CONTRATAOA** a seguinte unidade de saúde:

Classificação da Unidade - Unidade de Pronto Atendimento – UPA TERESÓPOLIS; TIPO I - Serviço a ser Oferecido – Pronto Atendimento

PARÁGRAFO ÚNICO
Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO,** as partes estabelecem:
I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.
II. Que a **CONTRATAOA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO OE GESTÃO** com a **CONTRATANTE.**
CLÁUSULA SEGUNOA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIOAOES DA CONTRATAOA.
São da responsabilidade da **CONTRATAOA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:
1) Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Projeto Básico e Anexos de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO OE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:
I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;
II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;
III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
IV - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
V - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
VII - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização
pelo usuário;
VIII – fomento dos meios para participação da comunidade;
IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.
1.1) Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:
I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
II – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;
III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na realização de procedimentos de médicos, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado.
São Paulo, 05 DEZ. 2011
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG84312

16

V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;
VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
VII – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;
VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;
2) Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento 3.1, nos termos do Anexo B, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;
3) Apoiar e integrar o complexo regulador da SMSDC/RJ;
4) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.
5) Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.
6) Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os pacientes, por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, e também responsabilizar-se por eventuais danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.
7) Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.
8) Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;
9) Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;
10) Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso que deverão definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;
10.1) A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.
10.2) O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.
10.3) A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.
10.4) Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;
11) Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município de Teresópolis - hipótese em que a **CONTRATADA** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.
12) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde, respeitando a carga horária semanal praticada nas unidades de saúde da prefeitura, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;
13) Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;

17

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica anteriormente original a mim apresentado.
05 DEZ. 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG84212
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

13.1) No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;
14) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público.
15) Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.
15.1) Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município de Teresópolis no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.
15.2) A retenção prevista no item 15.1 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.
15.3) A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA**.
15.4) Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 15.3 o **CONTRATANTE** efetuará a transferência devida nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.
15.5) Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.
15.6) Excepcionalmente o valor retido conforme item 15.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.
16) Abrir conta corrente bancária específica no banco a ser indicado pela Secretaria Municipal de Fazenda para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à Subsecretaria de Atenção Hospitalar Urgência e Emergências à **CONTRATANTE**.
17) Comprometer-se a manter como dirigente deste **CONTRATO DE GESTÃO** profissional com a qualificação mencionada no Edital.
18) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).
19) Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.
20) Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores pré-determinados da SMSDC/RJ que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SMSDC/RJ.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 05 DEZ. 2011
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG84313

18

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:
1) Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;
2) Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, fazendo o repasse mensal nos termos da contratação, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;
3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;
4) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso.
4.1) Para a formalização do termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;
5) Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, desde que haja manifestação de vontade por parte desses, mediante autorização governamental e observando-se o interesse público;
6) Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da **CONTRATADA** para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;
7) Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão de Avaliação e Fiscalização, com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação e Fiscalização será criada de conformidade com o disposto no artigo 23 da Lei Municipal nº 2.949/2010 e procederá à avaliação mensal do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário Municipal de Saúde, em meio digital.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação e Fiscalização referida nesta cláusula deverá elaborar relatório mensal, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a **CONTRATANTE**, nos termos do art. 29 do Decreto municipal nº 3.950/2010.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente **CONTRATO DE GESTÃO** será de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura, renovável na forma do artigo 57, II da lei Federal de licitações.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência do **CONTRATO DE GESTÃO** não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA** os valores de R$ 8.456.922,60 (oito milhões, quatrocentos e cinquenta e seis mil novecentos e vinte e dois Reais e sessenta centavos), definidos no Anexo Técnico III – Transferência de Recursos Orçamentários, onerando recursos da dotação orçamentária para o ano de 2011, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos repassados à **CONTRATADA** poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam seguros, sem riscos para o

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
05 DEZ. 2011
Colégio Notarial do Brasil
Estado de São Paulo
AUTENTICAÇÃO
1097BG82
SULTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

patrimônio e revertidos, exclusivamente, nos objetivos do presente **CONTRATO DE GESTÃO.**

PARÁGRAFO SEGUNDO

Fica facultado ao **CONTRATANTE** como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento à contratada de eventuais valores não utilizados, na forma do artigo 31 § único do Decreto Municipal nº 3.950/2010 ou que a contratada aplique na expansão ou melhoramento das metas pactuadas. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **CONTRATADA** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO QUINTO

Os recursos financeiros objeto do presente contrato correrão a conta das seguintes dotações orçamentárias: **Unidade** nº. 02.12 – Fundo Municipal de Saúde – Funcional: 10.302.0012 – Atenção Média e Alta Complexidade – Projeto/Atividade: 2.195 – Implantação, manutenção e Modernização das Unidades Secundárias e Terciárias – Elemento: 3.3.90.39.07.00.00.00.0143 – Outros Serviços de Terceiros – Cód. Detalham.: 0 – Sem detalhamento das destinações de recursos - Código reduzido: 005085 - Nota de Empenho nº. 00.128/11, emitida em 01/02/2011; **Unidade** nº. 02.12 – Fundo Municipal de Saúde – Funcional: 10.302.0012 – Atenção Média e Alta Complexidade – Projeto/Atividade: 2.195 – Implantação, manutenção e Modernização das Unidades Secundárias e Terciárias – Elemento: 3.3.90.39.07.00.00.00.000 – Outros Serviços de Terceiros – Cód. Detalham.: 0 – Sem detalhamento das destinações de recursos - Código reduzido: 005083 - Nota de Empenho nº. 00.129/11, emitida em 01/02/2011;

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As transferências de recursos orçamentários, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, encontram-se definidos no Anexo ao Edital – Transferência de Recursos Orçamentários.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A parcela correspondente ao mês 01 do cronograma de desembolso será creditada como 1º (primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que irão conter a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração do presente **CONTRATO DE GESTÃO,** bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde, após parecer fundamentado da Comissão de Avaliação e Fiscalização.

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os anexos que compõem este **CONTRATO DE GESTÃO,** em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original e mim apresentado.
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
05 DEZ. 2011
1097BG843154
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

19-PA

contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contração.

PARÁGRAFO TERCEIRO - À **CONTRATANTE** será permitida a alteração do **CONTRATO DE GESTÃO** para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA NONA - RESCISÃO

A rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à Organização Social direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A rescisão se dará por ato do titular da **CONTRATANTE**, após manifestação da Comissão de Avaliação e Fiscalização e da Procuradoria Geral do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**.

PARÁGRAFO QUARTO

O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** ficará condicionado (i) à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso, ou (ii) à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como por exemplo, as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

PARÁGRAFO QUINTO

Em caso de rescisão amigável, por conveniência da Administração, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário Municipal de Saúde, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I) Advertência;

II) Multa, no valor compreendido entre 2 e 5% (dois e cinco por cento) do valor mensal de repasse, a ser estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação municipal;

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 05 DEZ. 2011
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG8

III) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por
prazo não superior a 02 (dois) anos;
IV) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.
V) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município de Teresópolis.

PARÁGRAFO PRIMEIRO
A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO SEGUNDO
As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta ciáusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO
Da data de publicação da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO
O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências devidas em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO
A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS
O presente **CONTRATO DE GESTÃO** se regerá ainda pelas seguintes disposições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO
Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO
Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO TERCEIRO
A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO QUARTO
Fica vedada a cessão total ou parcial do referido **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA – DA GARANTIA
A garantia prestada conforme item 14.1 do ato convocatório é parte integrante deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DA PUBLICAÇÃO
O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado às expensas do **CONTRATANTE** no jornal que publica as matérias Oficiais do Município, no prazo até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA - DO FORO

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado.
05 DEZ. 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG84319
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
SOLVENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

Fica eleito o Foro da Comarca de Teresópolis, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.
E, por estarem justas as **CONTRATANTE**S, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 06 (seis) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.
Teresópolis, 16 de Fevereiro de 2011.

SOLANGE ISABEL DAS GRAÇAS CIRICO COSTA
= Secretária Municipal de Saúde =

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
Luiz Fernando Giazzi Nassri
Diretor Presidente

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
David Grossmann
Diretor Financeiro

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
Monica Santos Ferreira
Diretora Administrativa

TESTEMUNHAS:
1 - _____
2 - _____

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia fotográfica conforme o original a mim apresentado.
05 DEZ. 2011
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

Colégio Notarial do Brasil
São Paulo
AUTENTICAÇÃO
1097BG843140

INSTITUTO SOCIAL
FIBRA

P. M. T.
Dep. Licitação
Fls. 911

4840

3090/10

911

ANEXO IV
PROPOSTA COMERCIAL

Tabela 22

Descrição	Valor Mensal (R$)	Valor para 12 meses (R$)
Limpeza	R$ 5.500,00	R$ 66.000,00
Vigilância	R$ 3.800,00	R$ 45.600,00
Alimentação	R$ 20.000,00	R$ 240.000,00
Coleta e Transporte de resíduos	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
Tratamento de resíduos	R$ 2.800,00	R$ 33.600,00
Engenharia Clínica	R$ 5.500,00	R$ 66.000,00
Esterilização	R$ 2.500,00	R$ 30.000,00
Lavanderia	R$ 15.000,00	R$ 180.000,00
Conforto Ambiental	R$ 3.800,00	R$ 45.600,00
Papelaria e impressos	R$ 3.000,00	R$ 36.000,00
Manutenções diversas	R$ 4.500,00	R$ 54.000,00
Operação câmara escura	R$ 0,00	R$ 0,00
Gases medicinais (usina concentradora de oxigênio faz parte do equipamento da UPA 24 h)	R$ 0,00	R$ 0,00
Recursos Humanos	R$ 440.243,55	R$ 5.282.922,60
Salários (sem encargos)	R$ 364.929,78	R$ 4.379.157,36
Encargos/Benefícios/Verbas rescisórias	R$ 75.313,77	R$ 903.765,24
Uniformes	R$ 2.800,00	R$ 33.600,00
Transporte/Remoções	R$ 0,00	R$ 0,00
Medicina do Trabalho	R$ 1.500,00	R$ 18.000,00
Treinamento	R$ 5.000,00	R$ 60.000,00
Contabilidade	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
Exames laboratoriais	R$ 0,00	R$ 0,00
Exames de imagem	R$ 0,00	R$ 0,00
Medicamentos	R$ 110.000,00	R$ 1.320.000,00
Material Médico e Insumos	R$ 29.000,00	R$ 348.000,00
Energia Elétrica	R$ 0,00	R$ 0,00
Água e Esgoto	R$ 3.500,00	R$ 42.000,00
Gás	R$ 0,00	R$ 0,00
Seguros	R$ 4.000,00	R$ 48.000,00
Outros	R$ 35.800,00	R$ 429.600,00
	VALOR TOTAL MENSAL	VALOR TOTAL DO CONTRATO
TOTAIS	R$ 704.743,55	R$ 8.456.922,60

29/11/2011

23

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

CONTRATO DE GESTÃO

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM a Prefeitura Municipal de Arujá - SP, e o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA** QUALIFICADA COMO **ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE,** PARA REGULAMENTAR O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, NO MUNICÍPIO DE ARUJÁ.

Pelo presente instrumento, de um lado a Prefeitura Municipal de Arujá, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, Sr. Abel José Larini, portador da Cédula de Identidade RG nº 4.529.201, CPF nº 492.427.768-15 doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, com CNPJ/MF nº 02.744.384/0001-82, com endereço à Av. Brigadeiro Faria Lima, 1234, conj. 31 e com estatuto arquivado no 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos sob nº 607053, do Registro Civil de Pessoas Jurídicas de São Paulo, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Sr. Luis Fernando Giazzi Nassri, RG nº 11.888.818, C.P.F. nº 065.559.838-33, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009, e considerando a declaração de dispensa de licitação inserida nos autos do Processo nº 176.653/2010, fundamentada no § único, do artigo 15º, da Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009, combinado com o artigo 26, da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e alterações posteriores, e ainda em conformidade com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde-SUS, estabelecidos na Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90 , com fundamento na Constituição Federal, em especial no seu artigo 196 e seguintes, e na Constituição do Estado de São Paulo, em especial o seu artigo 218 e seguintes, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** referente ao gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no **Hospital Maternidade Dalila Ferreira Barbosa em conjunto com o Pronto Atendimento Municipal de Arujá, e o Pronto Atendimento Municipal Parque Rodrigo Barreto**, cujo uso fica permitido pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

DO OBJETO

1- O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização da gestão e execução, pela **CONTRATADA**, das atividades e serviços de saúde no Hospital Matemidade Dalila Ferreira Barbosa em conjunto com o Pronto Atendimento Municipal de Arujá e o Pronto Atendimento Municipal Parque Rodrigo Barreto em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento.

2- o objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e qualidade requeridas.

3- Fazem parte integrante deste **CONTRATO**:

a) o Anexo Técnico I - Descrição de Serviços

b) o Anexo Técnico II - Sistema de Pagamento

c) o Anexo Técnico III - Indicadores de Qualidade

d) o Anexo Técnico IV – Equipamentos

Endereço Rua José Basílio Alvarenga, n.º 90 - Vila Flora Regina – Arujá - SP – CEP. 07400-000 – Fone (0 11) 4652-8600 – Fax (0 11) 4655-3634

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
DEL. PAULO AUGUSTO F. RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
Rua Domingos de Morais, 1072 - S.P. - Fone: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica, conforme o original a mim apresentado.
São Paulo, 03 FEV. 2012
MILTON YUSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
1097BH52145 Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

FLS 4842 PMC

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

CLÁUSULA SEGUNDA

OBRIGAÇÕES e RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à **CONTRATADA**, além das obrigações constantes das especificações técnicas nos Anexos e daquelas estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual que regem a presente contratação, as seguintes:

1- Prestar os serviços de saúde que estão especificados no Anexo Técnico I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste contrato;

2- Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido;

3- Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência;

4- Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de permissão de uso, de que trata a Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

4.1- A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor);

5- Restituir, em caso de desqualificação, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

6- Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

6.1- A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009;

6.2- Comunicar à instância responsável da **CONTRATANTE** todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

7- Transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social de Saúde, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde no **Hospital Maternidade Dalila Ferreira Barbosa em conjunto com o Pronto Atendimento Municipal de Arujá, e o Pronto Atendimento Municipal Parque Rodrigo Barreto** cujo uso lhe fora permitido;

8- Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto na Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009;

Endereço Rua José Basílio Alvarenga, nº 90 – Vila Flora Regina – Arujá – SP – CEP: 07400-000 – Fone: (11) 4653-9834

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO
São Paulo, 03 FEV. 2012
HILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35
1097BH52 1459

PROTOCOLO 4843 FUNC

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

9- Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

10- Instalar no **Hospital Maternidade Dalila Ferreira Barbosa** em conjunto com o **Pronto Atendimento Municipal de Arujá**, e o **Pronto Atendimento Municipal Parque Rodrigo Barreto**, cujo uso lhe fora permitido, "Serviço de Atendimento ao Usuário", devendo encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;

11- Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados; bem como realizando as revisões periódicas e manutenções da edificação e seus equipamentos;

12- Em se tratando de serviço de hospitalização informar, diariamente, à **CONTRATANTE**, o número de vagas disponíveis, a fim de manter atualizado o serviço de atendimento da "Central de Vagas do SUS" (plantão controlador), bem como indicar, em lugar visível do estabelecimento hospitalar, o número de vagas existentes no dia;

13- Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe fora permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social de Saúde";

14- Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

15- Manter sempre atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;

16- Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

17- Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;

18- Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde, e de gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

19- Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato.

20- Em se tratando de serviço de hospitalização, permitir a visita ao paciente internado, diariamente, respeitando-se a rotina do serviço, por período mínimo de 02 (duas) horas;

21- Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

22- Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

23- Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;

11º TABELIÃO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica por ser fiel ao original que me foi apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
HILTON YOSHIO OKUNO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35
Colégio Notarial do Brasil
1097BH52144

PROTOCOLO SEC. 4844

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

24- Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

25- Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento:

* Comissão de Prontuário Médico;

* Comissão de Óbitos;

* Comissões de Ética Médica e de Controle de Infecção Hospitalar;

26- Fornecer ao paciente atendido, por ocasião de sua saída, seja no Ambulatório, Pronto-Socorro ou Unidade Hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento prestado, denominado "**INFORME DE ATENDIMENTO**", do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

1- Nome do paciente

2- Nome da Unidade de atendimento

3- Localização do Serviço/Hospital (endereço, município, estado)

4- Motivo do atendimento (CID-10)

5- Data de admissão e data da alta (em caso de internação)

6- Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso

26.1- O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

27- Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda via do relatório a que se refere o item 26 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

28- Em se tratando de serviço de hospitalização assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral para crianças, adolescentes e idosos, com direito a alojamento e alimentação.

29- Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde a 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio das respectivas unidades.

30- A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde não poderão exceder os níveis de remuneração praticada na rede privada de saúde, observando-se a média de valores de, pelo menos 03 (três) instituições da mesma modalidade de gestão e semelhante complexidade dos hospitais sob gestão das Organizações Sociais de Saúde, remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

11º TABELIÃO DE NOTAS DE SÃO PAULO
TABEL. PAULO AUGUSTO FONSECA CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1060 - 1º - F.: 5085-5155
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica de espécie de fazer fé, em apresentado, do que dou fé.
03 FEV. 2012
MILTON YASUO SATO - Escr. Autorizado
1097BH52191 VERIFIQUE O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

CLÁUSULA TERCEIRA

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para a execução dos serviços objeto do presente contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Prover a **CONTRATADA** dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;

2- Programar no orçamento do Município, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual, de acordo com o sistema de pagamento previsto no Anexo Técnico II;

3- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela **CONTRATADA**;

4- Inventariar e avaliar os bens referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente à formalização dos termos de permissão de uso;

5- Promover, mediante autorização governamental, observado o interesse público, o afastamento de servidores públicos para terem exercício na Organização Social de Saúde, conforme o disposto na Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009;

6- Analisar, sempre que necessário e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual.

CLÁUSULA QUARTA

DA AVALIAÇÃO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão, constituída pelo Prefeito Municipal em conformidade com o disposto no artigo 23º e seus parágrafos e incisos da Lei Municipal nº 2251 de 21 de agosto de 2009, procederá a verificação trimestral do desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Organização Social de Saúde com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a **CONTRATADA**, restringir-se-á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável da **CONTRATANTE** e encaminhados aos membros da Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão em tempo hábil para a realização da avaliação trimestral.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
DR. PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1052 - SP - Fone: 5575-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conferindo o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BH52044
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo selo R$ 2,35

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

PARÁGRAFO SEGUNDO

A Comissão de Avaliação da Execução dos Contratos de Gestão referida nesta cláusula, deverá elaborar relatório anual conclusivo, sobre a avaliação do desempenho científico e técnico da **CONTRATADA.**

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados a Secretaria Municipal de Saúde para subsidiar a decisão do Prefeito Municipal acerca da manutenção da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA

DO ACOMPANHAMENTO

A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pela Secretaria Municipal de Saúde, através do disposto neste Contrato e seus Anexos e dos instrumentos por ele definidos.

CLÁUSULA SEXTA

DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual ou inferior período até o limite de 60 (sessenta) meses tendo por termo inicial a data da Ordem de Serviço emitida pela Secretaria Municipal de Saúde e os serviços serão iniciados a partir da emissão da Ordem de Serviço.

PARÁGRAFO ÚNICO

O prazo de vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime a **CONTRATANTE** da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste contrato.

CLÁUSULA SÉTIMA

DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, como especificados no ANEXO TÉCNICO I - Descrição de Serviços, a **CONTRATANTE** repassará à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento, bem como no Anexo Técnico II Sistema de Pagamento, a importância global estimada de R$11.290.095,24 (onze milhões, duzentos e noventa mil, noventa e cinco reais e vinte e quatro centavos), sendo que nas três primeiras parcelas será acrescido 10% do valor da parcela, para aquisição de equipamentos obedecendo ao disposto no Anexo Técnico IV.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
TABELIÃO PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia
Colégio Notarial do Brasil
03 FEV. 2012
1097BH52113
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Do montante global mencionado no "caput" desta cláusula, o valor de R$ 7.526.730,16 (sete milhões, quinhentos e vinte e seis mil, setecentos e trinta reais e dezesseis centavos) correspondente a este exercício financeiro, onerará a rubrica 02.06.02 10.302 0045 2145 3.3.90.39, 02.06.02 10.302 0055 2149 3.3.90.39, 02.06.02 10.302 0048 2147 3.3.90.39, 02.06.02.302 0144 2225 3.3.90.39, no item Fundo Municipal de Saúde, no exercício de 2011 cujo repasse dar-se-á na modalidade **CONTRATO DE GESTÃO**, conforme instrução **TCESP nº 02/2008.**

PARÁGRAFO SEGUNDO

O valor restante correrá por conta dos recursos consignados nas respectivas leis orçamentárias, dos exercícios subseqüentes.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste **CONTRATO DE GESTÃO.**

PARÁGRAFO QUARTO

Os recursos financeiros para a execução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA** poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social de Saúde e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais, desde que haja prévia autorização da **CONTRATANTE**.

PARÁGRAFO QUINTO

A **CONTRATADA** deverá movimentar os recursos que lhe forem repassados pela **CONTRATANTE** em conta corrente específica e exclusiva, de modo a que não sejam confundidos com os recursos próprios da **OS CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEXTO

Anualmente os valores pactuados neste contrato serão obrigatoriamente revistos pela **CONTRATANTE**, utilizando como base para o reajuste o percentual acumulado que for apurado pelo IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado) no período

CLÁUSULA OITAVA

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

No primeiro ano de vigência do presente contrato, o somatório dos valores a serem repassados fica estimado em R$ 11.290.095,24 (onze milhões, duzentos e noventa mil, noventa e cinco reais e vinte e quatro centavos), sendo que a transferência à **CONTRATADA** será efetivada mediante a liberação de 12 (doze) parcelas.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO F. RODRIGUES CAMPOS - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1652 - SP - Fone: 5575-5755
AUTENTICAÇÃO - Autorizo a reprodução reprográfica deste documento. Apresente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 03 FEV. 2012
1097BH52469
MIZONYOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A 1ª parcela será paga em até 05 dias da data da assinatura da Ordem de Serviço e as demais no dia correspondente dos meses subseqüentes.

CLÁUSULA NONA

DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Prefeito Municipal, devendo ser respeitado o limite máximo de 25% do valor atualizado do contrato.

CLAUSULA DECIMA

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Deverão ser protocolados até o dia 31 de janeiro do exercício seguinte à transferência dos recursos realizados, no Setor de Protocolo da Prefeitura Municipal, os documentos, exigidos na Seção VIII a Instrução Normativa nº02/2008 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo a titulo de Prestação de Contas, no caso de inadimplência, implicará na suspensão dos repasses.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

DA RESCISÃO

A rescisão do presente Contrato obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará a imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATANTE**, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da **CONTRATADA**, o Município de Arujá arcará com os custos relativos a dispensa do pessoal contratado pela Organização para execução do objeto deste contrato, independentemente de indenização a que a **CONTRATADA** faça jus.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1002 - SP - F. 5085-5755
Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) cópia(s) reprográfica(s) conforme o original a mim apresentado.
Cartório Nacional do Brasil
03 FEV. 2012
AUTENTICAÇÃO
1097BH52157
Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

**Endereço: Rua José Basílio Alvarenga, n.º 90 – Vila Flora Regina – Arujá – SP – CEP. 07400-000 – Fone/Fax (11) 4655-9000

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

PARÁGRAFO TERCEIRO

Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATADA, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato.

PARÁGRAFO QUARTO

A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA

DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 81, 86, 87 e 88 Lei federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º do artigo 7º da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

PARÁGRAFO TERCEIRO

Da aplicação das penalidades a **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Prefeito Municipal.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
DR. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
Av. Domingos de Morais, 1052 - SP - Fone: 5085-5755
AUTENTICO a presente cópia reprográfica conforme o original que me foi apresentado.
São Paulo, 03 FEV. 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BH52141G
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo selo R$ 2,35

FLS Nº 48/50

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

PARÁGRAFO QUARTO

Será aplicada multa de 10% (dez por cento) do valor mensal do contrato, com prévia notificação à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado do pagamento devido em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a **CONTRATANTE** exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA

DISPOSIÇÕES FINAIS

1- É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

2- Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente Contrato, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS- Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

3- Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de rerratificação ao presente contrato.

4- a **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Diretor do Departamento de Saúde e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUARTA

DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado no D.O.E. , no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA-QUINTA

DO FORO

Fica eleito o Foro do Município de Arujá, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

33

Endereço Rua José Bastos Alvarenga, nº 90 – Vila Flora Regina – Arujá – SP – CEP. 07400-000 – Fone (11) 4653-0600

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CESAR - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1052 - S... - F... 5585-5755
Autorizo a reprodução da presente cópia reprográfica conforme o original que me foi apresentado, do que dou fé.
03 FEV. 2012

Colégio Notarial do Brasil
Seção São Paulo
AUTENTICAÇÃO
1097BH52141454
MILENA YOSHIO SAITO - Autorizado
SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato: R$ 2,85

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARUJÁ

ESTADO DE SÃO PAULO

PROTOCOLO / SES
RS 4951
FUMIC

CONTRATO Nº 2.222 DE 11 DE ABRIL DE 2011

E, por estarem justas e contratadas, assinam o presente contrato em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Prefeitura Municipal de Arujá, 11 de abril de 2011.

CONTRATANTE
Abel José Larin
Prefeito

CONTRATADA
Luis Fernando Giazzi Nassri
Presidente

Dagmar Barbosa Corato
Secretária Municipal de Saúde e Higiene

Testemunhas:

1)
Nome:
RG:

2)
Nome:
RG:

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia do que dou fé.

03 FEV. 2012

MILTON ROMEO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor Cobrado pelo ato R$ 2,35

1097BM52461

34

**Endereço: Rua José Basílio Alvarenga, nº 80 - Vila Flora Regina - Arujá - SP - CEP 07400-000 - Fone/Fax: (11) 4652-9600

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4852
FUNE

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA CIVIL - SMSDC E O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃODO DESENVOLVIMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, DOS EQUIPAMENTOS DESTINADOS A SAÚDE DE FAMÍLIA NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.2.

Pelo presente instrumento, de um lado o Municipio de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº. 455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, **HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN**, brasileiro, médico, casado, portador da Cédula de Identidade nº. 05.461.657-8, expedida pelo IFP, CPF nº. 834.202.317-68, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado INSTITUTO SOCIAL FIBRA, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.744.384/0001-82, com endereço à Av. Brigadeiro Faria Lima 1234 conj. 31.Jardins São Paulo - SP neste ato representada por **LUIS FERNANDO GIAZZI NASSRI** na qualidade de Diretor Presidente portador da Cédula de Identidade nº. 11.888.818, CPF 065.559-838-33 e **DAVID GROSSMANN** na qualidade de Diretor Financeiro portador da Cédula de Identidade nº 8.978.866-7, CPF 003.837.028-01 doravante denominada **CONTRATADA**, realizada através do processo administrativo nº. 09/004.434/2010, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº. 8.080, de 19/09/90, o Decreto nº. 30.780, de 02/06/09, e suas alterações, que regulamenta a Lei Municipal nº. 5.026, de 19/05/09, bem como a Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, no que couber, e o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituido pela Lei nº. 207, de 19/12/80, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/90, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº. 3.221, de 18/09/81 e suas alterações, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento 2.2 (Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú), localizada no município do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, ficando permitido o uso dos respectivos equipamentos de saúde pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto a operacionalização, apoio e execução pela **CONTRATADA**, de atividades e serviços de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família,

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Confere por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 Ato
FTX19558
OFÍCIO DE NOTAS

PROTOCOLO FLS Nº 4853 FUNC

em conformidade com o Edital e Anexos (I, II, III) do processo seletivo e desta Minuta do Contrato de Gestão, que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

Anexo A - Gestão das unidades de saúde pela Organização Social - Área de Planejamento 2.2

Anexo B - Acompanhamento do Contrato, Avaliação e Metas para os Serviços de Saúde - Área de Planejamento 2.2

Anexo C - Linha de Base para territorialização das Equipes de Saúde da Família - Área de Planejamento 2.2

Anexo D - Termo de permissão de uso - Área de Planejamento 2.2

1.1.1 A execução do presente contrato dar-se-á pela filial da **CONTRATADA**, especificamente criada para este fim, desde que observadas todas as condições propostas pela **CONTRATADA** na Proposta Técnica e Econômica e no Edital.

1.1.2. Passarão a ser progressivamente geridas pela Organização Social, qualificada e selecionada nos termos desse edital, novas unidades e serviços e aquelas atualmente existentes ou a serem adaptadas conforme definido nos Quadros (a) e (b) abaixo:

a) apoio a gestão do Saúde da Família e Saúde Bucal em novas unidades de saúde:

Classificação	Serviço a ser oferecido	Comunidades / Bairros
Clínicas de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família com saúde bucal	Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí, Grajaú

Obs: Ao longo do contrato de gestão está prevista a construção de até duas novas Clínicas de Saúde da Família pela Riourbe nos bairros da AP 2.2 em locais a definir.

b) apoio a gestão do Saúde da Família e Saúde Bucal nas unidades de saúde já existentes:

N	Estabelecimento
1	SMSDC RIO CMS HEITOR BELTRAO
2	SMSDC RIO CMS MARIA AUGUSTA ESTRELA
3	SMSDC RIO PS NICOLA ALBANO
4	SMSDC RIO PS PROFESSOR JULIO BARBOSA
5	SMSDC RIO PSF CARLOS FIGUEIREDO FILHO
6	SMSDC RIO PSF PARQUE VILA ISABEL
7	SMSDC RIO PSF CASA BRANCA
8	SMSDC RIO PACS ALTO DA BOA VISTA
9	SMSDC RIO PACS FORMIGA
10	SMSDC RIO PACS TURANO

PARÁGRAFO ÚNICO

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FZH
FTX19584

FLS NO 4854

Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO**, as partes estabelecem:

I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO** com a **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

1) Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos A, B e C, de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS - Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Município;

III - gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

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

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

VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

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

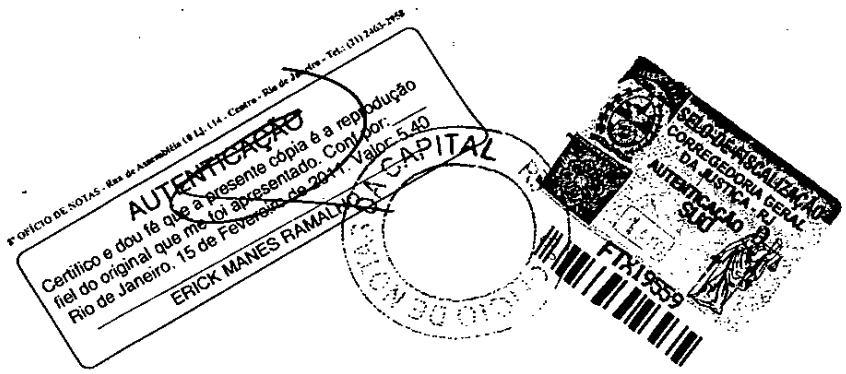
VIII - fomento dos meios para participação da comunidade;

IX prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1) Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

I Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

37


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Consistor:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011 - Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
SUD
FTX19559

II Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

IV Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

V Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

VII Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

VIII - Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

2) Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde da Área de Planejamento, nos termos do Anexo B, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

3) Apoiar e integrar o complexo regulador da SMSDC;

4) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

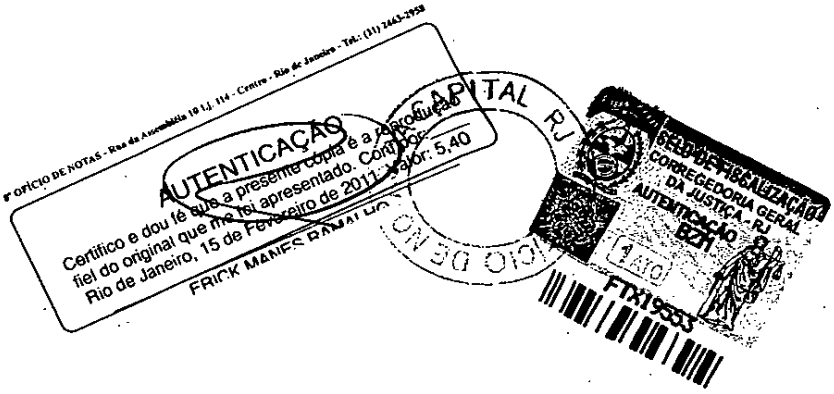
5) Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

6) Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os pacientes, por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, e também responsabilizar-se por eventuais danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.

7) Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

8) Manter em seus quadros técnicos para a gestão do TEIAS, profissionais com formação em políticas públicas e/ou saúde da família conforme Decreto nº 30.780 de 2 de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009.

9) Adotar o(s) símbolo(s) e o(s) nome(s) designativo(s) da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, seguido pelos "logos oficiais do Município, Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil e do Sistema Único de Saúde", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e dos serviços prestados nessa condição como pertencente ao Sistema Único de Saúde, sendo vedada a cobrança ao usuário;


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2443-3558
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Confere.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
FRICK MANES RAMALHO
CAPITAL RJ
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
BZH
140
FTX19533

10) Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;

11) Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso Anexo D que deverão definir as responsabilidades da **CONTRATADA**, até sua restituição ao Poder Público;

11.1) A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda.

11.2) O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da **CONTRATADA** quanto à sua guarda e manutenção.

11.3) A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

11.4) Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

12) Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO**, serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro - hipótese em que a **CONTRATADA** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.

13) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;

14) Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;

14.1) No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;

15) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação para auditoria do Poder Público, apresentando no momento de cada repasse as guias de recolhimento GPS E FGTS devidamente

CAPITAL
8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 | 4- 114 - Centro - Rio de Janeiro
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentada hoje.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19567

quitadas, bem como disponibilizar acesso eletrônico ao extrato do FGTS individualizado de cada empregado no contrato de gestão.

16) Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da CONTRATADA, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juizo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

16.1) Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

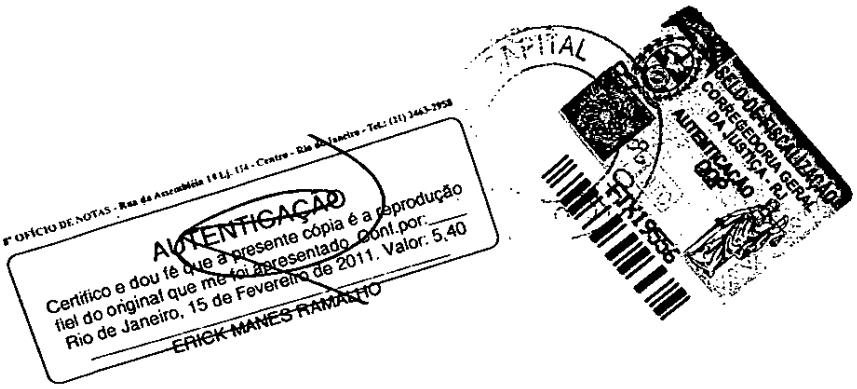
16.2) A retenção prevista no item 16.1 será realizada na data do conhecimento pela CONTRATANTE da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela CONTRATADA para consecução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO.

16.3) A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela CONTRATADA.

16.4) Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 16.3 o CONTRATANTE efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA.

16.5) Ocorrendo o término do CONTRATO DE GESTÃO sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

16.6) Excepcionalmente o valor retido conforme item 16.4 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela CONTRATADA.


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO

17) Abrir conta corrente bancária específica no BMG para movimentação dos recursos provenientes do presente CONTRATO DE GESTÃO, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do CONTRATO DE GESTÃO, e disponibilizar extrato mensalmente à Coordenação de Área (AP) e à CONTRATANTE.

18) Comprometer-se a manter como dirigente deste contrato de gestão profissional, profissional médico e outro não médico, mas da área da saúde, com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública.

19) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).

20) Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

21) Utilizar prontuário eletrônico em todas as unidades sob apoio à gestão e sistema de informação que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SMSDC que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SMSDC.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

1) Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste CONTRATO DE GESTÃO e em seus anexos. O primeiro repasse trimestral será pago no ato da assinatura do contrato de gestão;

2) Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO, fazendo o repasse trimestral nos limites máximos estabelecidos nos termos do Edital - Anexo III, a partir da efetiva assunção do objeto pela CONTRATADA;

3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subsequentes ao da assinatura do presente CONTRATO DE GESTÃO, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

41

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO CAPITAL
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
STG
FTX19555

4859

4) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso, conforme modelo constante do Anexo D.

4.1)Para a formalização do termo, a **CONTRATANTE** deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

5) Promover a cessão de servidores públicos para a Organização Social, nos termos do art. 14 da Lei Nº 5026/2009, mediante autorização governamental, tendo o servidor preferência a ocupar os postos de trabalho desejados, observando-se o interesse público, mediante analise do perfil do servidor; conforme regulação da SMSDC;

6) Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da **CONTRATADA** para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nivel técnico-assistencial;

7) Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO** e respectivos anexos, considerando sempre a contratualização como instrumento para ganho de eficiência e indução de boas praticas.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento a ser nomeada por resolução do Sr. Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, em conformidade com o disposto no artigo 8º e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, procederá à avaliação periódica do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, em meio digital.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do **CONTRATO DE GESTÃO**, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

42

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Copiou-se.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 20__. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
DZT
EDX19548

PROTOCOLO
FLS Nº 4860
SF
FUNC.

PARÁGRAFO SEGUNDO A Comissão Técnica de Avaliação (CTA) referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas no máximo até 10 dias após a sua realização para a CONTRATANTE e CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO A apresentação dos relatórios de acompanhamento financeiro trimestral deverá ser assinada por pelo menos 3 (três) membros da Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA).

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA O prazo de vigência do presente CONTRATO DE GESTÃO será de 02 (dois) anos, a partir da data de assinatura, podendo ser renovado mediante interesse da SMSDC, após a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e, outra, pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas para o período anterior, nos termos do art. 8º, VII, do Decreto 30.780, de 02 de junho de 2009, que regulamentou a Lei 5.026/2009.

PARÁGRAFO ÚNICO O prazo de vigência do CONTRATO DE GESTÃO não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS Pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no Cronograma Financeiro, baseando-se nos limites máximos estabelecidos no Edital - Anexo Técnico III - Recursos Orçamentários e Anexo Técnico V Cronograma de Desembolso e Metas Físicas, onerando recursos da dotação orçamentária para o ano de 2011 no PT da CAP 2.2 ND 5039, e no PT que der continuidade a este no ano de 2012, a partir da efetiva assunção do objeto pela CONTRATADA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação sejam seguros, sem riscos para o patrimônio e revertidos, exclusivamente, nos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO, nos termos do art. 116, § 4º da Lei 8.666/93 e da IN STN nº 01, art. 20, § 1º, I e II.

PARÁGRAFO SEGUNDO Fica facultado à CONTRATADA como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais alude o art. 1º da Lei nº. 9.656, de 03/06/98.

43

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Consta por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
CARTÓRIO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
9552

PROTOCOLO RIO 4861 FLS.

Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da **CONTRATADA** e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE RECEBIMENTO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os valores dos recursos orçamentários fixo e variável, o número de parcelas e as respectivas condições, encontram-se definidos no Cronograma Financeiro Aprovado, baseando-se nos limites máximos estabelecidos no Edital - Anexo Técnico III - Recursos Orçamentários.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

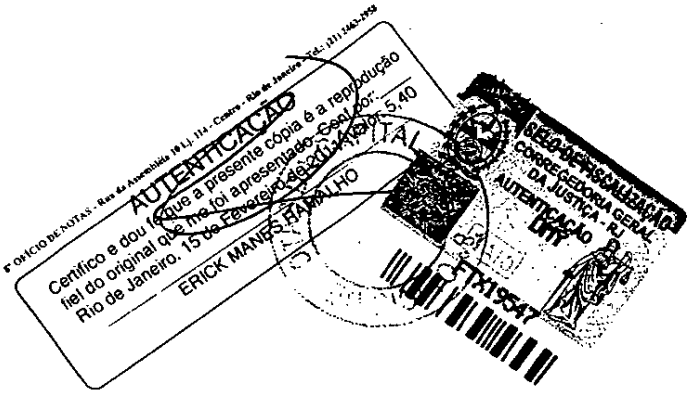
A parcela correspondente ao primeiro trimestre do cronograma de desembolso será creditada como 1º.(primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente específica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

PARÁGRAFO SEGUNDO A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** , bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que irá conter a declaração de interesse de ambas as partes.

44


5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2262-7755
AUTENTICADO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020. Selo: 5.40
ERICK MANOEL RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
EMITIDO
FTX19547

RIO PREFEITURA
SAÚDE E Ddefesa CIVIL

PARÁGRAFO PRIMEIRO A alteração do presente CONTRATO DE GESTÃO , bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Avaliação - CTA.

PARÁGRAFO SEGUNDO Os anexos que compõem este CONTRATO DE GESTÃO , em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização.

PARÁGRAFO TERCEIRO - À CONTRATANTE será permitida a alteração do CONTRATO DE GESTÃO para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da CONTRATADA.

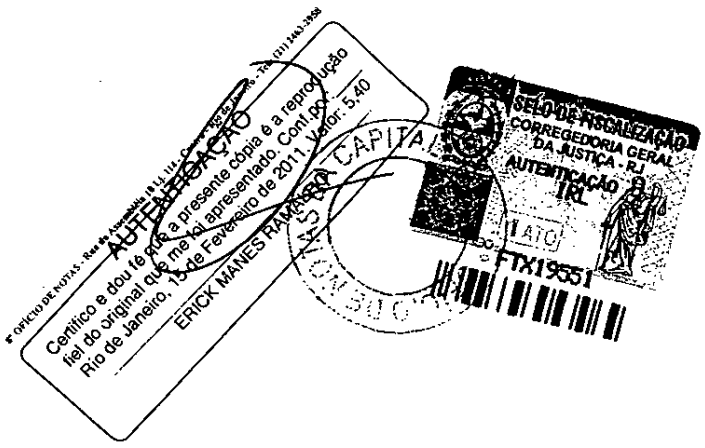
CLÁUSULA NONA – RESCISÃO A rescisão do presente CONTRATO DE GESTÃO obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78, da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à CONTRATADA direito a indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO A rescisão se dará por ato do titular da CONTRATANTE, após manifestação da CTA e da Procuradoria Geral do Município.

PARÁGRAFO TERCEIRO Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a CONTRATANTE ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO QUARTO O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO ficará condicionado (i) à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso, ou (ii) à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.go
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMOS
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
ATO
FTX19551

PROTOCOLO
FLS. Nº 4863

decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como por exemplo as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

PARÁGRAFO QUINTO Em caso de rescisão amigável, por conveniência da Administração, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste CONTRATO DE GESTÃO ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I) Advertência;

II) Multa, no valor total do contrato entre 2 e 5% (dois e cinco por cento), estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação municipal;

III) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

V) Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

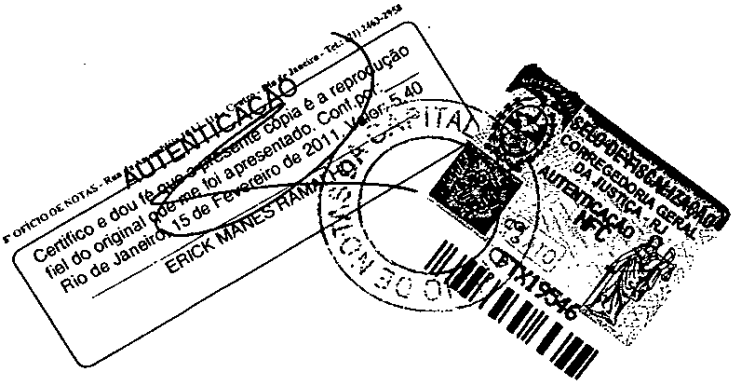
PARÁGRAFO PRIMEIRO A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO Da data de publicação da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

46

12


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMOS
CÓPIA
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - R.J.
AUTENTICAÇÃO
QTX19546

PROTOCOLO nº 4864

PARÁGRAFO QUARTO O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS O presente CONTRATO DE GESTÃO se regerá ainda pelas seguintes disposições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

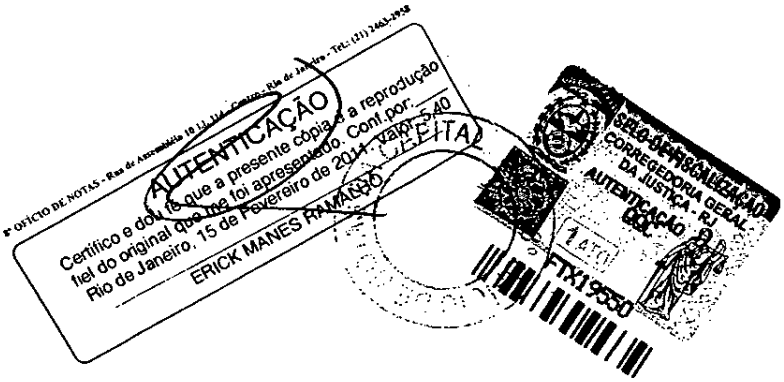
PARÁGRAFO SEGUNDO Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente CONTRATO DE GESTÃO, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas estabelecidas.

PARÁGRAFO QUARTO Fica vedada a cessão total ou parcial do referido CONTRATO DE GESTÃO pela CONTRATADA.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO O CONTRATO DE GESTÃO será publicado às expensas da CONTRATANTE no Diário Oficial do Município, no prazo de até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

47


1º OFÍCIO DE NOTAS - Rua de Assembléia 10 Lj 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-1958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2014 - Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19530

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

PROTOCOLO
FLS Nº 4865
FUNC

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DO FORO Fica eleito o Foro Central da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 25 de JANEIRO de 2011.

MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil

INSTITUTO SOCIAL FIBRA:

LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI

Diretor Presidente

DAVID GROSSMANN

Diretor Financeiro

TESTEMUNHAS:

1 - _____

2 - _____

FELIPE G. A. BARROS
SUBG - Assessoria
Mat. 60/241.764-0

48

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-3958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. C
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 201
ERICK MAN
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
RIO
ETM19549

PROTOCOLO
FLS Nº 4866
SP
FUNC

ANEXO TÉCNICO A DA MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO: GESTÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL - ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.2

A. GESTÃO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA COM A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O conjunto de equipamentos de saúde da rede de atenção primária na AP 2.2 com a Estratégia de Saúde da Família receberá apoio a gestão pela Organização Social OS.

A.1. OBJETO

Gerenciamento e administração, pela CONTRATADA, da prestação dos serviços de saúde, assim como das adaptações e programação visual das unidades e dos gastos operacionais atribuídos à CONTRATADA previstos nos planos de trabalho das unidades de saúde onde estes serviços estão localizados. Estas unidades estão listadas no item 1.1 do Edital.

A.2. ESPECIFICAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Abaixo serão especificados todos os serviços a serem executados no território de abrangência das unidades de Saúde da Família atualmente existentes e aqueles que serão adaptados ou que serão construídos na AP 2.2, conforme item 1.1 do Edital.

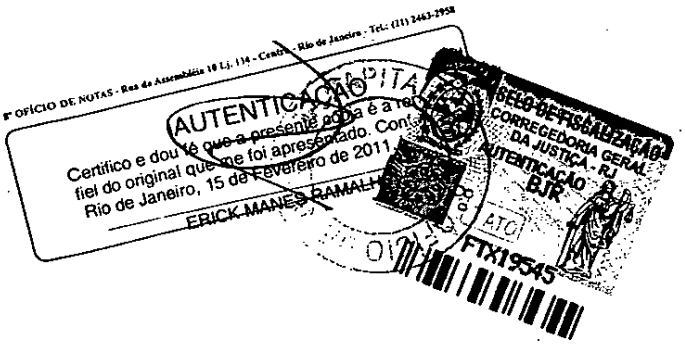
A.2.1. Carteira Básica de Serviços de Saúde

A.2.1.1 Produção mínima de procedimentos esperado.

Cadastramento no período de três meses de todos os usuários da área de abrangência de cada equipe de saúde da família, respeitando a linha de base para territorialização (vide Anexo C), que forem aplicáveis aos bairros da AP 2.2, com sua devida atualização durante o período de cadastramento da população pelos agentes comunitários de saúde e tendo por referência o Censo Demográfico do IBGE de 2000 e sua atualização, quando for realizado o Censo Demográfico de 2010..

Estes parâmetros de referência integram a Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde (PNAB, 2006).

49


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a re
fiel do original que me foi apresentado. Con
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011
ERICK MANES RAMALH
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
BJR
FTX19545

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

PROTOCOLO
FLS Nº 4862
FORTE

Equipe de Saúde da Família:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Médico de Família	5	Consulta - 12	60	240
Médico de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com apoio do NASF) - 10	10	40
Médico de Família	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Médico de Família	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1	1	4
Médico de Família	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica
Enfermeiro de Família	3	Consulta de enfermagem - 10	30	120
Enfermeiro de Família	1	Interconsulta (telemedicina ou consulta com apoio do NASF) - 10	40	160
Enfermeiro de Família	3	Visita domiciliar - 4	12	48
Enfermagem de Família	2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 2	4	16
Enfermeiro de Família	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente (EP)	-	Não se aplica
Técnico de enfermagem	6	Sala de curativo, vacina, pré-consulta	-	-
Técnico de enfermagem	2	Visita domiciliar - 2	4	16
Técnico de enfermagem	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1	1	4
Técnico de enfermagem	1	Reuniões de equipe e atividades de EP		Não se aplica
ACS	6	Visita domiciliar de acompanhamento - 6	36	144
ACS	2	Acolhimento e humanização na unidade	-	-
ACS	1	Busca ativa e vigilância em saúde	-	Não se aplica
ACS	1	Reuniões de equipe e atividades de EP	-	Não se aplica

50

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2583-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
LSY
EX19544

PROTOCOLO
4868

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Agente de vigilância em saúde (endemias)	6	Visita domiciliar - 8	48	192
Agente de vigilância em saúde (endemias)	2	Busca ativa e vigilância em saúde	-	Não se aplica
Agente de vigilância em saúde (endemias)	1	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área - 1	4	4
Agente de vigilância em saúde (endemias)	1	Reuniões de equipe e atividades de Educação Permanente	-	Não se aplica

Equipe de Saúde Bucal:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4)
Cirurgião dentista de Família	6	Consulta - 8	48	192
Cirurgião dentista de Família	1	Interconsulta (1) Telemedicina ou consulta com apoio do NASF) – 8	8	32
Cirurgião dentista de Família	1	Visita domiciliar – 4	4	16
Cirurgião dentista de Família	1	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espaços da comunidade– 2	2	8
Cirurgião dentista de Família	1	Reuniões de equipe e atividades de EP	-	Não se aplica
Técnico de Higiene Dental de Família	4	Consulta – 6	24	96
Técnico de Higiene Dental de Família	1	Visita domiciliar - 4	4	16
Técnico de Higiene Dental de Família	3	Atividade de grupo nas escolas e creches da área e outros espeços da	2	12

51

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 116 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:____

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40

ERICK MANES RAMALHO

CAPITAL RJ

SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
JCH
1 ATO
FTX19543

4869

		comunidade (2) – 1		
Técnico de Higiene Dental de Família	1	Reuniões de equipe e atividades de EP	-	Não se aplica
Auxiliar de Higiene Dental de Família	6	Consulta – Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Auxiliar de Higiene Dental de Família	1	Visita domiciliar - 4	4	16
Auxiliar de Higiene Dental de Família	2	Atividade de grupo e nas escolas e creches da área – 1	2	8
Auxiliar de Higiene Dental de Família	1	Reuniões de equipe e atividades de EP	-	Não se aplica

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
(1) O turno de Interconsulta do Cirurgião-Dentista (consulta com apoio do NASF) ou Telemedicina poderá ser substituído, quando necessário, por mais um turno de atividade de grupo nas escolas, creches ou outros espaços da comunidade OU capacitações e reuniões realizadas pela CAP ou Nível Central.
(2) Um dos turnos da Atividade de grupo do Técnico de Higiene Dental pode ser substituído, quando necessário, por mais um turno de Visita Domiciliar ou Consulta.

NASF:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Médico	3	Consulta - 12	36	144
Médico	1	Interconsulta e discussão de casos - 10	10	40
Médico	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Enfermeiro	2	Organização do processo de trabalho e informação ao usuário	-	Relatório da Atividade
Enfermeiro	2	Apoio as ações de vigilância em saúde	-	Relatório da Atividade
Enfermeiro	1	Atividades de promoção da saúde e articulação intersetorial	-	Relatório da Atividade
Enfermeiro	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Assistente social	4	Atendimento individual -	40	160

52

5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2483-2858
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf. por.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011 - Valor: R$
ERICK MANES RAMALHO
CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
YDS
1 ATO
FTX19542

4870

		10		
Assistente social	2	Visita domiciliar - 44	8	32
Assistente social	2	Atividades de promoção da saúde e articulação intersetorial	-	Relatório da Atividade
Assistente social	1	Bolsa Família / outros Programas da SMAS	-	Critérios definidos pela SMAS
Assistente social	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Sanitarista	3	Vigilância de doenças de notificação compulsória	-	-
Sanitarista	1	Organização e consolidação dos indicadores de saúde junto as Clínicas da Família	-	Relatório da Atividade
Sanitarista	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Nutricionista	4	Atendimento individual - 8	32	128
Nutricionista	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Fonoaudiólogo	4	Atendimento individual - 8	32	128
Fonoaudiólogo	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Farmacêutico	4	Assistência farmacêutica	-	Relatório da Atividade
Farmacêutico	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Fisioterapeuta	2	Atendimento individual - 8	24	96
Fisioterapeuta	2	Visita domiciliar - 4	8	32
Fisioterapeuta	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Psicólogo	3	Atendimento individual - 8	24	96
Psicólogo	2	Apoio aos profissionais de saúde da família e articulação intersetorial	-	Relatório da Atividade
Psicólogo	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de Educação Permanente	-	Relatório da Atividade
Educador Físico	1	Reuniões de equipe do NASF e atividades de	-	Relatório da Atividade

53

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cartório
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,46
ERICK MANES RAMALHO
CÓPIA DA CAPA
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
OAB

Educador Físico	2	Educação Permanente Apoio aos profissionais de saúde da família e articulação intersetorial	-	Relatório da Atividade
Educador Físico	7	Academia Carioca	-	Relatório da Atividade

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.
Obs: Os profissionais do NASF serão selecionados de acordo com o perfil epidemiológico local. Porém, sempre que houver novos serviços de promoção da saúde no âmbito das Academias Cariocas, necessariamente, um profissional de nível superior em educação física (40h) deverá ser considerado.

CEO: Centro de Especialidades Odontológica

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Dentista endodontista	5	Consulta - 4	20	80
Dentista Periodontista	5	Consulta -6	30	120
Dentista Cirurgia Oral Menor	5	Consulta -6	30	120
Dentista de Pacientes Especiais	5	Consulta - 6	30	120
Dentista Estômato logista	5	Consulta - 6	30	120
Auxiliar de Consultório Dentário	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Administrativo	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

54

5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011 | Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
CDO
FTX19540

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

4872

LRPD: Laboratório Regional de Prótese Dentária

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por (B)	Nº de ações de saúde por semana (C) = (A*B)	Meta mínima de acompanhamento (D) = (C*4) (**)
Protético	10	Próteses confeccionadas	6	24
Auxiliar de Laboratório de Prótese	10	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica

CAPS:

1) Elaboração de projeto terapêutico individualizado para todos os usuários matriculados na unidade (100%), este deve ser alterado sempre que necessário, e estar anexado ao prontuário do usuário.

2) Atendimento de familiares dos usuários matriculados (mínimo de 50% de cobertura).

3) A avaliação da produção mínima dos profissionais deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

4) Os profissionais de referência para usuários ou familiares de usuários deverão realizar visitas domiciliares e/ou visitas hospitalares caso haja necessidade de acompanhamento destes na residência e ou em hospital (Geral, Maternidade ou Psiquiátrico), que deve contar no projeto terapêutico de cada usuário.

5) As atividades dos profissionais de saúde dos CAPS poderão ser alteradas mediante justificativa registrada no projeto terapêutico dos usuários.

6) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar alividades fora do espaço físico do CAPS, visando à articulação com a comunidade. Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, duas atividades externas por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades.
Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

7) Todos os profissionais da equipe técnica do CAPS deverão realizar atividades de matriciamento (discussão de casos com o PSF, NASF, CMS, Policlínica, Hospital). Devem ser realizadas pela equipe, no mínimo, quatro atividades de matriciamento por mês. Os profissionais da equipe devem se revezar nestas atividades. Aqueles profissionais que realizarem estas atividades poderão cumprir um turno de atendimento individual ou atendimento em grupo ou atendimento de familiares a menos no mês.

55

CAPSi:

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Dou por.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
CGJ
FTH19539

4873
SF

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica

56

1º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Confi por:
Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FFK 19838

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4824
FUNC

	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade.	Projeto Terapêutico
Farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica

57

5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2963-2950

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40

ERICK MANES RAMALHO

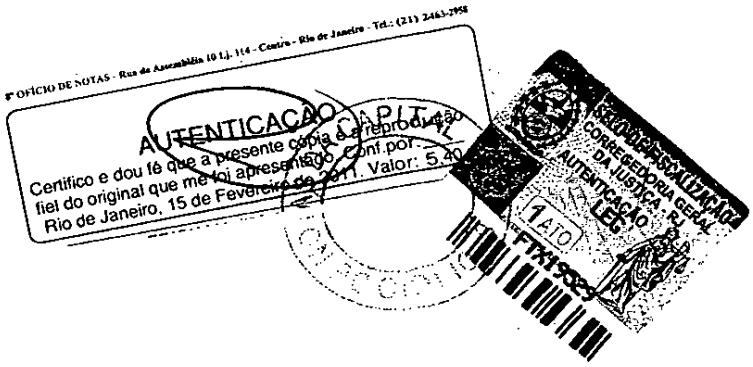
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
000
FTK19053

CARTÓRIO DO 5º OFÍCIO DE NOTAS DA CAPITAL - RJ

PROTOCOLO FLS nº 4875 FOLHA

	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompa-nhamento
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Fonoaudiólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc..) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica


5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,20
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO

PROTOCOLO SMS
FLS Nº 4876

	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares, seguindo a direção do SIMAS.	Projeto Terapêutico

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

CAPS ad:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
	1	Reunião de equipe	Não se aplica

59

25

1º OFÍCIO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentada. Dou por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
ITX19533

PROTOCOLO
FLS Nº 4877

Coordenador Técnico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica

60

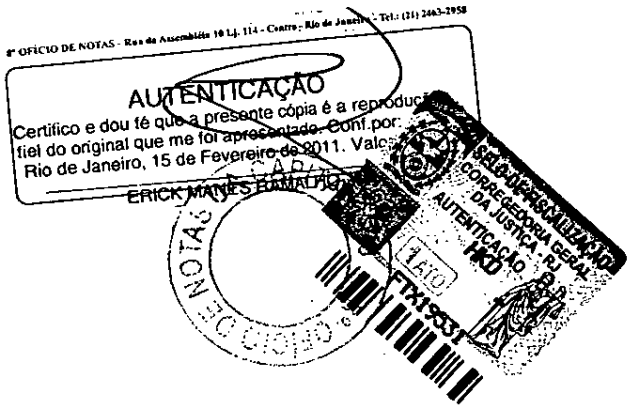
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que o presente cópia é reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Valor: R$ 0,40
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011.
ERICK MANES BAMAI HO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19532

PROTOCOLO 4878

	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Oficineiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade	Projeto Terapêutico

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento

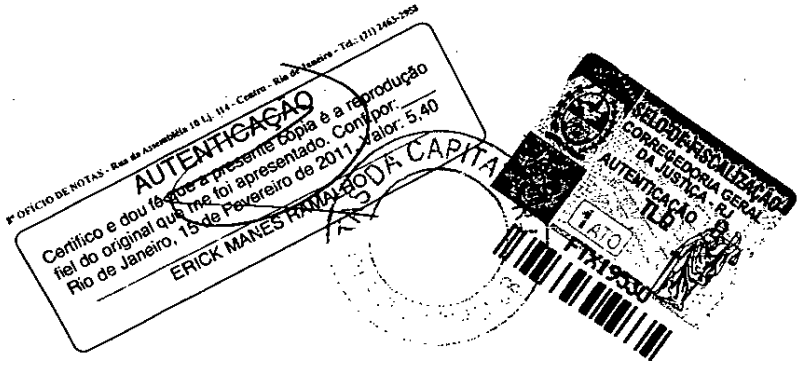
61


4º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reproduç
fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valo
ERICK MANES BARBALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
HGD
1A10
FIX19531
4º OFÍCIO DE NOTAS

PROTOCOLO
4879

Farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Médico Clínico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc..) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica

62


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2553
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Consta por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO DA CAPITA
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19350

PROTOCOLO
Nº 4880

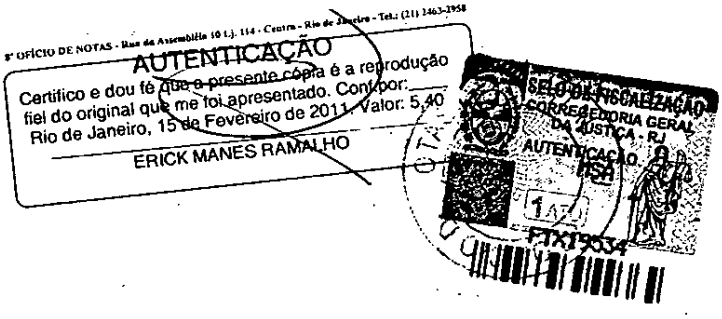
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

CAPS III:

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Diretor	1	Supervisão	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de direção (incluindo reuniões institucionais e representação da unidade em eventos)	Projeto Terapêutico
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
Coordenador Técnico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares ou desenvolvimento de atividades de coordenação ou substituição da direção nas atividades destinadas a esta.	Projeto Terapêutico
Psiquiatra	1	Supervisão	Não se aplica

63

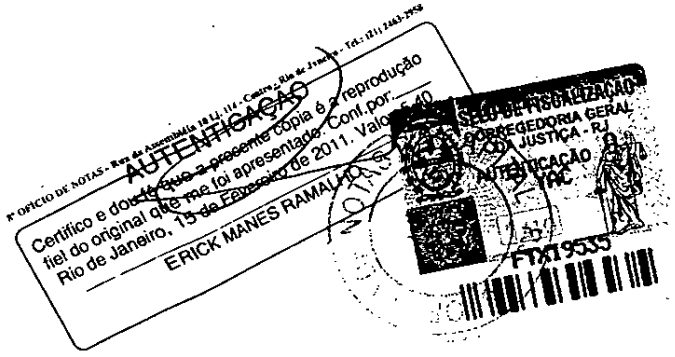

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 L.j. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 3463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Contendo: ___
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19634

PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4881
RUBRICA

	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Enfermeiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico

(continua...)

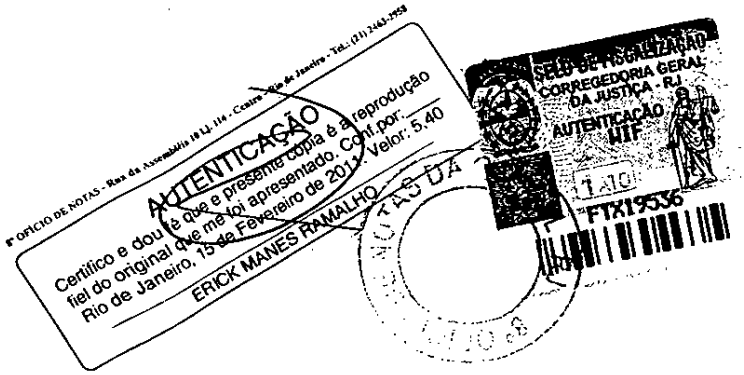
Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
Técnico de enfermagem	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares e cuidados de enfermagem	Projeto Terapêutico
Oficineiro	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	8	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Psicólogo	1	Supervisão	Não se aplica


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FAC
FDX19535

PROTOCOLO / SES
F.S. Nº 4882
RUBRICA

	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Nutricionista	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares familiares e acompanhamento nutricional dos usuários. Organização e supervisão do serviço de nutrição da unidade	Projeto Terapêutico

Profissional	Nº de turnos / semana (A)	Nº de ações de saúde por turno (B)	Meta mínima de acompanhamento
farmacêutico	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	4	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares. Organização, dispensação e solicitação de medicamentos.	Projeto Terapêutico
Musicoterapeuta	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que e presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2012. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19536

PROTOCOLO
Fls. 4883

Terapeuta Ocupacional	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico
Supervisor	3	Supervisão clínica do CAPS e do território (ambulatórios, PSF, educação, etc..) com discussão de casos e estratégias no cuidados aos usuários. Participação nos fóruns de saúde mental.	Não se aplica
	2	Articulações intersetoriais de educação continuada (palestras, cursos, grupos)	Não se aplica
Assistente Social	1	Supervisão	Não se aplica
	1	Reunião de equipe	Não se aplica
	5	Atendimento individual (acompanhamento durante atividade terapêutica, contato telefônico, atendimento terapêutico formal) ou atendimento em grupo ou atendimento a familiares	Projeto Terapêutico

(*) A avaliação da produção mínima deverá ser ajustada mediante a existência de feriados, campanhas, mobilizações sociais ou eventos de força maior, que necessitem o fechamento da unidade. As justificativas deverão ser escritas no relatório de atividades.

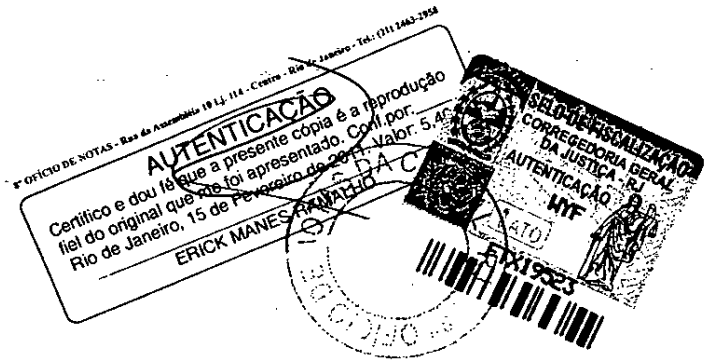
A.2.3. Qualidade dos Serviços Prestados

A CONTRATADA deverá implementar um plano de qualidade dos serviços prestados. Para tanto deverá atuar sobre dois aspectos:

. Prontuários Clínicos Eletrônicos :
. Implantação da Comissão de Prontuários;
. Realização de auditoria interna quanto ao uso e qualidade dos registros no prontuário clínico, a partir de conteúdos e metodologia comum para o município do Rio de Janeiro junto com a SMSDC.
. Atenção ao Cliente/Usuário:
. Implantar Serviços de Atendimento ao Cliente/Usuário;
. Aprofundar o conhecimento das providências tomadas a partir das reclamações/sugestões dos usuários.

66

A.2.4. Cobertura


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES PAMPLONA
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
EPX19523

4884

A Organização Social deverá realizar os serviços para os quais está sendo celebrado este Contrato de Gestão de acordo com território e população apontados na área de abrangência definida pela SMSDC-Rio na AP.

A.2.4.1. Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

Cada equipe de Saúde da Família é responsável por realizar a cobertura de uma área que corresponde ao conjunto de microáreas território onde habitam entre em média 400 e 750 pessoas, correspondente à atuação de 1 Agente Comunitário de Saúde e cujo número máximo de pessoas assistidas de cerca de 4.000 pessoas.

Em média, para cada 3 equipes de Saúde da Família (ESF) existe uma equipe de saúde bucal (ESB). A linha de base para a territorialização das equipes deverá considerar o Anexo Específico ao Contrato de Gestão.

ANEXO TÉCNICO B DA MINUTA DO CONTRATO DE GESTÃO: ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO, AVALIAÇÃO E METAS PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE - ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.2

1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS	
1.1. Responsabilidade no Acompanhamento	
1.2. Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA)	
1.3. Composição	
1.4. Funções	
2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	
2.1. Aspectos Básicos Organizacionais	
2.2. Boa Prática Clínica	
2.3. Atenção ao Usuário	
2.4. Articulação com Outros Níveis Assistenciais – Referência e contrarreferência	
2.5. Implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de Doenças	
3. PAGAMENTO DA PARTE VARIAVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS	
3.1. Parte variável 01	
3.2. Parte variável 02	
3.3. Parte variável 03	
4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	
4.1. Sistemas de Informação do Sistema Único de Saúde	
4.1.1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde	
4.1.2. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial	
4.1.3. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica	
4.1.4. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal	

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (11) 2463-2958

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf.por: ____
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40

ERICK MANES RAMALHO

PROTOCOLO
FLS. Nº 4885

4.1.5. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético	
4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação	
4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações	

1. CRITÉRIOS GERAIS PARA O ACOMPANHAMENTO DOS CONTRATOS

Este contrato de gestão tem como principal objetivo induzir a melhora do desempenho das unidades funcionais, através da atribuição de incentivos financeiros e da criação de instrumentos de monitorização, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria no acesso aos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde.

O acompanhamento dos contratos não é uma finalidade em si mesmo. Pode-se considerar como parte do processo de direção do contrato que inclui a identificação e avaliação de problemas, discussão e negociação com as Organizações Sociais e a tomada de decisões sobre as ações que precisam ser implementadas. A Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro - SMSDC, através da CTA elaborará os instrumentos para o monitoramento e avaliação e realizará o acompanhamento dos contratos, juntamente com representantes da Subsecretaria responsável pelas ações e serviços de saúde.

1.1. RESPONSABILIDADE NO ACOMPANHAMENTO

A SMSDC/RJ como entidade CONTRATANTE é responsável de que se levem a cabo as ações que derivam do processo de acompanhamento visando a qualidade e otimização dos recursos e a correção de possíveis desvios. Para tal será criada uma Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) que articule e efetive o processo de acompanhamento e avaliação.

1.2. COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DO CONTRATO DE GESTÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA) realizará o seguimento e a avaliação do funcionamento dos serviços de saúde contratados de acordo com os critérios, parâmetros e calendário previamente acordados com a Organização Social.

A coordenação das reuniões da CTA caberá ao Coordenador da AP.

Sempre que necessário, outras pessoas poderão ser convidados para participar das reuniões de acompanhamento.

1.3. COMPOSIÇÃO

A CTA é constituída, no mínimo de 10 pessoas:
2 representantes da S/GAB;
2 representante da S/SUBPAV;
2 representantes da S/SUBPAV/SAP;
2 representantes do S/SUBG;
2 representantes da S/SUBPAV/CAP 2.2.

1.4. FUNÇÕES

As funções da comissão serão:

68

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 sl 414 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2950
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cert. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011 (Valor: R$ 4,0
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19521

PROTOCOLO
Fls: 4886

. Realizar reuniões periódicas, segundo calendário elaborado de forma consensual pelos membros que a compõem;

. Sempre que solicitado pelo SMSDC ou pela contratada, realizar reuniões extraordinárias;

. Registrar em ata todas as reuniões realizadas que deverão ser assinadas pelos componentes da CTA e participantes presentes;

. Avaliação dos indicadores de acompanhamento e avaliação pactuados e informação em geral sobre o funcionamento dos serviços, assim como, dos aspectos econômico-financeiros da atuação da instituição parceira, analisando os desvios ocorridos em relação ao orçamento estabelecido no Contrato de Gestão;

. Análises das causas que originaram desvios e ocorrências no funcionamento dos serviços;

. Análise da rotatividade dos profissionais de saúde;

. Observação direta e discussões com a entidade provedora sobre o funcionamento dos serviços;

. Estabelecer acordos e a implementação de mediadas corretivas, quando necessárias;

. Analisar preliminarmente propostas de implantação de novos serviços;

. Elaborar relatórios à SMSDC/RJ e ao Conselho Distrital sobre os dados analisados.

2. ÂMBITOS DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1. ASPECTOS BÁSICOS ORGANIZACIONAIS

Caberá à Organização Social detalhar os seguintes aspectos:

. Mecanismos de informação e comunicação à população sobre os serviços que ofertam mediante a implementação e disponibilização de sistema de informação gerencial com acesso pela internet, utilizando padrões estabelecidos pela SMSDC-Rio de Janeiro;
. Meios de acesso da população aos serviços de saúde ofertados;

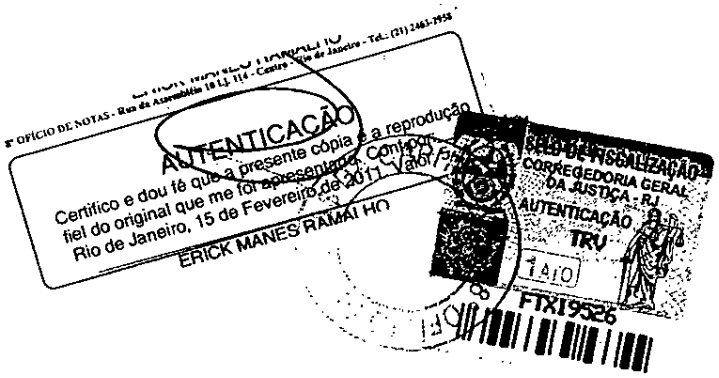
. Recepção e encaminhamento dos usuários aos serviços;
. Registros a serem utilizados na atividade assistencial;
. Registros a serem utilizados nos procedimentos administrativos;
. Referência e contra-referência dos usuários a outros serviços ou outros níveis assistenciais, assim como os registros que se utilizarão.

Todos os aspectos apontados anteriormente deverão estar em acordo com os critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, Plano Municipal de Saúde e Fundamentos da Atenção Básica (Política Nacional de Atenção Básica – PNAB(2006) – Ministério da Saúde).

2.2. BOA PRÁTICA CLÍNICA

As referências que apóiam a boa prática clínica são:

. O consenso de sociedades científicas e associações profissionais;


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 LJ 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2461-7958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Contém
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor R$
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
TRJ
FTX19526

. Processos de trabalho consensuados pelos profissionais que pertencem ao serviço de saúde contratado ou a outros no âmbito territorial;

. Orientações estabelecidas pela SMSDC/RJ.

As três práticas não são excludentes, e sim complementares e sua operatividade dependerá do que se determine em cada caso.

Os parâmetros que se relacionam diretamente com a boa prática clínica e que possam ser objeto de avaliação por parte da CTA são:

. Qualificação dos profissionais;
. Utilização do prontuário clínico;
. Uso de outros registros da atividade assistencial;
. Respeito ao Plano de Educação Permanente da SMSDC-Rio de Janeiro e a PNAB(2006) / Ministério da Saúde;
. Consenso sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais presentes na rede básica;
. Consenso entre os profissionais dos serviços sobre o diagnóstico, tratamento e condições de referência, se procede, das urgências em atenção primária;
. Dispositivos que possibilitem a desmedicalização, tais como o desenvolvimento de um plano para atividades de grupo, atividades físicas, dentre outros;
. Perfil de prescrição farmacêutica;
. Auto-avaliação assistencial pelos profissionais;
. Avaliação externa da prática assistencial.

2.3. ATENÇÃO AO USUÁRIO

Esses critérios, de forma genérica, serão utilizados para avaliar a atenção ao usuário:

. Grau de informação do usuário sobre o conteúdo, organização e funcionamento dos serviços de saúde contratados;
. Boa comunicação entre os profissionais de saúde e outros e os usuários;
. Incentivo a autonomia dos usuários;
. Tratamento individualizado e personalizado;
. Percepção do usuário em relação ao funcionamento dos serviços de saúde, através de pesquisas de satisfação, sendo estas, sempre que a população ultrapasse um número recomendado pelas Ciências Estatísticas, de caráter amostral.

2.4. ARTICULAÇÃO COM OUTROS NÍVEIS ASSISTENCIAIS – REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Uma efetiva articulação entre os níveis assistenciais comportará uma continuidade em todo o processo de modo que este seja reconhecido como tal pelo próprio usuário. Esta articulação se dará de acordo com critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Para assegurar a continuidade no processo assistencial serão necessários:

Consenso clínico sobre as patologias e os processos que possam ser solucionados nos serviços da rede básica;
. Utilização pelos profissionais de saúde das referências e contrareferências estabelecidas;
. Acordos entre os profissionais sobre a informação clínica necessária, tanto desde a rede básica até a atenção especializada como de maneira recíproca, para dar suporte e continuidade ao processo terapêutico;

5º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia, 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MARTINS RAMALHO DA
SELO DE
CORREGED
DA JUST
AUTENTICAÇ
HKB
FITX19524
SCALIZAÇÃO
DORIA GERAL
CA - RJ

PROTOCOLO
4888

. Suporte e rotinas administrativas adequadas que evitem os deslocamentos desnecessários dos pacientes referenciados ao nível hospitalar ou a outras unidades da rede.
. Integração com outros setores no sentido de atuar nos condicionantes / determinantes do processo de saúde-doença.

2.5. IMPLEMENTAÇÃO DE ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.

As atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças serão definidas pela SUBPAV / SMSDC Rio de Janeiro.

3. PAGAMENTO DA PARTE VARIAVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente no Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A má qualidade quase sempre aumenta os custos através da ineficiência, prolongamento da necessidade de cuidados, de tratamentos e cirurgias complementares.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo que promove o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

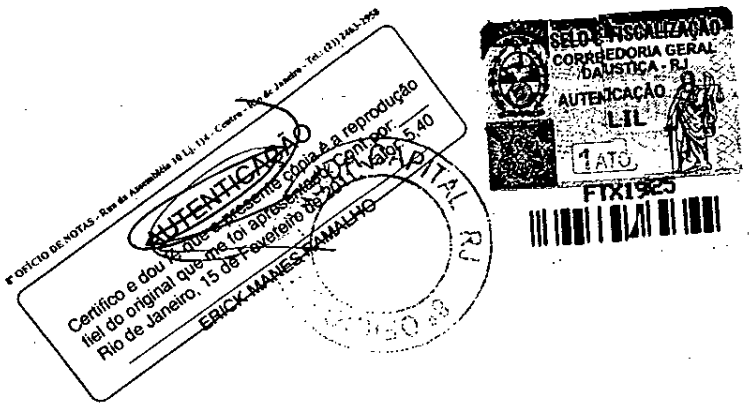
Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS;
Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde .
-Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal

3.1. Parte variável 01

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMSDC. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do contrato de gestão.

A CONTRATANTE solicitará à CONTRATADA a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 3.1.1 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

A CONTRATADA para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01, com periodicidade trimestral, que corresponde a até 2 % do valor total conforme cronograma de desembolso (excluindo-se o item de adaptação de unidades), deverá apresentar um relatório contendo os indicadores pré-estabelecidos pela SMSDC/RJ, definidos no Quadro 3.1.1


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2461-2959
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que o presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado com o nº
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011
Valor 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
LIL
1 ATO
FTX19625

PROCESSO Nº 4889

O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS OSS" devendo a OSS apresentar à CAP plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(I) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS.

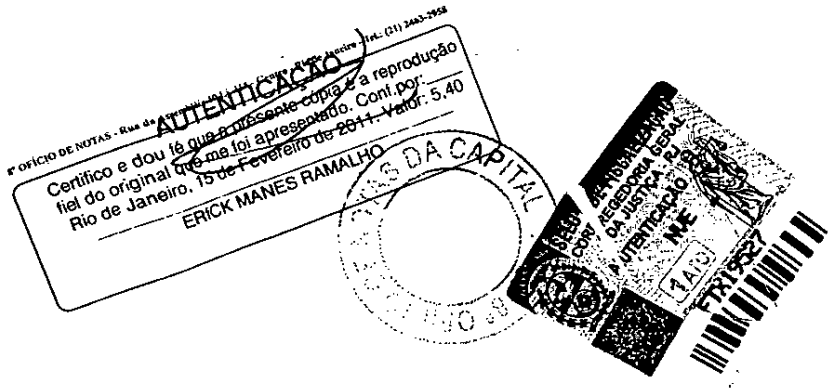
(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS. O 1% restante deverá ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

(iiii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em destinação do total do recurso (2%), mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento, alocado na rubrica "adaptação de unidades de atenção primária".

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento CTA, que é parte integrante da SMSDC/RJ. Esta se reunirá periodicamente e analisará os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente.

3.1.1. Parte variável 01 - incentivo institucional à gestão do TEIAS;

Indicador	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade da avaliação	Meta
01	Implantação de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de unidades de saúde da família com comissões de prontuários implantadas	Nº de unidades com comissões implantadas / Nº de unidades com equipes de Saúde da Família x 100	Relatórios da OS	A partir do 7 mês de contrato Trimestral	80% de comissões instaladas
02	Acompanhamento do cadastramento no Cadastro Nacional de	Proporção de profissionais de saúde	Nº de profissionais cadastrados / Nº de profissionais x 100	CNES	Mensal	1% 90%


8º OFÍCIO DE NOTAS
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
DA CAPITAL
SELO DE AUTENTICIDADE
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
1 ANO
FTR19527

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

PROTOCOLO 4890 SF

	Estabelecimentos de Saúde (CNES)	cadastrados	contratadas			
03	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	Proporção de consultas realizadas pelo próprio médico de família	N de consultas realizadas pelo médico do cadastro _____ X 100 N de consultas realizadas	Prontuário Eletrônico e SIA	A partir do 3º mês, periodicidade mensal	60 a 80 %
04	Acompanhamento do plano de trabalho odontológico.	Proporção de altas no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados	Nº de altas realizadas_____ x100 total de usuários cadastrados	Sistema de informação a ser adquirido pela OS	Mensal (a partir do 6º mes de implantação da clinica	80%
05	Programação anual de atividades das unidades.	Proporção de unidades com programação entregue	Numero de programação recebidas_____ X 100 total de unidades	Relatorio da OS	Anual	80%
06	Percentual de escolas no território com atividades de promoção, prevenção e assistência acompanhadas pelas ESF	Proporção de unidades com programação entregue	Numero de escolas que receberam alguma ação de saúde no período _____X 100 total de escolas da área	Relatorio da OS	Trimestral	80%
07	Informatização dos postos de trabalho	Proporção de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico	Numero de consultórios e salas de procedimentos com terminais do prontuário eletrônico - _____X 100 total de consultórios e salas de procedimento registradas no CNES	Relatório OS	Trimestral	70%
8ª	prontuário eletrônico - _____X 100 total de consultórios e salas de procedimento registradas no CNES	Percentual de kits de Saúde Bucal distribuídos	Numero de kits distribuídos em ações coletivas ou individuais_____X pelo total de indivíduos cadastrados	Prontuário eletrônico	Trimestral	10%
09	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,	Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,	Somatório do valor das prescrições _____ pelo numero de usuários atendidos	Prontuário eletrônico	Trimestral a partir do 7 mês.	Max R$ 104, 07
10	Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e	Custo médio de serviços de apoio a	Somatório do valor das prescrições _____ pelo numero de	Prontuario Eletronico	Trimestral a partir do 7 mês	Max R$ 41,8

73

30

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
TYD
FTX19528

PROTOCOLO RJS Nº 4891 FLS

	terapia prescritos por usuário	diagnóstico e terapia prescritos por usuário	usuários atendidos			0
11	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	Numero de declarações de abastecimento adequado_____X 100 numero de unidades recebendo apoio a gestão	Relatório	Mensal	80%
12	Descentralização do fornecimento de insulina	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	Numero de unidades que realizam o fornecimento____X100 numero total de unidades	Relatório OS	Trimestral	90%
13	Descentralização do fornecimento de medicamentos para asma	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	Numero de unidades que realizam o fornecimento X100 numero total de unidades	Relatório OS	Trimestral	80%
14	Descentralização do fornecimento de medicamentos antiretrovirais	Proporção de unidades que realizam o fornecimento.	Numero de unidades que realizam o fornecimento____X100 numero total de unidades	Relatório OS	Trimestral	80%
15	Regularidade no envio da produção Regularidade no envio da produção (BPA e SIAB)	Proporção de unidades que informaram em dia.	Numero de unidades com comprovação de envio pela SURCA.____X100 numero total de unidades	Relatório OS	Mensal	100 %

Estes indicadores deverão ser disponibilizados através de um painel em um Sistema de Informação on line pela OSS a S/SUBPAV.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMSDC - Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as "Fontes" descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OS que proceder à mudança no mês seguinte a esta alteração.

No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

74

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 gr. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2443-1958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
EFX15515

PROTOCOLO / SAS
4893

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMSDC Rio de Janeiro juntamente com a OS [illegible] rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde SUS.

3.2 - Parte variável 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral pré-estabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária,. O valor é de R$ 3.000/trimestre por equipe de saúde da família.

Exemplos: uma unidade que tenha três equipes de saúde da família, receberá 3 x R$ 3.000 · R$ 9.000/trimestre; uma unidade de atenção primária que tenha oito equipes de saúde da família, receberá, 8 x R$ 3.000 ·· R$ 24.000/trimestre.

A não apresentação dos indicadores estabelecidos para o trimestre (conforme box a seguir) ou o não cumprimento das metas acordadas acarretará na sua destinação à rubrica "adaptação de unidades de atenção primária", devendo ser executado mediante plano de aplicação elaborado pela Coordenação de Área de Planejamento.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 18 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico, conforme Quadro a seguir.

Quadro descritivo dos indicadores que compõem a parte variável 02

Acesso

1. Percentagem de consultas realizadas pelo seu próprio médico de família,

2. Percentagem demanda espontânea (acolhimento da demanda não programada ou encaminhadas por outras unidades) em relação a programada.

3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos,

4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos,

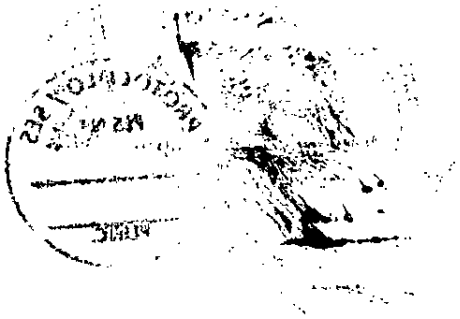
5. Taxa de itens da carteira de serviço implementados,

Desempenho Assistencial

1. Percentagem de mulheres entre os 20 e 50 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.

2. Percentagem de diabéticos com pelo menos duas consultas registradas nos últimos doze meses, desde que abranjam dois semestres

75



8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2482-2958
AUTENTICADO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Confere. Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,
ERICK MANES BARBALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
SEL
EFTX19520

PROTOCOLO / SES
FLS 4803
FUNC

3. Percentagem de hipertensos com registro de pressão arterial nos últimos seis meses,
4. Percentagem de crianças com vacinas em dia atualizado aos 2 anos,
5. Percentagem de crianças com vacinas em dia aos 6 anos.
6. Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre,
7. Percentagem de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 28 dias,
8. Proporção de altas, no tratamento odontológico, dos usuários cadastrados

Satisfação dos Pacientes

1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos (questionário padronizado pela SMSDC). (Caso este indicador não seja alcançado os demais sequer serão analisados)

Eficiência

1. Custo médio de medicamentos prescritos por usuário,
2. Custo médio de serviços de apoio a diagnóstico e terapia prescritos por usuário,
3. Percentagem de medicamentos prescritos da REMUME,
4. Percentagem de pacientes encaminhados,
5. Percentagem de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendadas pelo SISREG.

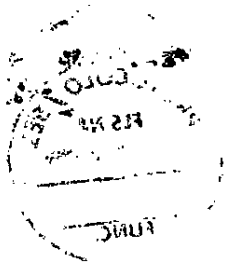
A definição das metas depende da negociação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

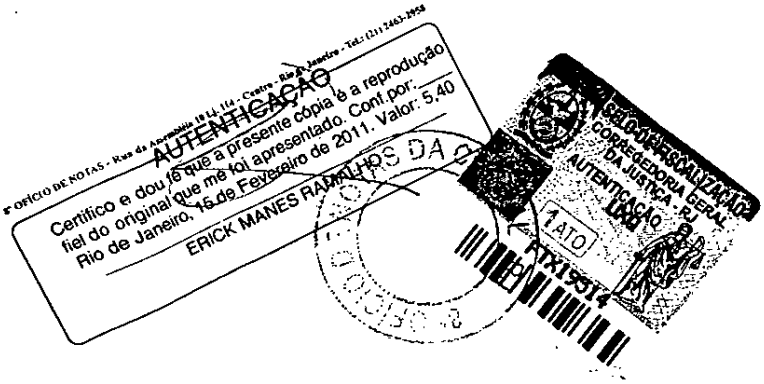
No primeiro ano do contrato de gestão a SMSDC definirá as metas, no segundo ano, as próprias CAPs juntamente com as equipes deverão revisá-las de acordo com o histórico do ano anterior (linha de base).

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMSDC.

O monitoramento dos indicadores deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

76




8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-3958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAPOSO DA
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - R.J.
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
ATX19514

4894
FUNC

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a aplicação de questionários modelo definido pela SUBPAV / SMSDC, de modo a permitir comparações entre as AP's. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* pré-estabelecido pela SMSDC.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remeter-lo a CAP. No relatório deverão estar explicitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de auditorias e ações de acompanhamento que venham a ser determinadas pela SMSDC ou pelo Ministério da Saúde.

As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTA aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

3.3. Parte variável 03

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal destinará um valor variável de recursos a serem recebidos trimestralmente por cada equipe a título de remuneração por desempenho, sendo este de no máximo 10% do salário-base mensal. Caso a equipe atinja menos de 20% das metas acordadas para o trimestre, isto acarretará em destinação dos

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 L. 514 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé. Valor: $ 45,00
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017.
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19519

PROTOCOLO
4885
CAF
FUNC

recursos orçamentários para utilização na rubrica *"adaptação de unidades de atenção primária", tendo plano de aplicação definido pela respectiva Coordenação de Área de Planejamento.*

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, assistência e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde centrados no cidadão, e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades de centros de saúde, com especial ênfase no Saúde da Familia Familiar (PNAB, 2006 e Decreto Municipal Nº 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clinicas da Família são unidades operativas das CAPs com autonomia funcional e técnica que devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primaria da SMSDC.

Nem todas as unidades de atenção primaria no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primaria (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro – Tipos de modelos de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro no ano de 2010

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, nesta unidade todo usuário deve saber nominalmente os profissionais de referencia para cada área, a unidade está dividida por equipes.
Modelo B. Somente uma parte do território é coberto com as equipes de saúde da família e saúde bucal.
Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de saúde da Família .

Nota: Território é definido pela lista de CEP (correio) vinculada a uma determinado unidade.

Durante o ano de 2010, a PCRJ e a SMSDC identificou a contratualização como ponto fundamental, indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência.

O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clinico de cada profissional da rede.

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 | 1, 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é a repr
fiel do original que me foi apresentado. Conf
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Va

ERICK MANES RAMALHO

SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
EHT
1 ATO
TX19517

PROTOCOLO SES 4896 SF FUNE

Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências, decorrente da facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais gratificações associadas ao desempenho.

CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (parte variável 03).

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com maior transformações organizacionais onde o trabalho nas equipe de saúde família já estão adequados a política nacional de atenção básica (PNAB, 2006). Nesta os profissionais os profissionais deverão a aceitar um nível de contratualização de **patamares de desempenho mais exigentes**.

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas.

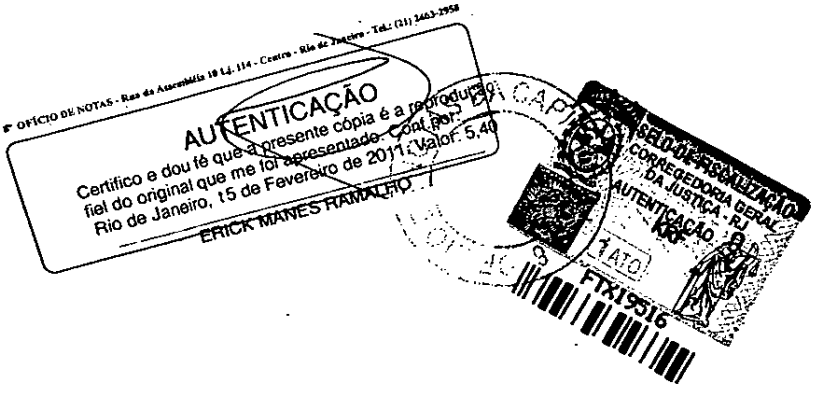
Uma equipe terá como teto o alcance de 300 unidades contábeis no trimestre e, como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre (20%).

Baseado na reforma dos cuidado primários em Portugal, na matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2006, Ministério da Saúde), definimos um conjunto de ações de vigilância a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser pago trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada a vigilância dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas da Coordenação de Linha de Cuidado e Programas Especiais (CLCPE) da SAP/SUBPAV/SMSDC, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro indicadores da parte variável 03 contratualização dos incentivos financeiros aos profissionais

Grupo de ações	Descrição	UC
01	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade	03


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Confere.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19516

	fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura	
03	A vigilância de uma gravidez	08
04	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	07
05	A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	03
06	A vigilância de uma pessoa diabética, por ano	04
07	A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	As equipes com alunos de graduação ou residentes (equipes preceptoras)	10
11	Médico de família com registro de responsável técnico no CREMERJ pela unidade em que atua	10

A descrição de cada ação de vigilância é apresentada a seguir.

Grupo de ações	Descrição	UC
01	**A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, por ano**	01

PLANEAMENTO FAMILIAR I

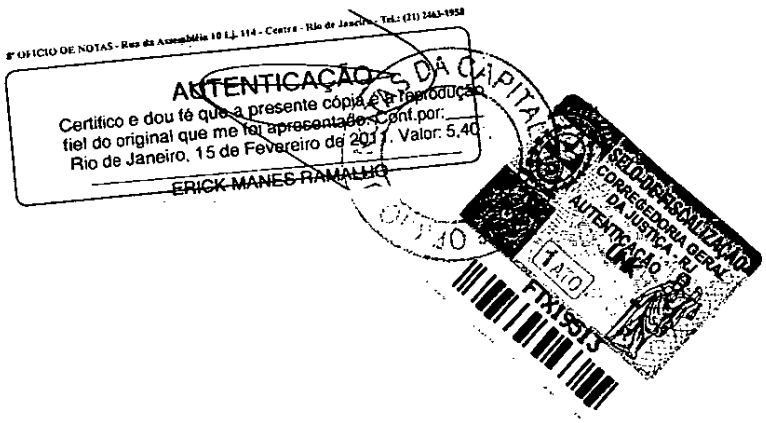
Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]: uma mulher em idade fértil, por ano

A. Sexo feminino.
B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).
C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de uma das rubricas da ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15).
D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.
E. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
F. Estar com o calendário vacinal completo.
G. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde registrada pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, dentista, TSB ou ASB.

Grupo de ações	Descrição	UC
02	**A vigilância, em planejamento familiar, de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou pré-operatório para laqueadura**	03

PLANEAMENTO FAMILIAR II

Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e (G ou H) e I]: uma mulher em idade fértil, por ano
A. Sexo feminino.
B. Ter entre [15; 50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise).
C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de uma das rubricas da


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-1958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cont.por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19513

PROTOCOLO 4898

ICPC-2 que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15). Ver alíneas A e B de "OBSERVAÇÕES".
D. Nas mulheres com idades entre [20, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia (MCDT com código B003.5) nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise.
E. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
F. Ter pelo menos um registro de atividade educativa em grupo de saúde (planejamento familiar) registrada pelo ACS, pelo médico ou pelo enfermeiro dentista, TSB ou ASB.
G. Consulta médica para inserção de DIU.
H. Preparação para esterilização masculina ou feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento.
I. Estar com o calendário vacinal completo.

Grupo de ações	Descrição	UC
03	A vigilância de uma gravidez	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]:

A. Sexo feminino e cadastro no SISPRENATAL atualizado.
B. Ter efetuado consulta médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 20 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".
C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes das 12 semanas - [0; 12[semanas.
D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas (contacto direto e SOAP) de vigilância em saúde materna até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez (W78, W79 ou W84).
E. Ter registro de resultado de VDRL até a 24ª semana de gestação.
F. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
G. Usuária pertencente estar cadastrada na equipe.
H. Ter registro de ter pelo menos 2 visitas do ACS até à 38ª semana - [0; 39[semanas - de gravidez.
I. Ter pelo menos um registro de resultado anti-HIV [24[semanas de gestação.
J. Ter registro no prontuário da visita a maternidade referenciada antes do parto.
K. Ter registro de uma consulta de saúde bucal ou procedimento coletivo.

Grupo de ações	Descrição	UC
04	A vigilância de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06

SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

81

1º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2463-2958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor.
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA
AUTENTICAÇÃO
FTX19518

PROTOCOLO 4899

A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise.
B. Ter tido a primeira consulta médica até ao 28º dia de vida [0, 28 dias]. Esta deve ser uma consulta médica ou de enfermagem.
C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de vigilância em saúde infantil até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
D. Ter pelo menos 1 registro parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro.
E. Inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 330 dias de vida;
F. Ter recebido ao menos duas visita domiciliar do ACS até os primeiros 10 [0, 10] dias de vida e a segunda até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias.
G. Estar com o calendário vacinal em dia.
H. Ter resultado do teste do pezinho, reflexo vermelho e teste da orelhinha.
I. Ter avaliação do risco nutricional em toda consulta.
J. Ter registro de orientação, revelação de placa e escovação supervisionada, por qualquer profissional da equipe ESB.

Grupo de ações	Descrição	UC
05	**A vigilância de uma criança, no segundo ano de vida, por ano**	04

SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G]:

A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise.
B. Ter realizadn pelo menos 3 consultas médicas de vigilância em saúde infantil entre os 11 e os 23 meses de vida -]330, 700] dias com registro de peso e altura.
C. Ter pelo menos 1 registro parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor entre os 11 e os 23 meses de vida -]330, 700] dias. O registro pode ser realizado por médico ou por enfermeiro.
D. Ter estado inscrita na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
E. Usuário pertencente à unidade de observação.
F. Ter recebido do ACS ao menos uma visita de vigilância em saúde infantil entre os 11 e os 23 meses de vida -]330, 700] dias.
G. Estar com o calendário vacinal completo.
H. Ter realizado no mínimo 3 consultas, ou grupo educativo com dentista, ou TSB ou ASB nos últimos 24 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
06	**A vigilância de uma pessoa diabética, por ano**	06

DIABETES

Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I]

A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus na lista de problemas informado pelo ACS,e

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Com-cor
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor
ERICK MANFES TAMALHO
ATO
FTX19508

confirmado pelo médico, enfermeiro ou Tec de enfermagem.
B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registros podem ser realizados por médicos por enfermeiros ou Tec de Enfermagem.
D. Ter pelo menos 2 registros de resultado de glicemia sérica realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
E. Ter pelo menos 1 registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 10 %, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
F. Ter pelo menos 1uma visita de vigilância do ACS, realizada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
G. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total, colesterol HDL e triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
H. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
I. Ter ao menos um exame de pés realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
J. Estar com o calendário vacinal completo.
K. Ter realizado pelo menos 1 consulta com registro de fundoscopia.
L. Ter registro de orientação, revelação de placa e escovação supervisionada, por qualquer profissional da equipe de ESB.

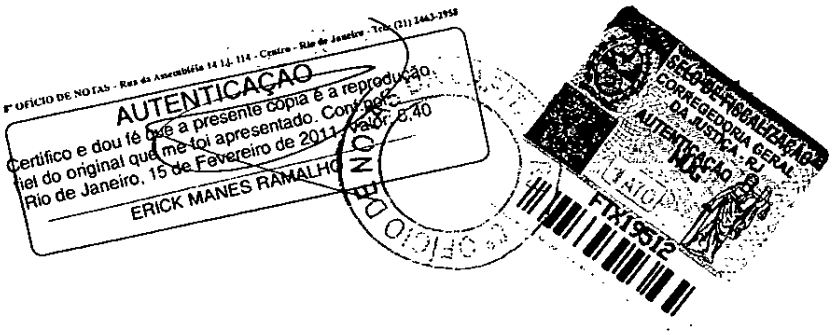
Grupo de ações	Descrição	UC
07	A vigilância de uma pessoa hipertensa, por ano	02

HIPERTENSÃO

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e (E ou F) e G e H]:

A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (rubricas K86 ou K87 da ICPC-2) na lista de problemas, com estado ativo.
B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas ou de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. Os registros podem ser realizados por médicos ou por enfermeiros.
D. Ter pelo menos 1 registro de pressão arterial durante o período em análise com valores de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 150 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg.
F. Ter pelo menos 1 registro de resultados de colesterol total (MCDT com código A410.3), colesterol HDL (MCDT com código A412.0) e triglicérides (MCDT com código A620.3) realizados durante os 24 meses que antecedem a data final do período em análise.
G. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
H. Estar com o calendário vacinal completo.
I. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade.

Grupo de ações	Descrição	UC
08	A vigilância de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08


8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 114 - 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tels: (21) 2443-7958
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cont.Rec.
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011 Valor: 6,40
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19512

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

PROTOCOLO 1901

Grupo de ações	Descrição	UC
09	A vigilância de uma pessoa com alta por cura hanseníase	10

HANSENIASE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G e H]:

A. Ter o alta por cura da hanseníase.
B. Ter realizado pelo menos 7 consultas médicas ou de enfermagem no período do tratamento.
C. Ter recebido do ACS ao menos 7 visita de vigilância para hanseníase.
D. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise.
E. Ter registro e encerramento do caso no SINAN.
F. Estar com o calendário vacinal completo.
G. Ter registro de vacinação BCG em todos os contactantes.
H. Ter reguistro de prevenção de incapacidade.
K. Ter realizado ao menos uma consulta de saúde bucal, nos últimos 12 meses.

Grupo de ações	Descrição	UC
10	A vigilância tabagista, alcoolista e outras drogas	04

Alcoolista e outras drogas

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B ou C) e D e E e F e G e H e I e J e K e L e (M ou N)]:

A. Ter diagnostico de uso crônico e abusivo de álcool
B. Ter diagnostico de tabagista
C. Fazer uso crônico de outras drogas
D. Ter realizado pelo menos 6 consultas médicas ou de enfermagem nos últimos 6 meses.
E. Ter recebido do ACS ao menos 6 visita de vigilância nos últimos 6 meses
F. Ter recebido ao menos uma consulta sem agendamento nos últimos 6 meses
G. Ter registro de anti-HIV nos últimos 12 meses.
H. Ter registro de ao menos uma consulta familiar nos últimos 6 meses
I. Ter vacinação anti-tetânica em dia
J. Ter vacinação para Hepatite em dia.
K. Ter realizado ao menos uma consulta de saúde bucal, nos últimos 12 meses.
L. Ter estado inscrito na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período em análise
M. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de atenção ao uso abusivo de álcool
N. Ter registro no prontuário de vinculação ao programa de controle do tabagismo

Grupo de ações	Descrição	UC
11	As equipes com alunos de graduação ou residentes (equipes preceptoras)	10

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

84

50

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2011 - Valor: 5,40
ERICK MANES FRANCO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX19507

A equipe recebe o número fixado de 10 UCs no mês caso tenha registro de aluno por mais de 15 dias no mês, atuando na equipe.

Grupo de ações	Descrição	UC
12	Médico com registro de responsável técnico no CREMERJ pela unidade em que atua	10
RESPONSABILIDADE TÉCNICA FORMAL DE UNIDADE O médico de família registrado como responsável técnico da unidade em que atua, perante o CREMERJ, recebe o número fixado de 10 UCs no mês.		

4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Além dos indicadores apresentados no item 3, a OS deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais da SUBPAV / SMSDC, as seguintes ações:

. Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;

. Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada Eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenação da AP local e Coordenação de Saúde da Família;

. Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMSDC/RJ;

. Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

. Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

. Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMSDC- Rio de Janeiro.

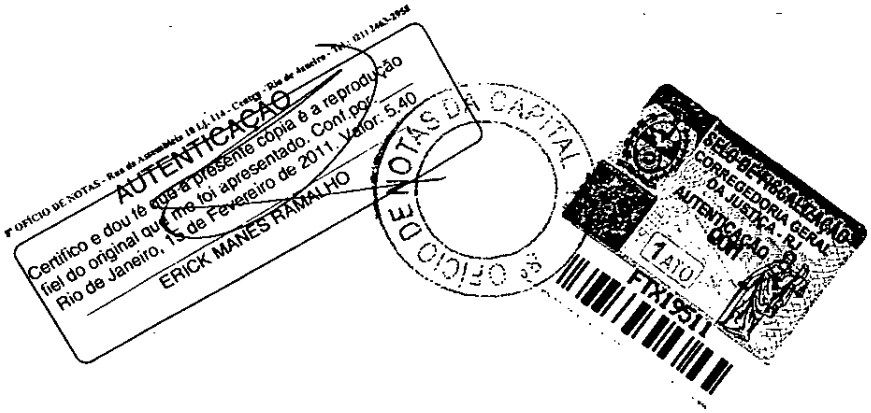
4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

4.1.1. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O CNES foi instituído pela Portaria MS/SAS 376, de 03/10/2000, publicada em 04/10/2000. Todos os estabelecimentos de saúde instalados em território nacional deverão ser cadastrados. O cadastro consiste de um conjunto de fichas cadastrais - FCES -, modelos de 1 a 14. Os profissionais de saúde vinculados ao estabelecimento deverão preencher e assinar o formulário FCES08.
Os dados deverão ser atualizados mensalmente.

4.1.2. SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

O SIA oferece aos gestores estaduais e municipais de saúde, em conformidade com as normas do Ministério da Saúde, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e para a geração de informações necessárias ao Repasse do Custeio Ambulatorial (RCA) (DATASUS).


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
NOTÁS DA CAPITAL
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
1 ATO
FTX19511

Este sistema possui três componentes:

. Cadastro - desde julho/03 é atualizado a partir da Ficha de Cadastro de Estabelecimento de saúde FCES, através do aplicativo DePara executado no nível central pela SMSDC/RJ;

. Programação - Ficha de programação físico-orçamentária FPO. Praticamente toda alteração cadastral implica em uma alteração na FPO, que deverá ser encaminhada à Coordenação de Planejamento Local, através de formulário próprio, que posteriormente enviará à Gerência de Processamento de Dados SUS, até o 15º dia do mês competência, para alteração correspondente no SIA;

. Registro da produção - Boletim de produção ambulatorial BPA e/ou APAC (subsistema específico para procedimentos de alta complexidade, que exigem identificação do usuário).

4.1.3. SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

O SIAB é o sistema obrigatório para os municípios que, enquanto reorganização da Atenção Básica, optaram pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa de Saúde da Família - PSF. É um sistema de informação voltado às equipes de PACS ou de PSF e tem um caráter basicamente gerencial, devendo ser implantado apenas nas unidades que possuam equipes do PSF e/ou do PACS.

Instrumentos de coleta de dados do SIAB:

. Ficha A (Cadastro da família). Este instrumento deve ser preenchido para as famílias de cada micro-área (cada micro-área é de responsabilidade de um ACS). O preenchimento deve ocorrer no início da implantação do PSF/PACS, com a finalidade de fazer o diagnóstico da situação de vida e saúde da população adstrita ao território da equipe. As fichas A e as atualizações deverão ser digitadas no aplicativo SIAB;

. Ficha B (Hanseníase, Diabéticos, Hipertensos, Gestantes e Tuberculose). As fichas B são utilizadas para acompanhamento domiciliar dos grupos prioritários para monitoramento, só devendo ser abertas para os casos confirmados. Os dados destas fichas deverão ser atualizados a cada visita mensal do ACS. Estas fichas também deverão ser guardadas no prontuário da família, porém não serão digitadas no aplicativo SIAB;

. Ficha C Cópia da cadernela de vacinação;

. Ficha D Registro da atividade de cada profissional e de marcadores para da situação de saúde. As Fichas D do médico, dos auxiliares e da enfermeira de cada equipe devem ser consolidadas no final de cada mês e em seguida digitadas no aplicativo SIAB - Relatório PMA2 - e no SIASUS. As fichas D de cada agente comunitário devem ser consolidadas no final de cada mês e o resultado digitado no aplicativo SIAB - Relatório SSA2 - e no SIASUS.

. Em todas as unidades de saúde da família, o SIAB ou sua versão customizada pela SMSDC - Rio de Janeiro – o GSF, está sendo substituído pelo GIL - Gerenciador de Informações Locais, que contém os campos do primeiro e que permite a emissão de relatórios gerenciais de acompanhamento.

4.1.4. SISPRENATAL – Sistema de Informação do Pré-natal

O SISPRENATAL é o aplicativo que foi desenvolvido pelo DATASUS, com a finalidade de permitir o acompanhamento adequado das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Sistema Único de Saúde (DATASUS). No SISPRENATAL, está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada. Permite o acompanhamento das gestantes, desde o início da gravidez até a consulta de puerpério (DATASUS). O SISPRENATAL é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Humanização

8º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia, 10 gr. 115 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2583-2958

AUTENTICAÇÃO

Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado. Conf. por:
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40

ERICK MANES RAMALHO

SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
EJJB 33776
1 ATO
FTX19506

MS
4904
SF

do Pré-Natal e Nascimento e produz informações que comprovam as condições necessárias ao repasse dos estímulos financeiros provenientes do MS:

. Ficha cadastramento da gestante e de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Toda gestante que inicie o pré-natal na unidade, mesmo aquelas que estejam com mais de 120 dias de gestação deve ser cadastrada pelo profissional médico e/ou enfermeiro, através do preenchimento da ficha de cadastramento. Estas fichas preenchidas deverão ser digitadas no aplicativo SISPRENATAL e arquivadas no prontuário da gestante. Os atendimentos de pré-natal das gestantes cadastradas deverão ser registrados, a cada retorno na UBS, nos campos de registro diário dos atendimentos das gestantes no SISPRENATAL. Após a digitação das informações relativas ao acompanhamento, a ficha deverá ser rearquivada no prontuário da gestante de modo a estar acessível para a próxima consulta.

4.1.5. HIPERDIA – Sistema de Cadastramento do Hipertenso e do Diabético

O sistema informatizado permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. O Sistema de cadastramento e acompanhamento dos portadores, Sistema HiperDia, é uma ferramenta útil para profissionais da rede básica e para gestores do SUS no enfrentamento destas doenças (DATASUS).

Este sistema é obrigatório apenas para os municípios que aderiram ao Programa de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Instrumento de coleta de dados do HIPERDIA:

. Ficha de Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.

O profissional médico deve cadastrar todos os usuários portadores de hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, com diagnóstico confirmado, que iniciem o tratamento na UBS.

4.1.6. SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN é um sistema de informação, que conta com um recurso informatizado para coletar e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Possibilita uma análise global integrada de todas as doenças e agravos que constituem objeto de notificação compulsória, interesse nacional, estadual e/ou municipal, sendo o principal instrumento de coleta.

Através do registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo território nacional, fornece informações para análise do perfil da morbidade e contribui desta forma para a tomada de decisões em nível Municipal, Estadual e Federal.

Instrumentos de coleta de dados do SINAN:

. Ficha de notificação do SINAN. Deve ser preenchida pelo profissional que atendeu o paciente e fez a suspeita da doença ou agravo objeto de notificação;

. Ficha de investigação do SINAN. Esta ficha é específica para cada doença ou agravo. Deve ser preenchida pelo profissional designado para esta atividade após a realização da investigação epidemiológica, algumas vezes com o apoio de técnicos da SVS / SUBPAV.

87

4.1.7. SI-PNI/API – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações/Avaliação do Programa de Imunizações

1º OFÍCIO DE NOTAS - Rua da Assembléia 10 Lj. 114 - Centro - Rio de Janeiro - Tel.: (21) 2443-3950
AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cont. de
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor R$ 0,00
ERICK MANES RAMALHO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA RJ
AUTENTICAÇÃO RJ
FTA19005
1º OFÍCIO DE NOTAS

O SI-PNI/API tem como objetivo acompanhar sistematicamente o quantitativo populacional vacinado por faixa etária, além de controlar as coberturas vacinais e taxas de abandono nos âmbitos Federal, Estadual e Municipal. O aplicativo informatizado é desenvolvido pelo DATASUS em consonância com orientações da Coordenação Nacional do PNI, subordinada à Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Instrumento de coleta de dados do API:

. Mapa de registro de doses aplicadas de vacina. Deve ser preenchida pelo profissional da sala de vacina que atendeu o paciente.

. Boletim mensal de doses aplicadas de vacina. Esta ficha é a compilação dos mapas de registro de doses aplicadas e deve ser preenchida pelo profissional da UBS responsável pela sala de vacina.

Fica também claro que outros aplicativos já implantados ou que venham a ser desenvolvidos com vistas a subsidiar projetos e programas prioritários da SMSDC/RJ farão parte das atribuições.

4.1.8. Outros Sistemas de Informação em Saúde

Outros Sistemas Nacionais de Informação em Saúde já existentes que tenham interação com o Saúde da Família ou que venham a ser implantados pelo Ministério da Saúde também deverão ser mantidos e alimentados periodicamente pela OS.

ANEXO TÉCNICO C DO CONTRATO DE GESTÃO: LINHA DE BASE PARA TERRITORIALIZAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.2

A OS deverá considerar os setores censitários (Fonte: Censo Demográfico do IBGE - 2000) dos bairros/comunidades que integram o objeto deste contrato de gestão, durante o cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde para a territorialização das microáreas.

ANEXO TÉCNICO D DO CONTRATO DE GESTÃO: TERMO DE PERMISSÃO DE USO – ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.2

I – Fica permitido, na forma da Lei 5.026/09, o uso dos bens públicos relacionados no Apenso, de acordo com o Contrato de Gestão oriundo do processo administrativo para a AP 2.2, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporados ao patrimônio municipal, sem direito a retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela Contratada em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, deverão ser incorporados ao patrimônio da

AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Conf. Dou
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor: 5,40
ERICK MANES RAMALHO
DE NOTAS
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
FTX 9500

RIO PREFEITURA
SAÚDE E DEFESA CIVIL

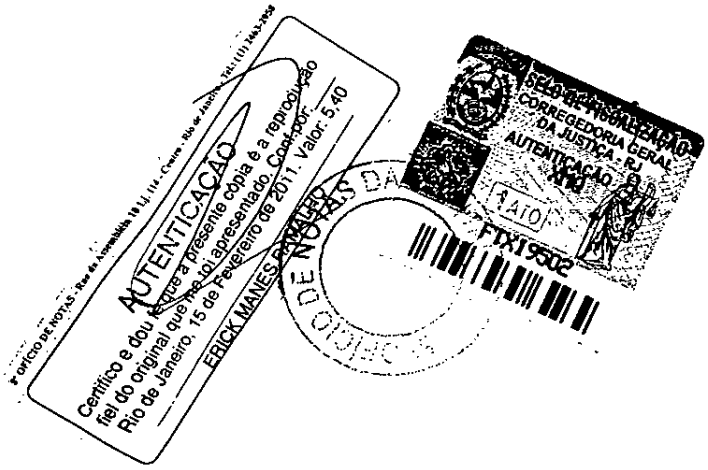
PROTOCOLO / SES
FLS Nº 4906
FUNC

Prefeitura do Município do Rio de Janeiro, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMSDC a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante aprovação do Poder Público Municipal

89

55


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cont. por: 5,40
Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2011. Valor:
ERICK MANES PRADO
SELO DE FISCALIZAÇÃO
CORREGEDORIA GERAL
DA JUSTIÇA - RJ
AUTENTICAÇÃO
ATO
FTX19502

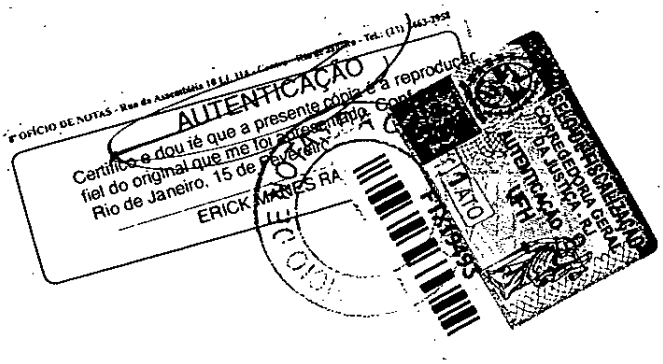
AP 2.2 - Anexo V - Cronograma de Recursos Orçamentários e Metas Físicas

Instituição	Item	Unidade de medida	5º repasse TRIMESTRAL			6º repasse TRIMESTRAL			7º repasse TRIMESTRAL			8º repasse TRIMESTRAL			
			MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24	24 MESES
OSS - parte fixa - limite	Gestão (A)=(a+b)		209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	5.024.756,40
	a) Apoio à Gestão da	apoio a CAPS	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	1.440.000,00
	b) Apoio à gestão do	gestão do TEIA	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	3.584.756,40
OSS - parte fixa - limite	RH (B) = (c+d+e+f+...)		587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	14.101.116,65
	c) Clínicas da Família -	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	4.210.446,05
			469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	469.575,94	
	d) Clínicas da Família -	nº de equipes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	449.575,94
			54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	54.847,68	1.316.344,32
	e) Clínicas da Família -	nº de equipes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
			41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	995.470,55
	f) NASF	nº de equipes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
OSS - parte fixa - limite	Manutenção das Unidades		41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	999.479,02
	g) Ações de educação	nº de equipes	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	5.850.989,04
	h) Combate e consumo -	nº de unidades	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	2.880.000,00
	i) Serviços de Raio X e	nº de equipes	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	2.690.189,04
			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	j) Sistemas de Informação /	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	
OSS - parte fixa - limite	Adaptações de instalações		11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	280.800,00
	a) Apoio à Gestão da	nº de equipes	600.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
			600.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	540.000,00
Parte variável - 1	Limite máximo mensal/total (E)		1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,56	26.516.062,06
Parte variável - 2	Subtotal (F)	valor por equipe R$	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	499.537,24
Parte variável - 3	Subtotal (G)	total 006	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	315.000,00
Limite máximo total (I)=(E-F-G-H)	Subtotal (H)	salários-base	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	595.245,00
			1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	27.926.644,31

(*) No mês 1 os recursos orçamentários devem ser utilizados apenas para as propostas de adaptações das unidades de saúde já existentes listadas no Edital.

A partir do mês 3, estes recursos de adeptação são destinados a equipamentos das novas Clínicas da Família a serem entregues pela Riourbs.

REPASSES TRIMESTRAIS (R$)		
1º repasse:	3.934.549,91	MÊS 1 + MÊS 2 + MÊS 3
2º repasse:	3.506.584,91	MÊS 4 + MÊS 5 + MÊS 6
3º reposse:	3.314.584,91	MÊS 7 + MÊS 8 + MÊS 9
4º repasse:	3.314.564,91	MÊS 10 + MÊS 11 + MÊS 12
5º repasse:	3.914.564,91	MÊS 13 + MÊS 14 + MÊS 15
6º repasse:	3.314.564,91	MÊS 16 + MÊS 17 + MÊS 18
7º repasse:	3.314.584,91	MÊS 19 + MÊS 20 + MÊS 21
8º repasse:	3.314.584,91	MÊS 22 + MÊS 23 + MÊS 24


AUTENTICAÇÃO
Certifico e dou fé que a presente cópia é a reprodução
fiel do original que me foi apresentado. Cont
Rio de Janeiro, 15 de
ERICK MARTINES RA

AP 2.2 - Anexo V - Cronograma de Recursos Orçamentários e Metas Físicas

Instituição	Item	Unidade de medida	1º repasse TRIMESTRAL			2º repasse TRIMESTRAL			3º repasse TRIMESTRAL			4º repasse TRIMESTRAL		
			MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
OSS - parte fixa -limite	Gestão (A)=(a+b)		209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85	209.364,85
	a) Apoio a Gestão da	apoio a CAP	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00	60.000,00
	b) Apoio à gestão co	gestão do TEIA	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85	149.364,85
OSS - parte fixa -limite	RH (B) = (c+d+e+f)		587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53	587.546,53
	c) Clínicas da Família -	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
			449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94	449.575,94
	d) Clínicas da Família -	nº de equipes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
			54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56	54.847,56
	e) Clínicas da Família -	nº de equipes	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
			41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95	41.477,95
	f) NASF	nº de equipes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
			41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96	41.644,96
OSS - parte fixa -limite	Manutenção das unidades (g+h+i+j)		243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21	243.791,21
	g) Acões de educação	nº de equipes	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00	120.000,00
	h) Genéricos e consumo -	nº de unidades	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21	112.091,21
	i) Serviços de Raio X e	nº de equipes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	j) Sistemas de Informação /	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
OSS - parte fixa -limite	Adaptações de instalações /		11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00	11.700,00
	k) Clínica da Família /	nº de equipes	750.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	190.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			750.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	190.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Limite máximo - subtotal (E)		1.790.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.230.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59	1.040.702,59
Parte variável - 1	Subtotal (F)		20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05	20.814,05
Parte variável - 2	Subtotal (G)	valor por equipe R$	0,00	0,00	0,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00	15.000,00
Parte variável - 3	Subtotal (H)	total dos salários-base	0,00	0,00	0,00	26.345,00	26.345,00	28.345,00	28.345,00	28.346,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00	28.345,00
Limite máximo total - (I)=(E+F+G+H)			1.811.516,64	1.061.516,64	1.061.516,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.294.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64	1.104.861,64

Digitally signed by HELIO PEREIRA DE ALENCAR JUNIOR:00141107108
Date: 2011.10.11 10:30:04 -03'00'
Reason: Homologação
Location: Brasília, DF

SMS
4908
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO
2647

MINUTA - CONTRATO DE GESTÃO n.º 08/2011

CONTRATO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA CIVIL - SMSDC E INSTITUTO SOCIAL FIBRA, COM VISTAS À REGULAMENTAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 1.0

Pelo presente instrumento, de um lado o Municipio de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº455, Bloco 1, 7º andar, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade R.G: IFP nº 05461657-8, CPF nº 834202317/68.-, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, no Município de Rio de Janeiro nos autos do processo administrativo nº 09/002080/11 , com CNPJ/MF nº. 02.744.384/0001-82, localizada na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1234, Conjunto 31, Bairro de Pinheiros, São Paulo –SP, CEP 01452-002, neste ato representada por seu Diretor Presidente, Prof. Dr. Luiz Fernando Giazzi Nassri, portador da carteira de identidade n.º 11.888.818, CPF.065.559.838-33, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, o Decreto nº 30.780 de 2 de junho de 2009, e suas alterações, que regulamenta a Lei Municipal nº. 5.026, de 19/05/09, bem como a Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações, no que couber, e o Código de Administração Financeira e Contabilidade Pública do Município do Rio de Janeiro (CAF), instituído pela Lei nº. 207, de 19/12/80, e suas alterações, ratificadas pela Lei Complementar nº. 01, de 13/09/90, e pelo Regulamento Geral do Código supracitado (RGCAF), aprovado pelo Decreto nº. 3.221, de 18/09/81 e suas alterações, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, RESOLVEM celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO referente ao apoio ao gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no âmbito da Área de Planejamento (AP 1.0), ficando permitido o uso dos equipamentos de saúde designados pelo período de vigência do presente contrato, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente CONTRATO DE GESTÃO tem por objeto a operacionalização, apoio e execução pela CONTRATADA, de atividades e serviços de saúde dos equipamentos destinados à estratégia de saúde da família, no âmbito da Área de Planejamento (AP 1.0), em conformidade

92

SES
4909
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

com todos os seus Anexos Técnicos (I, II), bem como com o Edital do Processo Seletivo e seus anexos, que são parte integrante e indissociáveis deste instrumento.

2693

Passarão a ser progressivamente geridas pela CONTRATADA novas unidades e serviços e aquelas atualmente existentes definidos nos Quadros (a) e (b) abaixo:

a) apoio a gestão da Saúde da Família e Saúde Bucal em novas unidades de saúde:

Classificação	Serviço a ser oferecido	Comunidades / Bairros
Clínicas de Saúde da Família	Equipes de Saúde da Família com saúde bucal	Centro, Catumbi, Caju, Mangueira, Rio Comprido, Estácio, Cidade Nova, Ilha de Paquetá

Obs: Ao longo do contrato de gestão está prevista a construção de até duas novas Clínicas de Saúde da Família pela Riourbe nos bairros da AP 1.0 em locais a definir.

b) apoio a gestão da Saúde da Família e Saúde Bucal nas unidades de saúde já existentes:

N	Estabelecimento
1	SMSDC RIO CMS JOSE MESSIAS DO CARMO
2	SMSDC RIO CMS ERNANI AGRICOLA

PARÁGRAFO ÚNICO

Este CONTRATO DE GESTÃO segue os preceitos descritos no art. 8° do Decreto 30.780/09:

I - especificação do programa de trabalho, estipulação das metas a serem atingidas e respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;

II - estipulação dos limites e critérios para a despesa com a remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais, no exercício de suas funções;

III – disponibilidade permanente de documentação para auditoria do Poder Público;

IV - atendimento à disposição do § 2.° do artigo 5.° da Lei Municipal n° 5026, de 19 de maio de 2009;

V - vedação à cessão total ou parcial do contrato de gestão pela Organização Social;

VI - atendimento exclusivo aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, no caso das Organizações Sociais da Saúde.

VII - o orçamento, o cronograma de desembolso e as fontes de receita para a sua execução;

VIII - vinculação dos repasses financeiros que forem realizados pelo Poder Público ao cumprimento das metas pactuadas no contrato de gestão;

IX - discriminação dos bens públicos cujo uso será permitido à Organização Social quando houver;

93

SES
4910
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2649

X – em caso de rescisão do contrato de gestão, do patrimônio, dos legados ou das doações que lhe foram destinados, bem como dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, em caso de extinção ou desqualificação da entidade, ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito do Município do Rio de Janeiro, da mesma área de atuação, ou ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, na proporção dos recursos e bens por este alocados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

São da responsabilidade da CONTRATADA, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas (Anexos I, II) e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e municipal que regem a presente contratação, as seguintes:

1) Prestar os serviços de saúde que estão especificados nos Anexos Técnicos I, II e IV, de acordo com o estabelecido neste contrato e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde -, especialmente o disposto na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde existentes no Município;

III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a CONTRATADA por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

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

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

VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

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

VIII – fomento dos meios para participação da comunidade;

IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

2) Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a CONTRATADA deverá observar:

I – respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

III - respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

94

SMS
4911
FLS.
10
RUBRICA
PROTOCOLO 2650

IV – garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
V – esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.
VI – responsabilidade civil pelo risco de sua atividade;
VII – inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual.

3) Apoiar a integração territorial dos equipamentos de saúde das Áreas de Planejamento cobertas pelo Programa Cegonha Carioca – Módulo Acolhimento, visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

4) Apoiar e integrar o complexo regulador da SMSDC/RJ;

5) Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

6) Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias e/ou específicas sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos daí decorrentes.

7) Responsabilizar-se, civil e criminalmente, perante pacientes por eventual indenização de danos morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à CONTRATADA. E também responsabilizar-se por danos materiais e morais oriundos de ações por erro médico, além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores.

8) Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

9) Garantir que as Equipes de Acolhimento estejam sempre com o quadro técnico completo, ou seja, com todos os profissionais definidos na composição mínima das respectivas equipes.

10) Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido, seguido pelo nome designativo "Organização Social – Secretaria Municipal da Saúde e Defesa Civil", devendo afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;

11) Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa;

SES
4912
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

12) Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos termos de cessão/permissão de uso que deverão definir as responsabilidades da CONTRATADA, até sua restituição ao Poder Público, bem como realizar adaptações/reformas com a anuência deste nas unidades já existentes;

13) Observar na permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, as condições estabelecidas na Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, e da Lei Orgânica do Município, devendo ser realizada mediante a formalização de termo específico, após detalhado inventário e identificação dos referidos bens, a ser realizado pela Superintendência de Patrimônio da Secretaria Municipal de Fazenda. O termo especificará os bens e o seu estado de conservação e definirá as responsabilidades da CONTRATADA quanto à sua guarda e manutenção.

14) Assegurar que a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como das benfeitorias realizadas naqueles já existentes, sejam incorporados ao patrimônio municipal, sem possibilidade retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

15) Manter em perfeitas condições os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados.

16) Garantir que sejam automaticamente incorporados ao patrimônio do Município do Rio de Janeiro, os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste Contrato, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à SMSDC a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens;

17) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados das Organizações Sociais;

18) Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação e conseqüente extinção da Organização Social;

19) Transferir, integralmente, à CONTRATANTE os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido, em caso de desqualificação e da Organização Social;

SES
4913
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

20) Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da CONTRATADA, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a CONTRATANTE de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

21) Em caso do ajuizamento de ações trabalhistas pelos empregados da CONTRATADA ou da verificação da existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente contrato pela CONTRATADA, com a inclusão do Município do Rio de Janeiro no pólo passivo como responsável subsidiário, a CONTRATANTE poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência. A retenção aqui prevista será realizada na data do conhecimento pelo Município do Rio de Janeiro da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários. ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

22) A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela Adjudicatária. Não ocorrendo nenhuma dessas hipóteses aqui prevista, a CONTRATANTE efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à CONTRATADA.

23) Ocorrendo o término do contrato sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

24) Excepcionalmente o valor retido conforme item 15.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.

25) Pagar remuneração aos seus dirigentes e empregados de acordo com o valor praticado no mercado.

26) Abrir conta corrente bancária específica para movimentação dos recursos provenientes do presente Contrato. manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do contrato,

SES
4914
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

e disponibilizar extrato quinzenalmente a Coordenação de Área de Planejamento (AP) e à CONTRATANTE. 2653

27) Dispor de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda.

28) Não estar sujeita a nenhum tipo de restrição legal ou judicial que incapacite seu titular para firmar este CONTRATO DE GESTÃO com a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E DEFESA CIVIL.

29) Comprometer-se a manter como dirigente deste contrato de gestão profissional com a qualificação mencionada no Edital de Convocação Pública, item 4.1 alínea e2.

30) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material (Decreto 28.937/08).

31) Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a CONTRATANTE obriga-se a:

1) Disponibilizar à CONTRATADA os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste Contrato e em seus anexos;

2) Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato, fazendo o repasse mensal nos termos do cronograma de desembolso aprovado;

3) Programar no orçamento do Município, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4) Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei nº 5.026, de 19 de maio de 2009 e da Lei Orgânica do Município, mediante termo de permissão de uso. Para a formalização do termo, a CONTRATANTE deverá inventariar, avaliar e identificar previamente os bens;

5) Promover a cessão de servidores públicos para a Organização Social, nos termos do art. 14 da Lei Nº 5026/2009, mediante autorização governamental, tendo o servidor preferência a ocupar os postos de trabalho desejados, observando-se o interesse público, mediante análise do perfil do servidor;

SES
4915
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO
2559

6) Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da Organização Social para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

7) Acompanhar a execução do presente Contrato de Gestão, através da Comissão Técnica de Acompanhamento, para este fim designada, com fulcro no estabelecido no presente Contrato e respectivos anexos.

8) Acompanhar a execução do presente Contrato de Gestão, através das Coordenadorias de Saúde da AP e seu respectivo Conselho Distrital de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento a ser nomeada por resolução do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, em conformidade com o disposto no artigo 8° e respectivos parágrafos, da Lei nº. 5.026, de 19 de maio de 2009, procederá à avaliação mensal do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela Organização Social com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A avaliação de que trata o "caput" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do Contrato de Gestão, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas, com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades e a aplicação adequada dos recursos financeiros.

PARÁGRAFO SEGUNDO

No caso do não atingimento das metas pactuadas ou da verificação de qualquer desconformidade na execução do contrato de gestão, a Comissão Técnica de Acompanhamento deverá, a qualquer tempo, encaminhar relatório ao Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente contrato será de 02 (dois) anos, a contar da data de sua assinatura, renovável uma vez por igual período,e outra pela metade, se atingidas, pelo menos, oitenta por cento das metas definidas pelo período anterior, nos termos do art. 8, VII do Decreto 30.780/09.

PARÁGRAFO ÚNICO

99

SES
4916
RUBRICA
PROTOCOLO
2655

O prazo de vigência do Contrato não exime a CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseq0entes.

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste Contrato, especificados nos Anexos Técnicos, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA os valores definidos no Anexo Técnico III – Sistema de Transferência de Recursos Orçamentários

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser por esta aplicados, de acordo com o Decreto nº 3.3010, de 3 de novembro de 2010:

I - em cadernetas de poupança de instituição financeira oficial se a previsão de seu uso for igual ou superior a um mês;
II – em fundos de curto prazo; e
III - em operações com títulos públicos federais.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os resultados das aplicações mencionadas no § 1º não podem acarretar riscos ao patrimônio e deverão ser revestidos, exclusivamente, nos objetos do presente Contrato de Gestão.

PARÁGRAFO TERCEIRO

Fica facultado à CONTRATADA como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais alude o art. 1º da Lei 9656/98 de 03 de junho de 1998, os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO QUARTO

Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUINTO

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização, bem como, nos termos do artigo 29 do Regulamento Geral

SES
4917
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

aprovado pelo Decreto nº 30.780 de 02.06.2009, sendo facultado contrair empréstimos junto a organismos nacionais e internacionais.

PARÁGRAFO SEXTO

A organização social deverá ter uma conta única para a aplicação dos recursos provenientes da SMSDC/RJ, sendo este extrato apresentado junto ao relatório de prestação de contas da CONTRATADA, mensalmente, à SMSDC/RJ.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os valores das transferências de recursos orçamentários, fixos e variáveis, o número de parcelas e as respectivas condições, serão definidos no Cronograma de Desembolso aprovado pela CONTRATANTE.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A parcela correspondente ao mês 01 do cronograma de desembolso será creditada como 1º.(primeiro) aporte de recursos financeiros, viabilizando o cumprimento do item que solicita abertura de conta corrente especifica para movimentação e comprovação das despesas realizadas através de extrato bancário mensal.

PARÁGRAFO SEGUNDO

A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como os seus anexos, poderão ser anualmente atualizados e revistos, mediante prévia justificativa por escrito que conterá a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A alteração do presente CONTRATO DE GESTÃO, bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização do Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil; após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Acompanhamento.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Os anexos que compõem este CONTRATO DE GESTÃO, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização, assegurando os direitos da CONTRATAOA.

SES
4918
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Em caso de rescisão amigável, por conveniência da Administração, a CONTRATADA se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da CONTRATANTE, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à CONTRATANTE.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela CONTRATADA de cláusula ou obrigação constante deste Contrato ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a CONTRATANTE, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, quais sejam:

I. Advertência;
II. Multa no valor compreendido entre 2 e 5% (dois e cinco por cento) sobre o valor total do contrato, estipulada pela **CONTRATANTE**, dependendo da gravidade da infração,a ser cobrada nos termos da legislação municipal;
III. Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
IV. Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.
V. Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Município do Rio de Janeiro.

PARÁGRAFO PRIMEIRO

A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO

As sanções previstas nos incisos I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO

102

SES
4919
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO
2659

Da data de publicação da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil.

PARÁGRAFO QUARTO

O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à CONTRATADA e o respectivo montante será descontado das transferências de recursos orçamentários devidas em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO

A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente **CONTRATO DE GESTÃO** se regerá ainda pelas seguintes disposições:

PARÁGRAFO PRIMEIRO

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO SEGUNDO

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução do presente Contrato, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

PARÁGRAFO TERCEIRO

A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário Municipal da Saúde e Defesa Civil e ao Prefeito Municipal, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARAGRAFO QUARTO

SES
49.20
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Fica vedada a cessão total ou parcial do referido **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA - DA PUBLICAÇÃO

O CONTRATO DE GESTÃO será publicado, às expensas da CONTRATADA, no Diário Oficial do Município, no prazo até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA - DO FORO

Fica eleito o Foro Central da Capital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as CONTRATANTES, assinam o presente contrato em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Rio de Janeiro, 19 de setembro de 2011.

Diretor Presidente
OS Instituto Social Fibra
Luiz Fernando Giazzi Nassri

Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil
Hans Fernando Rocha Dohmann

Testemunhas:

1) Ana Maria Germano
Nome: Ana Maria Germano
R.G: 13653278

2) Ana Carolina Barra
Nome: Ana Carolina H. S. Lara
R.G: M 6 773 291

AP 1.0

Anexo I - Cronograma de Recursos Orçamentários e Metas Físicas

Instituição	Item	Unidade de medida	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	MÊS 4	MÊS 5	MÊS 6	MÊS 7	MÊS 8	MÊS 9	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	Gestão (A)=(a+b)													
	a) Apoio a Gestão da CAP	apoio e CAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Apoio a gestão do TEIAS - OSS	gestão do TEIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	RH (B) = (c+d+e+f)													
	c) Clínicas da Família - Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	d) Clínicas da Família - Equipes tipo II da Saúde Bucal	nº de equipes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	e) Clínicas da Família - Equipes de Atenção Farmacêutica (uma por clínica)	nº de equipes	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	f) NASF	nº de equipes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	Manutenção das unidades (C) = (g+h+i+j)													
	g) Ações de educação, vigilância e promoção da saúde	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	h) Contratos e consumo - unidades de atenção primária	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	i) Serviços de Raio X e Ultrassom	nº de Clínicas da Família	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	j) Sistemas de informação / prontuário eletrônico	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

PROTOCOLO
RUBRICA
Fls.

Instituição	Item	Unidade de medida	MÊS 13	MÊS 14	MÊS 15	MÊS 16	MÊS 17	MÊS 18	MÊS 19	MÊS 20	MÊS 21	MÊS 22	MÊS 23	MÊS 24
OSS - parte fixa - mite máximo a ser contratado	Gestão (A)=(a+b)													
	a) Apoio a Gestão da CAP	apoio a CAP	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	b) Apoio a gestão do TEIAS - OSS	gestão do TEIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
OSS - parte fixa - mite máximo a ser contratado	RH (B) = (c+d+e+f)													
	c) Clínicas da Família - Equipes de Saúde da Família	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	d) Clínicas da Família - Equipes tipo II de Saúde Bucal	nº de equipes	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	e) Clínicas da Família - Equipes de Atenção Farmacêutica (uma por clínica)	nº de equipes	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	f) NASF	nº de equipes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
OSS - parte fixa - limite máximo a ser contratado	Manutenção das unidades (C) = (g+h+i+j)													
	g) Ações de educação, vigilância e promoção da saúde	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	h) Contratos e consumo - unidades de atenção primária	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	i) Serviços de Raio X e Ultrassom	nº de Clínicas de Família	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	j) Sistemas de Informação / prontuário eletrônico	nº de equipes	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

105

2662

SES 49.22 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

SES
4923
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
SES

CONTRATO DE GESTÃO N. 002/SES/MT/2012

Contrato de Gestão que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Social Fibra, qualificada como Organização Social, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no HOSPITAL REGIONAL DE ALTA FLORESTA, para os fins que se destina.

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ nº 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **VANDER FERNANDES**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 1207545 SSP/DF, e CPF nº 505.502.681-20, residente e domiciliado em Cuiabá/MT, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 02.744.384/0001-82, com sede na Av. Brigadeiro Faria Lima, n. 1.234, Conjunto 31, Bairro Pinheiros, CEP 01.452-002, no Município de São Paulo Estado de São Paulo, neste momento representado pelo Sr. **LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI**, brasileiro, separado de fato, cirurgião dentista, portador da cédula de identidade RG nº 11.888.818 SSP/SP, CPF nº 065.559.838-33, neste ato denominada **CONTRATADA**, considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 772373/2011 (Chamamento Público), **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, em decorrência da Dispensa de Licitação realizada com fundamento no inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/1993, e será regido pela Lei Complementar 150/2004, Leis 8.080/1990, Lei 8.142/1990 e demais normas do Sistema Único de Saúde, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO** tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Regional de Alta Floresta, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com os anexos a seguir elencados, que integram o presente instrumento:

a) **ANEXO I** - Descrição de Serviços;
b) **ANEXO II** - Sistema de Pagamento;
c) **ANEXO III** - Indicadores de Qualidade;
d) **ANEXO IV** - Relação de Investimento;
e) **ANEXO V** - Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e anexo;
f) **ANEXO VI** - Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel;

106

SES
4924
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

g) **ANEXO VII** - Termo de Cessão de Servidores e anexo.

1.2. O objeto do presente contrato deverá garantir atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido;

1.3. A finalidade do contrato deverá ser executada de forma a garantir: qualidade, eficácia, eficiência, efetividade e os resultados esperados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1. A CONTRATADA compromete-se a:

2.1.1. Assegurar a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL** objeto do presente Contrato, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade hospitalar e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento do **HOSPITAL**;

2.1.2. Aderir ao Contrato de prestação de serviços n. 003/2011/SES/MT, que tem por finalidade a disponibilização da plataforma eletrônica de compras de insumos específicos da área de saúde, sendo permitida a compra de outra forma desde que justificado e comprovado o menor preço;

2.1.3. Aderir e alimentar o sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizado pela **CONTRATANTE**;

2.1.4. Implantar Sistema de Informação/Gestão Hospitalar, bem como dar ao referido sistema toda manutenção e estrutura necessária para a execução e acompanhamento dos serviços pactuados neste contrato;

2.1.5. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

2.1.6. Garantir, em exercício no **HOSPITAL**, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, estando definida, como parte de sua intra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia;

2.1.7. Responsabilizar por todo o gerenciamento dos serviços de Unidade de Coleta e Transfusão - UCT do Hospital Regional de Alta Floresta, devendo atender 100% dos doadores que procurarem

107

SES
4925
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

espontaneamente o serviço e promover no mínimo 06 (seis) campanhas de coletas externas, anualmente;

2.1.8. Apresentar na prestação de contas, mensal, o número de entrevistas realizadas com doadores considerados não aptos, número de coletas realizadas e o número de todas as transfusões realizadas;

2.1.9. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua freqüência, pontualidade e boa conduta profissional;

2.1.10. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, o logotipo da SES/MT e do **HOSPITAL**;

2.1.11. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no **HOSPITAL**;

2.1.12. Manter atualizado os registros de informações/faturamento, em sistema oficial do Ministério da Saúde, de todos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados mensalmente pela **CONTRATADA**, em nome da SES/MT;

2.1.13. Manter o registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

2.1.14. Integrar-se nos Sistemas de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, assim como todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde existentes, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, Sistema de Informação Hospitalar SIH e Sistema de Informação Ambulatorial – SAI;

2.1.15. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;

2.1.16. Apresentar os documentos de regularidade fiscal exigidos no edital como condição para assinatura do contrato;

2.1.17. Manter durante toda a execução do contrato a compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no chamamento público;

2.1.18. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE**, usuários e/ou a terceiros por sua culpa, em conseqüência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de

SES
4926
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

2.1.19. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à **CONTRATANTE** o ressarcimento de despesas realizadas e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas;

2.1.20. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

2.1.21. Consolidar a imagem do **HOSPITAL** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

2.1.22. Fica facultada a **CONTRATADA** a aquisição de bens móveis e utensílios, bem como, execução de obras complementares, necessárias ao pleno funcionamento, com recursos transferidos pelo contrato de gestão, devendo esta obter prévia análise e aprovação da Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

2.1.23. Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos do **HOSPITAL**;

2.1.24. Implantar e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, realizando manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos, gases em geral, bem como, em toda infra-estrutura, necessária para a execução do objeto deste contrato, com base no Plano de Manutenção que deve ser apresentado em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura deste contrato, para aprovação da **CONTRATANTE**;

2.1.25. Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos, instalações e utensílios, objeto do presente contrato, em perfeitas condições de uso, respeitado o desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme Termos de Permissão de uso;

2.1.26. Manter registro dos usuários atendidos contendo no mínimo: nome, RG, número do cartão SUS e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais, bem como para qualquer tipo de interação feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE**, bem como aos controles interno e externo;

109

SES
4927
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.27. Enviar à **CONTRATANTE** todas as informações sobre as atividades assistenciais desenvolvidas no **HOSPITAL** e movimentações dos recursos financeiros recebidos e realizados pela unidade hospitalar, conforme anexos - I e III;

2.1.28. Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, até o dia 10 (dez) do mês subseqüente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**;

2.1.29. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhados em arquivo eletrônico, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos pelo **CONTRATANTE**;

2.1.30. Em relação aos direitos dos usuários, a **CONTRATADA** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;
b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;
c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;
d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;
e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;
h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;
i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **HOSPITAL**, nas internações de crianças, gestantes e idosos;
j) Garantir atendimento igualitário aos usuários.

2.1.31. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

a) Nome do usuário;
b) Nome do Hospital;
c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);

SES
4928
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

d) Motivo da internação (CID-10);

e) Data de admissão e data da alta;

f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

g) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

i) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

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

2.1.32. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES/MT;

2.1.33. Implantar pesquisa de satisfação na alta hospitalar, conforme anexo - III;

2.1.34. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

2.1.35. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES/MT, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

2.1.36. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES/MT, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

2.1.37. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do **HOSPITAL**, sem a prévia ciência e aprovação da **CONTRATANTE**;

2.1.38. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos - I e III, deste Contrato;

2.1.39. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital;

SES
4929
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.40. Implantar e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Prontuários Médicos;
b) Comissão de Verificação de Óbitos;
c) Comissão de Ética Médica;
d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

2.1.41. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;

2.1.42. Implantar e manter Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos, conforme o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS, bem como manter o núcleo de engenharia clínica, para o bom desempenho dos equipamentos;

2.1.43. Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo - I;

2.1.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva, vinculada(s) ao **HOSPITAL**, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATDA**;

2.1.45. Publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do presente Contrato de Gestão, no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de março do ano subsequente;

2.1.46. Elaborar e encaminhar à **CONTRATANTE**, em modelos por esta estabelecidos, relatórios de execução, trimestral, até o dia 20 (vinte) do mês subseqüente ao trimestre;

2.1.47. Elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, devendo ser apresentado à **CONTRATANTE** até o dia 10 (dez) de janeiro do ano subseqüente;

2.1.48. Anexar juntamente com a prestação de contas os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior;

2.1.49. Comunicar à **CONTRATANTE** todas as aquisições e doações de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

112

SES
4930
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.50. Tomar conhecimento, o mais breve possível, após assumir o gerenciamento da unidade hospitalar dos Contratos, Convênios, Cooperações Técnicas e outros instrumentos firmados pela **CONTRATANTE**, manifestando-se, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste, quanto ao interesse em mantê-los;

2.1.51. Havendo interesse em manter os Contratos, Convênios, Cooperações Técnicas e outros instrumentos, conforme mencionado no subitem 2.1.50, a **CONTRATADA** deverá assumir tais instrumentos transferindo-os para seu nome;

2.1.52. Permitir o livre acesso da Comissão instituída pela **CONTRATANTE**, do Controle Interno/SES e da Auditoria Geral do SUS, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de fiscalização ou auditoria;

2.1.53. Elaborar e publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da assinatura deste instrumento os regulamentos de recursos humanos, financeiros, obras e de aquisição de bens e serviços realizados com recursos públicos, devendo os mesmos ser, previamente, aprovados pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

2.1.54. Deverá designar recursos humanos em quantidade que julgar necessário, bem como, responsabilizar-se pela qualidade da execução das atividades decorrentes deste contrato;

2.1.55. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados;

2.1.56. Possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe, podendo esse profissional assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada no Sistema Único de Saúde;

2.1.57. Desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas do Ministério da Saúde – MS, da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, bem como, implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

2.1.58. Exigir e fiscalizar o cumprimento o cumprimento do artigo 7º da Portaria n. 104, de 25/01/2011 do Ministério da Saúde, relativo às notificações compulsórias, devendo propiciar aos médicos os meios necessários para o cumprimento da obrigação contida no referido dispositivo legal;

113

SES
4931
FLS.
2
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.59. Garantir à segurança patrimonial do **HOSPITAL**, bem como, a segurança pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade e de todos aqueles que trabalham no **HOSPITAL**;

2.1.60. Identificar os equipamentos e materiais de sua propriedade, se existir, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da **CONTRATANTE**;

2.1.61. Cumprir as normas legais Municipais, Estaduais e Federais que tenha ligação direta ou que interfiram na execução dos serviços;

2.1.62. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida para a execução do presente contrato de gestão;

2.1.63. Apresentar a documentação de habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de assinatura deste Contrato;

2.1.64. Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte de seus empregados ou contratados, garantindo o percentual mínimo de atendimento previsto em lei, de modo que não ocorram interrupções dos serviços pactuados;

2.1.65. Dar ciência imediata e por escrito, à **CONTRATANTE**, sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços pactuados no presente contrato;

2.1.66. Contratar seguro contra incêndio, furto e roubo dos bens e insumos sob sua guarda, bem como nos casos de transporte de materiais e medicamentos, que garantam a proteção securitária de quaisquer ocorrências durante o prazo de vigência deste contrato;

2.1.67. Comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, após sua ocorrência, quaisquer sinistros relativos aos bens e insumos sob sua guarda;

2.1.68. Assegurar, através de treinamento de pessoal interno e externo, que todos os objetivos ora pactuados sejam alcançados;

2.1.69. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

2.1.70. Realizar processo seletivo simplificado para contratação de Recursos Humanos, devendo manter a guarda de todos os documentos relativos à seleção, pelo período de vigência deste contrato;

SES
4932
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.71. Manter arquivado todos os demais documentos originais pertinentes ao Contrato de Gestão, em boa ordem e em bom estado de conservação, ficando à disposição da **CONTRATANTE** e dos órgãos de controle interno e externo do Estado, pelo prazo em que vigorar o presente contrato;

2.1.72. Não transferir total ou parcialmente o objeto deste contrato a terceiros, sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**, e não se eximir de suas responsabilidades e obrigações decorrentes deste contrato;

2.1.73. Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato, e executá-lo de acordo com a legislação vigente;

2.1.74. Manter-se qualificada como Organização Social durante a vigência deste Contrato de Gestão.

2.2. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

2.2.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL;**

2.2.2. Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução deste Contrato e a programar os orçamentos dos exercícios subseqüentes, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

2.2.3. Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

2.2.4. Realizar o monitoramento, controle e avaliação periódicos, através da Comissão Permanente de Contratos de Gestão instituída para esse fim, a qual observará *"in loco"* o desenvolvimento e cumprimento das atividades de assistência prestada pela **CONTRATADA** aos usuários no **HOSPITAL;**

2.2.5. Avaliar e aprovar através da Comissão Permanente de Contratos de Gestão os regulamentos de que trata o item 2.1.53, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

2.2.6. Acompanhar, constantemente, as aquisições de bens permanentes e obras realizadas pela **CONTRATADA;**

2.2.7. Celebrar Termo de Compromisso entre o MT - Hemocentro e a **CONTRATADA** visando regulamentar as obrigações entre as partes quanto aos serviços da UCT, respeitado-se a legislação

SES
4933
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

correlata vigente, devendo este instrumento ser encaminhado para a Comissão Permanente de Contratos de Gestão para conhecimento e análise antes de sua formalização;

2.2.8. Relacionar as dependências de instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão dados em permissão de uso para a execução dos serviços, com a indicação de seu estado de conservação;

2.2.9. Solicitar a **CONTRATADA** substituição de qualquer produto, material, recursos ou equipamentos, cujo uso considere inadequado e/ou prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;

2.2.10. Notificar a **CONTRATADA,** por escrito e com antecedência de 15 (quinze) dias, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;

2.2.11. Efetuar o controle de qualidade, junto aos usuários, dos serviços prestados mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;

2.2.12. Descontar do valor correspondente ao custeio deste contrato, concernente ao pagamento dos servidores cedidos conforme Anexo - VII, utilizando como parâmetro o valor de mercado da região, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, exceto para os médicos cedidos que deverá ser descontado o valor da remuneração bruta;

2.2.13. Rescindir todos os contratos, convênios, termos de cooperação e outros instrumentos congêneres, que estiverem vigentes, ou transferi-los à **CONTRATADA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura deste Contrato de Gestão;

2.2.14. Firmar Termo de Compromisso com o Município de Alta Floresta, para estabelecer as obrigações necessárias visando garantir a execução dos serviços pactuados neste Contrato de Gestão.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. A vigência do presente instrumento será de **05 (cinco) anos**, contar de **13/01/2012** a **12/01/2017**, podendo ser renovado, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da Comissão Permanente de Contratos de Gestão, quanto à avaliação de indicadores de metas de produção e resultado que permitam a avaliação objetiva do desempenho, e autorizada pelo Secretário de Estado de Saúde;

3.2. 06 (seis) meses antes do término da vigência deste contrato a Comissão Permanente de Contratos de Gestão analisará a conveniência e a oportunidade administrativa de sua renovação;

116

SES
4934
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CLÁUSULA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

4.1. O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, bem como havendo a necessidade de investimentos, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da Comissão Permanente de Contratos de Gestão e autorização do Secretário de Estado de Saúde;

4.2. Poderá também ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência;

4.3. As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizados por meio de Termos Aditivos, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente contrato.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais;

5.2. Para a execução, do primeiro ano, do objeto deste contrato, a **CONTRATANTE** transferirá à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento e seus anexos, o valor anual de R$ **31.844.194,48** (trinta e um milhões oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), para o exercício financeiro de 2012;

5.3. O valor pactuado será transferido pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sexta deste Contrato;

5.4. Os recursos transferidos à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato;

5.5. Do total dos recursos financeiros previsto nesta Cláusula, a **CONTRATADA** formará fundos destinados para provisões, com depósitos mensais, em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta referida no item 2.1.44, inclusive para fins de rescisões e reclamatórias trabalhistas e ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo mesmo após o término do contrato;

5.6. As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária

SES
4935
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

a seguir especificada:
Unidade Orçamentária: **21601**
Programa: **276**
Projeto Atividade: **4157**
Natureza de Despesa: **335041 - 445052**
Fontes de Recursos: **112 e 134**

5.7. 90 (noventa) dias antes do término da execução, de cada ano do presente contrato, a Comissão Permanente de Contratos de Gestão indicará a previsão orçamentária a ser empenhada no ano subsequente.

CLÁUSULA SEXTA - DO PAGAMENTO

6.1. O pagamento do valor constante da Cláusula Quinta será efetuado conforme as condições a seguir estabelecidas:

I – Na vigência do presente Contrato, o valor anual a ser transferido será de R$ **31.844.194,48** (trinta e um milhões oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), sendo que a importância de **R$ 1.844.194,48** (um milhão oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), corresponde ao valor destinado a investimentos, e o valor de **R$ 30.000.000,00** (trinta milhões de reais), será transferido mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais consecutivas, cujo valor é composto de uma parte correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal, conforme anexo - II, e uma parte correspondente a 10% (dez por cento) do orçamento mensal, conforme anexo - III;

II - Do montante de **R$ R$ 30.000.000,00** (trinta milhões de reais) mencionado no item anterior, corresponde à transferência financeira mensal da primeira até a décima segunda parcela no valor de **R$ 2.500.000,00** (dois milhões e quinhentos mil reais), sendo que o valor relativo à primeira parcela será transferido na assinatura deste Contrato, e as demais parcelas serão transferidas até o dia 10 (dez) dos meses subseqüentes;

III – O recurso destinado aos investimentos necessários para o funcionamento do HOSPITAL na ordem de **R$ 1.844.194,48** (um milhão oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), a ser transferido em duas parcelas de **R$ 922.097,24** (novecentos e vinte e dois mil noventa e sete reais e vinte e quatro centavos), nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, conforme Anexo - IV;

IV - A **CONTRATADA** deverá apresentar até o quinto dia do mês Relatórios Gerenciais Contábeis, extrato bancário das contas, bem como, as certidões de regularidade fiscal;

118

SES
4936
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

V - A **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento, mediante ordem bancária, em moeda corrente, no décimo dia de cada mês, mediante a apresentação de recibo;

6.2. As metas de qualidade serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo – III;

6.3. O cumprimento de metas quantitativas está vinculado aos 90% do valor de custeio mensal e será avaliado trimestralmente. Em caso de não cumprimento das metas quantitativas ocorrerá desconto proporcional ao percentual de não cumprimento, discriminado no quadro do Anexo – II. O desconto financeiro pelo não cumprimento de metas quantitativas será efetuado em regime semestral e poderá ser fracionado em parcelas mensais, conforme acordo entre as partes;

6.4. As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte dos 90%, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas de produção das partes variáveis serão realizados nos meses subseqüentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus anexos;

6.5. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

6.6. Havendo saldo das parcelas de custeio estes poderão ser utilizados para novos investimentos, quando necessários, desde que justificado pela **CONTRATADA** e previamente aprovado pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS BENS

7.1. Os bens móveis, bem como o imóvel referente ao **HOSPITAL**, têm o seu uso permitido (anexo - V e VI) pela **CONTRATADA**, durante a vigência do presente instrumento, nos termos dos artigos 15, 16 e 19 da Lei Complementar 150/2004;

7.2. A CONTRATADA receberá através de seu preposto, os bens móveis e imóvel, na forma dos Termos da Permissão de Uso, Anexos - V e VI e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual, em bom estado de conservação, sempre considerando o tempo de uso dos mesmos;

7.3. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Mato Grosso, após prévia avaliação e expressa autorização da **CONTRATANTE**;

119

SES
4937
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

7.4. A **CONTRATADA** deverá administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no respectivo Termo de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público;

7.5. A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas;

7.6. A **CONTRATANTE** deverá acompanhar mensalmente todas as aquisições de bens efetuadas pela **CONTRATADA** e lançar os novos bens no sistema SIGPAT – Sistema de Gestão de Patrimônio, como não cotejados;

7.7. Trimestralmente a **CONTRATADA** formalizará a doação dos bens adquiridos a **CONTRATANTE**, sendo que após o primeiro ano de contrato essa doação poderá ocorrer semestralmente;

7.8. Formalizada a doação a **CONTRATANTE** deverá lançar no sistema SIGPAT o valor dos bens doados e proceder a seus respectivos tombamentos, incluindo-os no Termo de Permissão de Uso (anexo –V) deste instrumento.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS HUMANOS

8.1. A **CONTRATADA** utilizará os recursos humanos que sejam necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste contrato e seus anexos que integram este instrumento;

8.2. A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;

8.3. A **CONTRATADA** poderá utilizar no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos transferidos com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos ao **HOSPITAL**;

8.4. Utilizar como critério para remuneração dos empregados contratados o valor de mercado da região, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria;

8.5. Por força deste Contrato de Gestão ficam cedidos à **CONTRATADA** todos os servidores lotados no Hospital Regional de Alta Floresta, relacionados e identificados no Anexo - VII deste instrumento, sendo garantidos a eles todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei;

120

SES
4938
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

8.6. Caso o servidor não almeje permanecer trabalhando no Hospital Regional de Alta Floresta, deverá encaminhar formalmente à **CONTRATADA**, documento solicitando a Superintendência de Gestão de Pessoas da SES/MT uma nova lotação. A **CONTRATADA** por sua vez, enviará o documento a **CONTRATANTE** para análise e decisão quanto à solicitação do servidor;

8.7. O desempenho de atividades dos servidores públicos cedidos a **CONTRATADA** não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza;

8.8. A **CONTRATADA** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem cedidos, nos termos da Lei Complementar 150/2004, e que são remunerados à conta deste instrumento;

8.9. A capacitação dos servidores cedidos a **CONTRATADA** será promovida e custeada pela mesma, cabendo a esta autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais;

8.10. A **CONTRATANTE,** quando for o caso, deverá celebrar instrumento com a Prefeitura Municipal de Alta Floresta, para regularizar a disponibilidade dos servidores municipais, que permanecerão lotados no **HOSPITAL**.

CLÁUSULA NONA – DO MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

9.1. A **CONTRATANTE** responsável pelo monitoramento, controle e avaliação, instituirá a Comissão Permanente de Contratos de Gestão e a Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão para esse fim, por meio de Portarias do Secretário de Estado de Saúde, envolvendo todas as áreas correlacionadas;

9.2. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão será composta por técnicos capacitados da Secretaria de Estado de Saúde;

9.3. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão terá como finalidade principal, dentre outras, de monitorar, controlar e avaliar os Contratos de Gestão, bem como, realizar reuniões, trimestrais, com os Parceiros e Escritórios Regionais de Saúde, para avaliação do período de execução do contrato, bem como, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras que se fizerem necessárias;

9.4. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão será composta da seguinte forma:

a) 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT;

b) 01 (um) representante da Universidade Estadual ou Federal de Mato Grosso;

c) 01 (um) representante de Instituição de Saúde com destaque na excelência de atendimento;

121

SES
4939
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

d) 01 (um) representante do Conselho Estadual de Saúde – CES/MT;
e) 01 (um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/MT.

9.5. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão terá como finalidade precípua a validação dos relatórios trimestrais, e consolidado anual, da execução dos contratos de gestão elaborados pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

9.6. A execução do presente Contrato de Gestão será acompanhada, diariamente, pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão, através do disposto neste contrato, seus anexos e instrumentos por ela definidos:

9.7. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão deverá emitir e encaminhar, trimestralmente, à Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão, relatórios técnicos acerca dos resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto às metas de produção pactuadas, relativos a:

a) Economicidade das ações realizadas;
b) Otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços;
c) Atendimento ao usuário e outros aspectos que entender necessários.

9.8. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão após a validação do relatório técnico, trimestral, deverá encaminhá-lo ao Secretário de Estado de Saúde para homologação e à **CONTRATADA** para conhecimento, até o último dia do mês subseqüente ao encerramento de cada trimestre do exercício financeiro;

9.9. O Secretário de Estado de Saúde após a homologação do relatório técnico, trimestral, deverá encaminhá-lo ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembléia Legislativa e a Auditoria Geral do Estado;

9.10. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão Permanente de Contratos de Gestão elaborará consolidação dos relatórios técnicos e encaminhará à Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão para validação, devendo esta enviar ao Secretário de Estado de Saúde, que após ciência e homologação encaminhará os mesmos ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembléia Legislativa e a Auditoria Geral do Estado;

9.11. Remeter ao Tribunal de Contas do Estado os relatórios de execução desse contrato e os demonstrativos financeiros da CONTRATADA, quando o cumprimento das metas pactuadas seja inferior a 80%;

9.12. Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa pelo Secretário de Estado de Saúde, que norteará as correções que eventualmente se fizerem necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para subsidiar a decisão do Governador do Estado

SES
4940
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social;

9.13. O presente Contrato de Gestão estará submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitado;

9.14. A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação pela **CONTRATADA**, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado;

9.15. A **CONTRATANTE** poderá exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios;

9.16. Os responsáveis pelo monitoramento, controle e avaliação deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente o Secretário de Estado de Saúde, que dará ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária;

9.17. Sem prejuízo da medida a que se refere o item anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pelo monitoramento, controle e avaliação informarão imediatamente o Secretário de Estado de Saúde que deverá representar à Procuradoria Geral do Estado ou ao Ministério Público Estadual, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.1. A Prestação de Contas, a ser apresentada trimestralmente e a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados;

10.2. A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por estas determinadas;

123

SES
4941
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

10.3. A prestação de contas de que trata o item 10.1 deverá conter, no **MÍNIMO**, as seguintes informações:

a) Relatórios contábeis e financeiros (demonstrativo financeiro e contábil operacional e balancete contábil);
b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;
c) Relatório de Custos;
d) Censo de origem dos usuários atendidos;
e) Pesquisa de satisfação de usuários e acompanhantes;
f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

10.4. A prestação de contas de que trata esta cláusula será analisada pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

11.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato, conforme artigo 13 da Lei Complementar 150/2004;

11.2. O Estado possui a prerrogativa, através da Auditoria Geral do Estado, de exercer a fiscalização sobre a execução e aplicação dos recursos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

12.1. A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados nos Anexos - IV, V e VI, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

12.2. A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

13.1. O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes da comprovação do mau gerenciamento, culpa e/ou dolo;

124

SES
1542
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
SES

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos das transferências devidas pela **CONTRATANTE** superior a 60 (sessenta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

IV - Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexeqüível o presente instrumento, com comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.

13.2. Verificada as hipótese de rescisão contratual com fundamento nos incisos I e IV do item 13.1, a **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o Princípio do contraditório e da ampla defesa;

13.3. Em caso de deliberação pela rescisão esta deverá ser precedida de processo administrativo assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como organização social;

13.4. Ocorrendo à extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio da **CONTRATANTE**, bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto desse contrato e as doações;

b) A cessação das cedências e afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**;

c) A incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, conforme inciso II do artigo 7º da Lei Complementar 150/2004;

d) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL**, as fichas e prontuários dos usuários.

13.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, ressalvada a hipótese de inadimplemento da **CONTRATANTE**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados pelo prazo mínimo de 120 (cento e vinte) dias, contados da denúncia do Contrato de Gestão;

125

SES
4943
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

13.6. A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**;

13.7. Na hipótese do inciso III do item 13.1, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE;**

13.8. Os valores de que trata a Clausula Quinta serão revertidos ao patrimônio do Estado em 05 (cinco) anos contados da rescisão ou enquanto perdurarem pendências judiciais, sempre mantidos em conta especifica para esse fim, com as devidas aplicações financeiras.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

14.1. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, e a aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;
b) Multa;
c) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Estado de Mato Grosso, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

14.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA;**

14.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "c" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

14.4. Da aplicação das penalidades a Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

14.5. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à Contratada e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa;

14.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a Contratante exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os

126

SES 4944 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Governo do Estado de Mato Grosso
Secretaria de Estado de Saúde
SES

órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato;

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

15.1. O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA OMISSÃO

16.1. Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidos mediante acordo entre as partes, bem como, pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

17.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Cuiabá, Capital do Estado de Mato Grosso, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato de Gestão, que não puderem ser resolvidas amigavelmente, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Cuiabá, 13 de janeiro de 2012.

VANDER FERNANDES
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

LUIS FERNANDO GIAZZI NASSRI
Instituto Social Fibra

TESTEMUNHAS:

Nome: Samiha Galvin Mohamad
RG n. 0552624-4 - SSP/MT
CPF n. 916.011.421-53

Nome: Mauro Antonio Manjabosco
RG n. 1037760533 - SSP/RS
CPF n. 489.249.460-72

127

SES 4945 FLS. 17 RUBRICA PROTOCOLO

CONTRATO DE GESTÃO N. 001/SES/MT/2012

Contrato de Gestão que entre si celebram a Secretaria de Estado de Saúde e o Instituto Social Fibra, qualificada como Organização Social, que visa estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no HOSPITAL REGIONAL DE COLÍDER, para os fins que se destina.

O **ESTADO DE MATO GROSSO**, por intermédio da **SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO – SES/MT**, inscrita no CNPJ nº 04.441.389/0001-61, com sede no Centro Político e Administrativo – CPA, Bloco 05, nesta Capital, neste ato representada por seu Secretário **VANDER FERNANDES**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG nº 1207545 SSP/DF, e CPF nº 505.502.681-20, residente e domiciliado em Cuiabá/MT, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, sociedade civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 02.744.384/0001-82, com sede na Av. Brigadeiro Faria Lima, n. 1.234, Conjunto 31, Bairro Pinheiros, CEP 01.452-002, no Município de São Paulo Estado de São Paulo, neste momento representado pelo Sr. **LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI**, brasileiro, separado de fato, cirurgião dentista, portador da cédula de identidade RG nº 11.888.818 SSP/SP, CPF nº 065.559.838-33, neste ato denominada **CONTRATADA**, considerando tudo que consta no Processo Administrativo n. 582522/2011 (Chamamento Público), **RESOLVEM** celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO**, em decorrência da Dispensa de Licitação realizada com fundamento no inciso XXIV do artigo 24 da Lei 8.666/1993, e será regido pela Lei Complementar 150/2004, Leis 8.080/1990, Lei 8.142/1990 e demais normas do Sistema Único de Saúde, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente **CONTRATO** tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, no Hospital Regional de Colíder, com a pactuação de indicadores de qualidade e resultado, em regime de 24 horas/dia, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com os anexos a seguir elencados, que integram o presente instrumento:

a) **ANEXO I** - Descrição de Serviços;

b) **ANEXO II** - Sistema de Pagamento;

c) **ANEXO III** - Indicadores de Qualidade;

SES 4946 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

d) **ANEXO IV** - Relação de Bens a serem adquiridos;
e) **ANEXO V** - Termo de Permissão de Uso de Bens Móveis e anexo;
f) **ANEXO VI** - Termo de Permissão de Uso de Bem Imóvel;
g) **ANEXO VII** - Termo de Cessão de Servidores e anexo.

1.2. O objeto do presente contrato deverá garantir atendimento exclusivo aos usuários do SUS no estabelecimento de saúde cujo uso lhe fora permitido;

1.3. A finalidade do contrato deverá ser executada de forma a garantir: qualidade, eficácia, eficiência, efetividade e os resultados esperados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DAS PARTES

2.1. A **CONTRATADA** compromete-se a:

2.1.1. Assegurar a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL** objeto do presente Contrato, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade hospitalar e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento do **HOSPITAL**;

2.1.2. Aderir ao Contrato de prestação de serviços n. 003/2011/SES/MT, que tem por finalidade a disponibilização da plataforma eletrônica de compras de insumos específicos da área de saúde, sendo permitida a compra de outra forma desde que justificado e comprovado o menor preço;

2.1.3. Aderir e alimentar o sistema de informação para monitoramento, controle e avaliação a ser disponibilizado pela **CONTRATANTE**;

2.1.4. Implantar Sistema de Informação/Gestão Hospitalar, bem como dar ao referido sistema toda manutenção e estrutura necessária para a execução e acompanhamento dos serviços pactuados neste contrato;

2.1.5. Assistir de forma abrangente os usuários, procedendo aos devidos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH/SUS), segundo os critérios da **CONTRATANTE** e do Ministério da Saúde;

129

2.1.6. Garantir, em exercício no **HOSPITAL**, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis com o porte da unidade e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à

SES
4947
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

espécie, estando definida, como parte de sua infra-estrutura técnico-administrativa nas 24 (vinte e quatro) horas/dia;

2.1.7. Responsabilizar por todo o gerenciamento dos serviços de Unidade de Coleta e Transfusão - UCT do Hospital Regional de Colíder, devendo atender 100% dos doadores que procurarem espontaneamente o serviço e promover no mínimo 06 (seis) campanhas de coletas externas, anualmente;

2.1.8. Apresentar na prestação de contas, mensal, o número de entrevistas realizadas com doadores considerados não aptos, número de coletas realizadas e o número de todas as transfusões realizadas;

2.1.9. Adotar identificação especial (crachá) e uniforme de boa qualidade para todos os seus empregados, assim como assegurar a sua freqüência, pontualidade e boa conduta profissional;

2.1.10. Incluir, na implantação da imagem corporativa e nos uniformes dos trabalhadores, o logotipo da SES/MT e do **HOSPITAL**;

2.1.11. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no Hospital, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE** e às auditorias, as fichas e prontuários dos usuários, em meio físico ou eletrônico certificado, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados no **HOSPITAL**;

2.1.12. Manter atualizado os registros de informações/faturamento, em sistema oficial do Ministério da Saúde, de todos os atendimentos ambulatoriais e hospitalares realizados mensalmente pela **CONTRATADA**, em nome da SES/MT;

2.1.13. Manter o registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;

2.1.14. Integrar-se nos Sistemas de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, assim como todos os sistemas de informação do Ministério da Saúde existentes, incluindo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, Sistema de Informação Hospitalar SIH e Sistema de Informação Ambulatorial – SAI;

2.1.15. Providenciar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto às repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente Contrato;

2.1.16. Apresentar os documentos de regularidade fiscal exigidos no edital como condição para assinatura

SES
4948
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

do contrato;

2.1.17. Manter durante toda a execução do contrato a compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, bem como, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no chamamento público;

2.1.18. Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à **CONTRATANTE,** usuários e/ou a terceiros por sua culpa, em conseqüência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços contratados;

2.1.19. Em nenhuma hipótese cobrar direta ou indiretamente ao paciente por serviços médicos, hospitalares ou outros complementares referente à assistência a ele prestada, sendo lícito, no entanto, buscar junto à **CONTRATANTE** o ressarcimento de despesas realizadas e que não estão pactuadas, mas que foram previamente autorizadas;

2.1.20. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou a seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato;

2.1.21. Consolidar a imagem do **HOSPITAL** como centro de prestação de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos usuários, primando pela melhoria na qualidade da assistência;

2.1.22. Fica facultada a **CONTRATADA** a aquisição de bens móveis e utensílios, bem como, execução de obras complementares, necessárias ao pleno funcionamento, com recursos transferidos pelo contrato de gestão, devendo esta obter prévia análise e aprovação da Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

2.1.23. Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas, instalações e equipamentos do **HOSPITAL**;

2.1.24. Implantar e manter um Núcleo de Manutenção Geral - NMG que contemple as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, realizando manutenção preventiva e corretiva de forma contínua nos equipamentos, gases em geral, bem como, em toda infra-estrutura, necessária para a execução do objeto deste contrato, com base no Plano de Manutenção que deve ser apresentado em até 60 (sessenta) dias, após a assinatura deste contrato, para aprovação da **CONTRATANTE**;

130

2.1.25. Devolver à **CONTRATANTE**, após o término de vigência deste Contrato, toda área, equipamentos,

SES
4949
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

desgaste natural pelo tempo transcorrido, substituindo aqueles que não mais suportarem recuperação, conforme Termos de Permissão de uso;

2.1.26. Manter registro dos usuários atendidos contendo no mínimo: nome, RG, número do cartão SUS e endereço completo de sua residência, por razões de planejamento das atividades assistenciais, bem como para qualquer tipo de interação feita no sistema, incluindo usuário, local, data e hora das alterações e/ou inclusões, disponibilizando a qualquer momento à **CONTRATANTE**, bem como aos controles interno e externo;

2.1.27. Enviar à **CONTRATANTE** todas as informações sobre as atividades assistenciais desenvolvidas no **HOSPITAL** e movimentações dos recursos financeiros recebidos e realizados pela unidade hospitalar, conforme anexos - I e III;

2.1.28. Encaminhar a **CONTRATANTE** as informações de que trata o item anterior, até o dia 10 (dez) do mês subseqüente ao das atividades desenvolvidas, ou no dia útil que lhe for imediatamente posterior através dos registros nas AIH's - Autorização de Internação Hospitalar e dos registros no SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais, de acordo com normas e prazos estabelecidos pela **CONTRATANTE**;

2.1.29. As informações mensais relativas à produção assistencial, indicadores de qualidade, movimentação de recursos econômicos e financeiros e dados do Sistema de Custos Hospitalares, serão encaminhados em arquivo eletrônico, de acordo com normas, critérios de segurança e prazos estabelecidos pelo **CONTRATANTE**;

2.1.30. Em relação aos direitos dos usuários, a **CONTRATADA** obriga-se a:

a) Manter sempre atualizado o prontuário médico dos usuários e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei;

b) Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

c) Justificar ao usuário ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão da não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato;

d) Permitir a visita ao usuário internado, diariamente, conforme diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH;

e) Esclarecer aos usuários sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

f) Respeitar a decisão do usuário ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;

g) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos usuários;

h) Assegurar aos usuários o direito de serem assistidos religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso;

131

i) Assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no **HOSPITAL**, nas internações de crianças, gestantes e idosos;

j) Garantir atendimento igualitário aos usuários.

2.1.31. Fornecer ao usuário por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado "INFORME DE ALTA HOSPITALAR", no qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

a) Nome do usuário;

b) Nome do Hospital;

c) Localização do Hospital (endereço, município, estado);

d) Motivo da internação (CID-10);

e) Data de admissão e data da alta;

f) Procedimentos realizados e tipo de órtese, prótese e/ou materiais empregados, quando for o caso;

g) Diagnóstico principal de alta e diagnóstico secundário de alta;

h) O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento: "Esta conta deverá ser paga com recursos públicos";

i) Colher a assinatura do usuário, ou de seus representantes legais, na segunda via no informe de alta hospitalar;

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

2.1.32. Incentivar o uso seguro de medicamentos tanto ao usuário internado como o ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através de formulários e sistemáticas da SES/MT;

2.1.33. Implantar pesquisa de satisfação na alta hospitalar, conforme anexo - III;

2.1.34. Realizar seguimento, análise e adoção de medidas de melhoria diante das sugestões, queixas e reclamações que receber com respostas aos usuários, no prazo máximo de 30 (trinta) dias úteis;

2.1.35. Instalar um Serviço de Atendimento ao Usuário, conforme diretrizes a serem estabelecidas pela SES/MT, encaminhando mensalmente relatório de suas atividades, devendo ser implantado independentemente do serviço de ouvidoria exigido pelo SUS;

2.1.36. Identificar suas carências em matéria diagnóstica e/ou terapêutica que justifiquem a necessidade do encaminhamento do usuário a outros serviços de saúde, apresentando à SES/MT, mensalmente, relatório dos encaminhamentos ocorridos;

132

SES
4951
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.37. Não adotar nenhuma medida unilateral de mudanças na carteira de serviços, nos fluxos de atenção consolidados, nem na estrutura física do **HOSPITAL**, sem a prévia ciência e aprovação da **CONTRATANTE**;

2.1.38. Alcançar os índices de qualidade e disponibilizar equipe em quantitativo necessário para alcançar os índices de produtividade definidos nos Anexos - I e III, deste Contrato;

2.1.39. Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos usuários, definido pelas diferentes Listas de Espera de Internação e Cirurgia Eletiva, incluindo essa informação nos relatórios gerenciais do hospital;

2.1.40. Implantar e manter em pleno funcionamento, no mínimo, as seguintes Comissões Clínicas:

a) Comissão de Prontuários Médicos;
b) Comissão de Verificação de Óbitos;
c) Comissão de Ética Médica;
d) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

2.1.41. Possuir e manter em pleno funcionamento um Núcleo Hospitalar de Epidemiologia – NHE, que será responsável pela realização de vigilância epidemiológica de doenças de notificação compulsória no âmbito hospitalar, assim como ações relacionadas a outros agravos de interesse epidemiológico, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde;

2.1.42. Implantar e manter Serviço de Gerenciamento de Risco e de Resíduos sólidos, conforme o Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde - PGRSS, bem como manter o núcleo de engenharia clínica, para o bom desempenho dos equipamentos;

2.1.43. Estabelecer e executar os planos, programas e sistemas constantes do Anexo - I;

2.1.44. Movimentar os recursos financeiros transferidos pela **CONTRATANTE** para a execução do objeto deste Contrato em conta(s) bancária(s) específica(s) e exclusiva, vinculada(s) ao **HOSPITAL**, de modo a que os recursos transferidos não sejam confundidos com os recursos próprios da **CONTRATDA**;

2.1.45. Publicar, anualmente, os relatórios financeiros e o relatório de execução do presente Contrato de Gestão, no Diário Oficial do Estado, até o dia 30 de março do ano subsequente;

2.1.46. Elaborar e encaminhar à **CONTRATANTE,** em modelos por esta estabelecidos, relatórios de

133

SES
4952
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

execução, trimestral, até o dia 20 (vinte) do mês subseqüente ao trimestre;

2.1.47. Elaborar e encaminhar relatório consolidado de execução e demonstrativos financeiros, ao final de cada exercício fiscal, devendo ser apresentado à **CONTRATANTE** até o dia 10 (dez) de janeiro do ano subseqüente;

2.1.48. Anexar juntamente com a prestação de contas os comprovantes de quitação de despesas com água, energia elétrica e telefone, efetuados no mês imediatamente anterior, bem como os comprovantes de recolhimento dos encargos sociais e previdenciários relativos ao mês anterior;

2.1.49. Comunicar à **CONTRATANTE** todas as aquisições e doações de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

2.1.50. Tomar conhecimento, o mais breve possível, após assumir o gerenciamento da unidade hospitalar dos Contratos, Convênios, Cooperações Técnicas e outros instrumentos firmados pela **CONTRATANTE,** manifestando-se, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da assinatura deste, quanto ao interesse em mantê-los;

2.1.51. Havendo interesse em manter os Contratos, Convênios, Cooperações Técnicas e outros instrumentos, conforme mencionado no subitem 2.1.50, a **CONTRATADA** deverá assumir tais instrumentos transferindo-os para seu nome;

2.1.52. Permitir o livre acesso da Comissão instituída pela **CONTRATANTE**, do Controle Interno/SES e da Auditoria Geral do SUS, em qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta ou indiretamente com este instrumento, quando em missão de fiscalização ou auditoria;

2.1.53. Elaborar e publicar no prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da assinatura deste instrumento os regulamentos de recursos humanos, financeiros, obras e de aquisição de bens e serviços realizados com recursos públicos, devendo os mesmos ser, previamente, aprovados pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

2.1.54. Deverá designar recursos humanos em quantidade que julgar necessário, bem como, responsabilizar-se pela qualidade da execução das atividades decorrentes deste contrato;

2.1.55. Dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados;

SES
4953
FLS.
12
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.56. Possuir um responsável técnico (médico), com registro no respectivo conselho de classe, podendo esse profissional assumir a responsabilidade técnica por uma única unidade cadastrada no Sistema Único de Saúde;

2.1.57. Desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo às Normas do Ministério da Saúde – MS, da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais, bem como, implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a NR – 32/2005 do MTE;

2.1.58. Exigir e fiscalizar o cumprimento o cumprimento do artigo 7º da Portaria n. 104, de 25/01/2011 do Ministério da Saúde, relativo às notificações compulsórias, devendo propiciar aos médicos os meios necessários para o cumprimento da obrigação contida no referido dispositivo legal;

2.1.59. Garantir à segurança patrimonial do **HOSPITAL**, bem como, a segurança pessoal dos usuários do SUS que estão sob sua responsabilidade e de todos aqueles que trabalham no **HOSPITAL;**

2.1.60. Identificar os equipamentos e materiais de sua propriedade, se existir, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade da **CONTRATANTE**;

2.1.61. Cumprir as normas legais Municipais, Estaduais e Federais que tenha ligação direta ou que interfiram na execução dos serviços;

2.1.62. Respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida para a execução do presente contrato de gestão;

2.1.63. Apresentar a documentação de habilitação dos serviços junto ao Ministério da Saúde no prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de assinatura deste Contrato;

2.1.64. Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços por parte de seus empregados ou contratados, garantindo o percentual mínimo de atendimento previsto em lei, de modo que não ocorram interrupções dos serviços pactuados;

2.1.65. Dar ciência imediata e por escrito, à **CONTRATANTE**, sobre qualquer anormalidade que verificar na execução dos serviços pactuados no presente contrato;

134

SES
4954
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2.1.66. Contratar seguro contra incêndio, furto e roubo dos bens e insumos sob sua guarda, bem como nos casos de transporte de materiais e medicamentos, que garantam a proteção securitária de quaisquer ocorrências durante o prazo de vigência deste contrato;

2.1.67. Comunicar à **CONTRATANTE**, no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas, após sua ocorrência, quaisquer sinistros relativos aos bens e insumos sob sua guarda;

2.1.68. Assegurar, através de treinamento de pessoal interno e externo, que todos os objetivos ora pactuados sejam alcançados;

2.1.69. Contratar, se necessário, pessoal para a execução das atividades previstas neste Contrato de Gestão, responsabilizando-se pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais, resultantes da execução do objeto desta avença;

2.1.70. Realizar processo seletivo simplificado para contratação de Recursos Humanos, devendo manter a guarda de todos os documentos relativos à seleção, pelo período de vigência deste contrato;

2.1.71. Manter arquivado todos os demais documentos originais pertinentes ao Contrato de Gestão, em boa ordem e em bom estado de conservação, ficando à disposição da **CONTRATANTE** e dos órgãos de controle interno e externo do Estado, pelo prazo em que vigorar o presente contrato;

2.1.72. Não transferir total ou parcialmente o objeto deste contrato a terceiros, sem a prévia autorização da **CONTRATANTE**, e não se eximir de suas responsabilidades e obrigações decorrentes deste contrato;

2.1.73. Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste Contrato, e executá-lo de acordo com a legislação vigente;

2.1.74. Manter-se qualificada como Organização Social durante a vigência deste Contrato de Gestão.

2.2. A **CONTRATANTE** obriga-se a:

2.2.1. Disponibilizar à **CONTRATADA** adequada estrutura física, recursos financeiros, materiais permanentes, equipamentos e instrumentos para a organização, administração e gerenciamento do **HOSPITAL;**

2.2.2. Prover a **CONTRATADA** dos recursos financeiros necessários ao fiel cumprimento da execução

SES 4955 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

deste Contrato e a programar os orçamentos dos exercícios subseqüentes, de acordo com o sistema de pagamento previsto;

2.2.3. Prestar esclarecimentos e informações à **CONTRATADA** que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento, dando-lhe ciência de qualquer alteração no presente Contrato;

2.2.4. Realizar o monitoramento, controle e avaliação periódicos, através da Comissão Permanente de Contratos de Gestão instituída para esse fim, a qual observará *"in loco"* o desenvolvimento e cumprimento das atividades de assistência prestada pela **CONTRATADA** aos usuários no **HOSPITAL;**

2.2.5. Avaliar e aprovar através da Comissão Permanente de Contratos de Gestão os regulamentos de que trata o item 2.1.53, no prazo máximo de 30 (trinta) dias;

2.2.6. Acompanhar, constantemente, as aquisições de bens permanentes e obras realizadas pela **CONTRATADA**;

2.2.7. Celebrar Termo de Compromisso entre o MT - Hemocentro e a **CONTRATADA** visando regulamentar as obrigações entre as partes quanto aos serviços da UCT, respeitado-se a legislação correlata vigente, devendo este instrumento ser encaminhado para a Comissão Permanente de Contratos de Gestão para conhecimento e análise antes de sua formalização;

2.2.8. Relacionar as dependências de instalações físicas, bem como os bens de sua propriedade que serão dados em permissão de uso para a execução dos serviços, com a indicação de seu estado de conservação;

2.2.9. Solicitar a **CONTRATADA** substituição de qualquer produto, material, recursos ou equipamentos, cujo uso considere inadequado e/ou prejudicial à boa conservação de seus pertences, equipamentos ou instalações, ou ainda, que não atendam as necessidades;

2.2.10. Notificar a **CONTRATADA,** por escrito e com antecedência de 15 (quinze) dias, sobre multas, penalidades e quaisquer débitos de sua responsabilidade;

2.2.11. Efetuar o controle de qualidade, junto aos usuários, dos serviços prestados mediante formulários de avaliação destinados para esse fim;

SES 4956 FLS 6 RUBRICA PROTOCOLO

2.2.12. Descontar do valor correspondente ao custeio deste contrato, concernente ao pagamento dos servidores cedidos conforme Anexo - VII, utilizando como parâmetro o valor de mercado da região, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria, exceto para os médicos cedidos que deverá ser descontado o valor da remuneração bruta;

2.2.13. Rescindir todos os contratos, convênios, termos de cooperação e outros instrumentos congêneres, que estiverem vigentes, ou transferi-los à **CONTRATADA**, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a assinatura deste Contrato de Gestão;

2.2.14. Celebrar Termo de Compromisso entre o MT-Hemocentro e a **CONTRATADA** visando regulamentar as obrigações entre as partes quanto aos serviços da UCT, respeitando-se a legislação correlata vigente, devendo este instrumento ser encaminhado para a Comissão Permanente de Contratos de Gestão para conhecimento e análise antes de sua formalização.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

3.1. A vigência do presente instrumento será de **05 (cinco) anos**, contar de **03/01/2012** a **02/01/2017**, podendo ser renovado, no interesse de ambas as partes, mediante parecer favorável da Comissão Permanente de Contratos de Gestão, quanto à avaliação de indicadores de metas de produção e resultado que permitam a avaliação objetiva do desempenho, e autorizada pelo Secretário de Estado de Saúde;

3.2. 06 (seis) meses antes do término da vigência deste contrato a Comissão Permanente de Contratos de Gestão analisará a conveniência e a oportunidade administrativa de sua renovação.

CLÁUSULA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

4.1. O presente Contrato poderá ser alterado, mediante revisão das metas de produção e dos valores financeiros inicialmente pactuados, bem como havendo a necessidade de investimentos, desde que prévia e devidamente justificada, mediante parecer favorável da Comissão Permanente de Contratos de Gestão e autorização do Secretário de Estado de Saúde;

4.2. Poderá também ser alterado para acréscimos ou supressões nas obrigações, desde que devidamente justificado, e anterior ao término da vigência;

4.3. As alterações de que tratam os itens acima deverão ser formalizados por meio de Termos Aditivos, devendo para tanto ser respeitados o interesse público e o objeto do presente contrato.

SES 4957 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1. Os recursos financeiros para a execução do objeto deste Contrato serão alocados para a **CONTRATADA** mediante transferências oriundas da **CONTRATANTE**, sendo permitido à **CONTRATADA** o recebimento de doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da OS, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais;

5.2. Para a execução, do primeiro ano, do objeto deste contrato, a **CONTRATANTE** transferirá à **CONTRATADA**, no prazo e condições constantes neste instrumento e seus anexos, o valor anual de **R$ 33.044.194,48** (trinta e três milhões quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), para o exercício financeiro de 2012;

5.3. O valor pactuado será transferido pela **CONTRATANTE**, de acordo com o cronograma de desembolso previsto na Cláusula Sexta deste Contrato;

5.4. Os recursos transferidos à **CONTRATADA** poderão ser aplicados no mercado financeiro, desde que os resultados dessa aplicação revertam-se, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato;

5.5. Do total dos recursos financeiros previsto nesta Cláusula, a **CONTRATADA** formará fundos destinados para provisões, com depósitos mensais, em moeda corrente, mediante aplicação financeira vinculada à conta referida no item 2.1.44, inclusive para fins de rescisões e reclamatórias trabalhistas e ações judiciais que se prolonguem no decurso do tempo mesmo após o término do contrato;

5.6. As despesas decorrentes deste Contrato correrão por conta dos recursos da Dotação Orçamentária a seguir especificada:

Unidade Orçamentária: **21601**
Programa: **276**
Projeto Atividade: **2975**
Natureza de Despesa: **339030**
Fontes de Recursos: **112 e 134**

5.7. 90 (noventa) dias antes do término da execução, de cada ano do presente contrato, a Comissão Permanente de Contratos de Gestão indicará a previsão orçamentária a ser empenhada no ano subsequente.

CLÁUSULA SEXTA - DO PAGAMENTO

SES 4958 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

6.1. O pagamento do valor constante da Cláusula Quinta será efetuado conforme as condições a seguir estabelecidas:

I – Na vigência do presente Contrato, o valor anual a ser transferido será de **33.044.194,48** (trinta e três milhões quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), sendo que a importância de **R$ 1.844.194,48** (um milhão oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), corresponde ao valor destinado a investimentos, e o valor de **R$ 31.200.000,00** (trinta e um milhões e duzentos mil reais), será transferido mediante a liberação de 12 (doze) parcelas mensais consecutivas, cujo valor é composto de uma parte correspondente a 90% (noventa por cento) do orçamento mensal, conforme anexo - II, e uma parte correspondente a 10% (dez por cento) do orçamento mensal, conforme anexo - III;

II - Do montante de **R$ R$ 31.200.000,00** (trinta e um milhões e duzentos mil reais) mencionado no item anterior, corresponde à transferência financeira mensal da primeira até a décima segunda parcela no valor de **R$ 2.600.000,00** (dois milhões e seiscentos mil reais), sendo que o valor relativo à primeira parcela será transferido na assinatura deste Contrato, e as demais parcelas serão transferidas até o dia 10 (dez) dos meses subseqüentes;

III – O recurso destinado aos investimentos necessários para o funcionamento do HOSPITAL na ordem de **R$ 1.844.194,48** (um milhão oitocentos e quarenta e quatro mil cento e noventa e quatro reais e quarenta e oito centavos), a ser transferido em duas parcelas de **R$ 922.097,24** (novecentos e vinte e dois mil noventa e sete reais e vinte e quatro centavos), nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, conforme Anexo - IV;

IV - A **CONTRATADA** deverá apresentar até o quinto dia do mês Relatórios Gerenciais Contábeis, extrato bancário das contas, bem como, as certidões de regularidade fiscal;

V - A **CONTRATANTE** deverá efetuar o pagamento, mediante ordem bancária, em moeda corrente, no décimo dia de cada mês, mediante a apresentação de recibo;

6.2. As metas de qualidade serão avaliadas trimestralmente, e, em caso de não cumprimento, será efetuado o desconto de até 10% (dez por cento) de cada mês, conforme disposto no Anexo – III;

6.3. O cumprimento de metas quantitativas está vinculado aos 90% do valor de custeio mensal e será avaliado trimestralmente. Em caso de não cumprimento das metas quantitativas ocorrerá desconto proporcional ao percentual de não cumprimento, discriminado no quadro do Anexo – II. O desconto financeiro pelo não cumprimento de metas quantitativas será efetuado em regime semestral e poderá ser fracionado em parcelas mensais, conforme acordo entre as partes;

SES 4959 FLS. 8 RUBRICA PROTOCOLO

6.4. As parcelas de valor variável serão pagas mensalmente, junto com a parte dos 90%, e os eventuais ajustes financeiros a menor decorrentes da avaliação do alcance das metas de produção das partes variáveis serão realizados nos meses subseqüentes à análise dos indicadores estabelecidos, na forma disposta neste Contrato e seus anexos;

6.5. Havendo atrasos nos desembolsos previstos no cronograma de pagamento, a **CONTRATADA** poderá realizar adiantamentos com recursos próprios à conta bancária indicada para recebimento dos pagamentos mensais, tendo reconhecido as despesas efetivadas, desde que em montante igual ou inferior aos valores ainda não desembolsados que estejam previstos neste contrato;

6.6. Havendo saldo das parcelas de custeio estes poderão ser utilizados para novos investimentos, quando necessários, desde que justificado pela **CONTRATADA** e previamente aprovado pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS BENS

7.1. Os bens móveis, bem como o imóvel referente ao **HOSPITAL**, têm o seu uso permitido (anexo - V e VI) pela **CONTRATADA**, durante a vigência do presente instrumento, nos termos dos artigos 15, 16 e 19 da Lei Complementar 150/2004;

7.2. A **CONTRATADA** receberá através de seu preposto, os bens móveis e imóvel, na forma dos Termos da Permissão de Uso, Anexos - V e VI e, de forma idêntica, devolvê-los no término da vigência contratual, em bom estado de conservação, sempre considerando o tempo de uso dos mesmos;

7.3. Os bens móveis permitidos em uso poderão ser permutados por outros de igual ou maior valor, que passam a integrar o patrimônio do Estado de Mato Grosso, após prévia avaliação e expressa autorização da **CONTRATANTE**;

7.4. A **CONTRATADA** deverá administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto no respectivo Termo de Permissão de Uso, até sua restituição ao Poder Público;

7.5. A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa, propor devolução de bens cujo uso lhe fora permitido, e que não sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas;

7.6. A **CONTRATANTE** deverá acompanhar mensalmente todas as aquisições de bens efetuadas pela **CONTRATADA** e lançar os novos bens no sistema SIGPAT – Sistema de Gestão de Patrimônio, como

SES
4960
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

não cotejados;

7.7. Trimestralmente a **CONTRATADA** formalizará a doação dos bens adquiridos a **CONTRATANTE,** sendo que após o primeiro ano de contrato essa doação poderá ocorrer semestralmente;

7.8. Formalizada a doação a **CONTRATANTE** deverá lançar no sistema SIGPAT o valor dos bens doados e proceder a seus respectivos tombamentos, incluindo-os no Termo de Permissão de Uso (anexo –V) deste instrumento.

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS HUMANOS

8.1. A **CONTRATADA** utilizará os recursos humanos que sejam necessários e suficientes para a realização das ações previstas neste contrato e seus anexos que integram este instrumento;

8.2. A **CONTRATADA** responderá pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados necessários na execução dos serviços ora contratados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste contrato para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à **CONTRATANTE**;

8.3. A **CONTRATADA** poderá utilizar no máximo 70% (setenta por cento) dos recursos públicos a esta transferidos com despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza, a serem percebidos pelos seus dirigentes, empregados e servidores públicos cedidos ao **HOSPITAL;**

8.4. Utilizar como critério para remuneração dos empregados contratados o valor de mercado da região, bem como as Convenções Coletivas de Trabalho de cada categoria;

8.5. Por força deste Contrato de Gestão ficam cedidos à **CONTRATADA** todos os servidores lotados no Hospital Regional de Colíder, relacionados e identificados no Anexo - VII deste instrumento, sendo garantidos a eles todos os direitos e vantagens estabelecidos em lei;

8.6. Caso o servidor não almeje permanecer trabalhando no Hospital Regional de Colíder, deverá encaminhar formalmente à **CONTRATADA**, documento solicitando a Superintendência de Gestão de Pessoas da SES/MT uma nova lotação. A **CONTRATADA** por sua vez, enviará o documento a **CONTRATANTE** para análise e decisão quanto à solicitação do servidor;

8.7. O desempenho de atividades dos servidores públicos cedidos a **CONTRATADA** não configurará vínculo empregatício de qualquer natureza;

SES
4961
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

8.8. A **CONTRATADA** em nenhuma hipótese poderá ceder a qualquer instituição pública ou privada seus empregados, bem como os servidores efetivos que estiverem cedidos, nos termos da Lei Complementar 150/2004, e que são remunerados à conta deste instrumento;

8.9. A capacitação dos servidores cedidos a **CONTRATADA** será promovida e custeada pela mesma, cabendo a esta autorizar a participação em eventos, observada a necessidade de registro nas respectivas pastas funcionais.

CLÁUSULA NONA – DO MONITORAMENTO, CONTROLE E AVALIAÇÃO

9.1. A **CONTRATANTE** responsável pelo monitoramento, controle e avaliação, instituirá a Comissão Permanente de Contratos de Gestão e a Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão para esse fim, por meio de Portarias do Secretário de Estado de Saúde, envolvendo todas as áreas correlacionadas;

9.2. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão será composta por técnicos capacitados da Secretaria de Estado de Saúde;

9.3. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão terá como finalidade principal, dentre outras, de monitorar, controlar e avaliar os Contratos de Gestão, bem como, realizar reuniões, trimestrais, com os Parceiros e Escritórios Regionais de Saúde, para avaliação do período de execução do contrato, bem como, propor alterações de metas quantitativas, qualitativas e financeiras que se fizerem necessárias;

9.4. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão será composta da seguinte forma:

a) 02 (dois) representantes da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MT;
b) 01 (um) representante de Universidade Estadual ou Federal de Mato Grosso;
c) 01 (um) representante de Instituição de Saúde com destaque na excelência de atendimento;
d) 01 (um) representante do Conselho Estadual de Saúde – CES/MT;
e) 01 (um) representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS/MT.

9.5. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão terá como finalidade precípua a validação dos relatórios trimestrais, e consolidado anual, da execução dos contratos de gestão elaborados pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão;

9.6. A execução do presente Contrato de Gestão será acompanhado, diariamente, pela Comissão

SES
4962
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Permanente de Contratos de Gestão, através do disposto neste contrato, seus anexos e instrumentos por ela definidos;

9.7. A Comissão Permanente de Contratos de Gestão deverá emitir e encaminhar, trimestralmente, à Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão, relatórios técnicos acerca dos resultados alcançados pela **CONTRATADA** quanto às metas de produção pactuadas, relativos a:

a) Economicidade das ações realizadas;

b) Otimização do padrão de qualidade na execução dos serviços;

c) Atendimento ao usuário e outros aspectos que entender necessários.

9.8. A Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão após a validação do relatório técnico, trimestral, deverá encaminhá-lo ao Secretário de Estado de Saúde para homologação e à **CONTRATADA** para conhecimento, até o último dia do mês subseqüente ao encerramento de cada trimestre do exercício financeiro;

9.9. O Secretário de Estado de Saúde após a homologação do relatório técnico, trimestral, deverá encaminhá-lo ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembléia Legislativa e a Auditoria Geral do Estado;

9.10. Ao final de cada exercício financeiro a Comissão Permanente de Contratos de Gestão elaborará consolidação dos relatórios técnicos e encaminhará à Comissão Especial de Acompanhamento e Avaliação de Contratos de Gestão para validação, devendo esta enviar ao Secretário de Estado de Saúde, que após ciência e homologação encaminhará os mesmos ao Tribunal de Contas do Estado, à Assembléia Legislativa e a Auditoria Geral do Estado;

9.11. Remeter ao Tribunal de Contas do Estado os relatórios de execução desse contrato e os demonstrativos financeiros da CONTRATADA, quando o cumprimento das metas pactuadas seja inferior a 80%;

9.12. Os resultados alcançados deverão ser objeto de análise criteriosa pelo Secretário de Estado de Saúde, que norteará as correções que eventualmente se fizerem necessárias, para garantir a plena eficácia do instrumento, e em persistindo as falhas, para subsidiar a decisão do Governador do Estado acerca da manutenção da qualificação da Entidade como Organização Social;

9.13. O presente Contrato de Gestão estará submetido aos controles externo e interno, ficando toda a documentação disponível a qualquer tempo sempre que requisitado;

SES
4963
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

9.14. A **CONTRATANTE** poderá requerer a apresentação pela **CONTRATADA**, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhado da prestação de contas correspondente ao exercício financeiro, assim como suas publicações no Diário Oficial do Estado;

9.15. A **CONTRATANTE** poderá exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, informações complementares e a apresentação de detalhamento de tópicos e informações constantes dos relatórios;

9.16. Os responsáveis pelo monitoramento, controle e avaliação deste Contrato, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade na utilização de recursos ou bens de origem pública, comunicarão imediatamente o Secretário de Estado de Saúde, que dará ciência ao Tribunal de Contas do Estado e ao Ministério Público Estadual, para as providências cabíveis, sob pena de responsabilidade solidária;

9.17. Sem prejuízo da medida a que se refere o item anterior, quando assim exigir a gravidade dos fatos ou o interesse público, havendo indícios fundados de malversação de bens ou recursos de origem pública, os responsáveis pelo monitoramento, controle e avaliação informarão imediatamente o Secretário de Estado de Saúde que deverá representar à Procuradoria Geral do Estado ou ao Ministério Público Estadual, para que requeira ao juízo competente a decretação da indisponibilidade dos bens da entidade e o seqüestro dos bens de seus dirigentes, bem como de agente público ou terceiro, que possam ter enriquecido ilicitamente ou causado dano ao patrimônio público.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

10.1. A Prestação de Contas, a ser apresentada trimestralmente e a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, far-se-á através de relatório pertinente à execução desse Contrato de Gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, acompanhados dos demonstrativos financeiros referentes aos gastos e receitas efetivamente realizados;

10.2. A **CONTRATADA** encaminhará à **CONTRATANTE** toda e qualquer informação solicitada, na formatação e periodicidade por estas determinadas;

10.3. A prestação de contas de que trata o item 10.1 deverá conter, no **MÍNIMO**, as seguintes informações:

a) Relatórios contábeis e financeiros (demonstrativo financeiro e contábil operacional e balancete contábil);

SES
4964
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

b) Relatórios referentes aos Indicadores de Qualidade estabelecidos para a unidade;

c) Relatório de Custos;

d) Censo de origem dos usuários atendidos;

e) Pesquisa de satisfação de usuários e acompanhantes;

f) Outras, a serem definidas para cada tipo de unidade gerenciada: hospital, ambulatório, centro de referência ou outros.

10.4. A prestação de contas de que trata esta cláusula será analisada pela Comissão Permanente de Contratos de Gestão.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO SERVIÇO TRANSFERIDO

11.1. Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população pela **CONTRATADA**, a **CONTRATANTE** poderá assumir imediatamente, a execução dos serviços objeto deste Contrato, conforme artigo 13 da Lei Complementar 150/2004;

11.2. O Estado possui a prerrogativa, através da Auditoria Geral do Estado, de exercer a fiscalização sobre a execução e aplicação dos recursos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

12.1. A **CONTRATADA** é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem aos usuários, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis elencados nos Anexos - IV, V e VI, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

12.2. A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços, nos termos do art. 14 da Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RESCISÃO

13.1. O presente instrumento poderá ser rescindido a qualquer tempo por acordo entre as partes ou administrativamente, independente das demais medidas legais cabíveis, nas seguintes situações:

I - por ato unilateral da **CONTRATANTE**, na hipótese de descumprimento, por parte da **CONTRATADA**, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente Contrato, decorrentes da comprovação do mau gerenciamento, culpa e/ou dolo;

SES 4965 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

II - por acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III - por ato unilateral da **CONTRATADA** na hipótese de atrasos das transferências devidas pela **CONTRATANTE** superior a 60 (sessenta) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à **CONTRATADA** notificar a **CONTRATANTE**, com antecedência mínima de 10 (dez) dias, informando do fim da prestação dos serviços contratados;

IV - Pela superveniência de norma legal ou evento que torne material ou formalmente inexeqüível o presente instrumento, com comunicação prévia de 60 (sessenta) dias.

13.2. Verificada as hipótese de rescisão contratual com fundamento nos incisos I e IV do item 13.1, a **CONTRATANTE** providenciará a revogação da permissão de uso existente em decorrência do presente instrumento, aplicará as sanções legais cabíveis após a conclusão de processo administrativo que garantirá o Princípio do contraditório e da ampla defesa;

13.3. Em caso de deliberação pela rescisão, esta será precedida de processo administrativo assegurado o contraditório e a ampla defesa, com vistas à promoção da desqualificação da entidade como organização social;

13.4. Ocorrendo à extinção ou desqualificação da Organização Social ou rescisão do Contrato de Gestão, acarretará:

a) A rescisão ou distrato do Termo de Permissão de Uso dos bens móveis e imóveis, e a imediata reversão desses bens ao patrimônio da **CONTRATANTE,** bem como os bens adquiridos com recursos financeiros recebidos em decorrência do objeto desse contrato e as doações;

b) A cessação das cedências e afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da **CONTRATADA**;

c) A incorporação ao patrimônio do Estado dos excedentes financeiros decorrentes de suas atividades, na proporção dos recursos públicos alocados, conforme inciso II do artigo 7º da Lei Complementar 150/2004;

d) Disponibilização, imediata, dos arquivos referentes ao registro atualizado de todos os atendimentos efetuados no **HOSPITAL**, as fichas e prontuários dos usuários.

13.5. Em caso de rescisão unilateral por parte da **CONTRATADA**, ressalvada a hipótese de inadimplemento da **CONTRATANTE**, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados pelo prazo mínimo de 120 (cento e vinte) dias, contados da denúncia do Contrato de

SES
4966
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Gestão;

13.6. A **CONTRATADA** terá o prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, a contar da data da rescisão do Contrato, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**;

13.7. Na hipótese do inciso III do item 13.1, a **CONTRATANTE** responsabilizar-se-á apenas pelos prejuízos suportados pela **CONTRATADA** exclusivamente em decorrência do retardo na transferência de recursos, cabendo à **CONTRATADA** a comprovação do nexo de causalidade entre os prejuízos alegados e a mora da **CONTRATANTE;**

13.8. Os valores de que trata a Clausula Quinta serão revertidos ao patrimônio do Estado em 05 (cinco) anos contados da rescisão ou enquanto perdurarem pendências judiciais, sempre mantidos em conta específica para esse fim, com as devidas aplicações financeiras.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS PENALIDADES

14.1. A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste contrato e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, e a aplicar as penalidades abaixo:

a) Advertência;

b) Multa;

c) Suspensão temporária de participar de processos de seleção com o Estado de Mato Grosso, por prazo não superior a 02 (dois) anos.

14.2. A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, e dela será notificada a **CONTRATADA;**

14.3. As sanções previstas nas alíneas "a" e "c" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b";

14.4. Da aplicação das penalidades a Contratada terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde;

14.5. O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à Contratada e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa;

SES 4967 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

14.6. A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a Contratante exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato;

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

15.1. O presente Contrato de Gestão terá o seu extrato publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA OMISSÃO

16.1. Os casos omissos ou excepcionais, assim como, as dúvidas surgidas ou cláusulas não previstas neste instrumento, em decorrência de sua execução, serão dirimidas mediante acordo entre as partes, bem como, pelas normas que regem o Direito Público e em última instância pela autoridade judiciária competente.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DO FORO

17.1. As partes contratantes elegem o Foro da Comarca do Cuiabá, Capital do Estado de Mato Grosso, como competente para dirimir toda e qualquer controvérsia resultante do presente Contrato de Gestão, que não puderem ser resolvidas amigavelmente, renunciando, expressamente, a outro qualquer por mais privilegiado que se configure.

E, por estarem de pleno acordo, firmam as partes o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um único efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo-subscritas.

Cuiabá, 04 de janeiro de 2012.

VANDER FERNANDES
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso

LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI
Instituto Social Fibra

TESTEMUNHAS:

Nome: **Wanderson Aristides Silva**
RG n. 1016891/5 - SSP/MT

Nome: **Mauro Antônio Manjabosco**
RG n. 1037760533 - SSP/RS

SES 4968 FLS. 10 RUBRICA PROTOCOLO

CONTRATO DE GESTÃO Nº0093/2011

CONTRATO DE GESTÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DA PARAÍBA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, E O INSTITUTO SOCIAL FIBRA, COM VISTAS AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DE GUARABIRA.

Pelo presente instrumento, de um lado, o **ESTADO DA PARAÍBA,** por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Avenida Dom Pedro II, nº 1826, nesta cidade, neste ato, representado por seu Secretário, Sr. **WALDSON DIAS DE SOUZA**, brasileiro, cirurgião dentista, casado, portador da Cédula de Identidade nº 5396195 – SSP-PE e do CPF nº. 028.578.024-71, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado o **INSTITUTO SOCIAL FIBRA,** associação sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº. 02.744.384/0001-82, com endereço à Avenida Brigadeiro Faria Lima, nº 1234, Conj. 31, CEP 01.452-002, Pinheiros São Paulo, neste ato representada por **LUIZ FERNANDO GIAZZI NASRI**, brasileiro, casado, cirurgião dentista, na qualidade de diretor presidente, portador da Cédula de Identidade nº. 11.888.818, CPF/MF nº 065.559.838-33, residente e domiciliado na Rua José Rotta, nº 115, Real Parque, CEP 08790-420, Mogi das Cruzes/SP, e confirmar, no âmbito do Estado da Paraíba, por força do o Art. 33, Parágrafo único, da Lei Estadual nº 9.454/11, e, em decorrência do **Processo Nº 031011623/2011**, RESOLVEM celebrar o presente **CONTRATO DE GESTÃO** mediante as seguintes cláusulas e condições,

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

- ✓ Lei Federal nº 8.080/90
- ✓ Lei Federal nº. 8.666/93 – Art. 24, XXIV
- ✓ Lei Federal nº 9.637/98
- ✓ Decreto Federal 6.170/07
- ✓ Lei Estadual nº 9.454/11

1149

SES 4969 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente **CONTRATO DE GESTÃO** tem por objeto o **GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE** na Unidade de Pronto Atendimento no âmbito do Município de Guarabira, no Estado da Paraíba, por meio de CONTRATO DE GESTÃO, que assegure assistência universal e gratuita à população, conforme definido neste **Edital e Termo de referência**, que são partes integrantes e indissociáveis deste instrumento:

a) Anexo A - Termo de Referência
b) Anexo B - Gestão de Pessoal da Unidade de Saúde pela Organização Social;
c) Anexo C - Inventário Patrimonial.
d) Anexo D – Termo de Permissão de Uso.

PARÁGRAFO ÚNICO: Para atender ao disposto neste **CONTRATO DE GESTÃO,** as partes declaram:

I. Que a **CONTRATADA** dispõe de suficiente nível técnico-assistencial, capacidade e condições de prestação de serviços que permitam o maior nível de qualidade nos serviços contratados conforme a especialidade e características da demanda;
II. Que a **CONTRATADA** não está sujeita a nenhum tipo de restrição legal que incapacite seu titular para firmar este **CONTRATO DE GESTÃO** com a **CONTRATANTE.**
III. Que ambas as partes estão cientes de todos os termos da Lei Estadual 9.454/011, notadamente os artigos 13 e seguintes da referida legislação.

CLÁUSULA SEGUNDA - OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DA CONTRATADA

São da responsabilidade da **CONTRATADA**, além daquelas obrigações constantes das especificações técnicas, que deste ficam fazendo parte integrante e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas federal e estadual, que regem a presente contratação, as seguintes:

SES
49 70
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

1 - Prestar os serviços de saúde de acordo com o estabelecido neste **CONTRATO DE GESTÃO** e nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS – Sistema Único de Saúde, especialmente o disposto na Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com observância dos princípios veiculados pela legislação, e em especial:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde;

II - integralidade de assistência, entendida como sendo o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, em atuação conjunta com os demais equipamentos do Sistema Único de Saúde, existentes no Estado;

III – gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança em face de pacientes ou seus representantes, responsabilizando-se a **CONTRATADA** por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;

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

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

VI - direito de informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

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

VIII – fomento dos meios para participação da comunidade;

IX – prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

1.1 - Na prestação dos serviços descritos no item anterior, a **CONTRATADA** deverá observar:

I – Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;

II – Manutenção da qualidade na prestação dos serviços;

151

SES 4971 Fls. 6 RUBRICA PROTOCOLO

III - Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;

IV – Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;

V – Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes, por ministro de qualquer culto religioso;

VI - Esclarecimento dos direitos aos pacientes, quanto aos serviços oferecidos.

VII – Responsabilidade civil e criminal pelo risco de sua atividade;

VIII – Inserção obrigatória dos procedimentos autorizados e dos medicamentos dispensados nos protocolos terapêuticos estabelecidos pelas instâncias municipal, federal e estadual;

2 - Apoiar a integração territorial dos equipamentos visando à melhoria e maior eficiência na prestação dos serviços de saúde pública;

3 - Apoiar e integrar o complexo regulador da SES.

4 - Utilizar, para a contratação de pessoal, critérios exclusivamente técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhistas e previdenciárias.

5 - Contratar serviços de terceiro para atividades acessórias sempre que necessário, responsabilizando-se pelos encargos decorrentes, observando-se o número mínimo de pesquisa de mercado, em atendimento ao disposto no art. 11 do Decreto 6.170/07;

6 - Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os pacientes, por eventual indenização decorrente de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, oriunda de atos praticados por profissionais subordinados à **CONTRATADA**, e também responsabilizar-se por eventuais danos materiais e morais oriundos de ações por erros médicos além daqueles decorrentes do desenvolvimento de suas atividades, ou relações com terceiros, como por exemplo, fornecedores. 157

SES 4972 FLS 6 RUBRICA PROTOCOLO

7 - Manter controle de riscos da atividade e seguro de responsabilidade civil nos casos que entender pertinentes.

8 - Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde cujo uso lhe for permitido;

9 - Apoiar e promover a realização de pesquisas com pacientes, desde que haja aprovações prévias da Comissão de Ética e Pesquisa da Unidade, da Comissão de Ética e Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde;

10 - Administrar os bens móveis e imóveis, cujo uso lhe seja permitido, em conformidade com o disposto no Inventário que deverão definir as responsabilidades da **CONTRATADA e que declara recebê-los no ato de assinatura do presente contrato**, até sua restituição ao Poder Público;

10.1 A permissão/cessão de uso, mencionada no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Estadual nº 9.454/11, devendo ser realizada no ato da assinatura deste Instrumento.

10.2 O Inventário especificará os bens, ficando a CONTRATADA responsável pela sua guarda e manutenção.

10.3 A instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão/cessão de uso, assim como as benfeitorias realizadas naqueles já existentes serão incorporados ao patrimônio estadual, sem possibilidade de retenção ou retirada sem prévia autorização do Poder Público.

10.4 Os equipamentos e instrumental necessário para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela **CONTRATADA** em perfeitas condições;

11 - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes, que porventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos deste **CONTRATO DE GESTÃO,** serão automaticamente incorporados ao patrimônio do Estado da Paraíba - hipótese em que a **CONTRATADA** deverá entregar à **CONTRATANTE** a documentação necessária ao processo de incorporação dos referidos bens.

SES 4973 FLS 6 PROTOCOLO

11.1 As aquisições patrimoniais deverão ser previamente solicitadas à Secretaria de Estado da Saúde, acompanhado das justificativas técnicas equivalentes, sendo analisadas e aprovadas pela entidade pública, mediante verificação da disponibilidade financeira – orçamentária e do interesse público.

11.2 Para a aquisição de novos materiais para a execução do presente Contrato de Gestão deverá ser indicada reserva específica para tal fim.

11.3 No caso da efetivação das aquisições, a **CONTRATADA** deverá realizar a transferência dos bens ao Patrimônio Estadual no prazo máximo de trinta (30) dias, sob pena de aplicação das penalidades previstas no presente contrato.

11.4 O Recebimento dos materiais permanentes deverá ser acompanhado por Comissão composta por membros da CONTRATADA e da Secretaria de Estado da Saúde.

12 - Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados na rede pública e privada de saúde, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza de dirigentes e empregados da **CONTRATADA**;

13 - Restituir ao Poder Público o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores repassados, em caso de desqualificação da Organização Social;

13.1 No caso do item anterior, a **CONTRATADA** deverá transferir, integralmente, à **CONTRATANTE** os legados ou doações que lhe foram destinados, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde, bem como os excedentes financeiros decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde cujo uso dos equipamentos lhe fora permitido;

14 – Disponibilizar, permanentemente, toda e qualquer documentação para Auditoria do Poder Público.

154

SES 4974 FLS. 2 RUBRICA

15 - Responsabilizar-se integralmente pela contratação e pagamento do pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades da **CONTRATADA**, e caso haja utilização necessidade de cessão de servidores efetivos e/ou concursados do Estado lotados na Unidade, esses serão pagos pelo Governo do Estado, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a **CONTRATANTE** de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, desde que os repasses de recursos financeiros tenham obedecido ao cronograma estabelecido entre as partes.

15.1 Uma vez constatada a existência de débitos previdenciários, decorrentes da execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**, que resulte no ajuizamento de reclamação trabalhista, com a inclusão do Governo do Estado da Paraíba no pólo passivo como responsável subsidiário, a **CONTRATANTE** poderá reter, das parcelas vincendas, o correspondente a três vezes o montante dos valores em cobrança, que serão complementados a qualquer tempo com nova retenção em caso de insuficiência.

15.2 A retenção prevista no item 15.1 será realizada na data do conhecimento pela **CONTRATANTE** da existência da ação trabalhista ou da verificação da existência de débitos previdenciários ou relativos ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço dos empregados contratados pela **CONTRATADA** para consecução do objeto do presente **CONTRATO DE GESTÃO**.

15.3 A retenção somente será liberada com o trânsito em julgado da decisão de improcedência dos pedidos ou do efetivo pagamento do título executivo judicial ou do débito previdenciário pela **CONTRATADA**.

15.4 Em não ocorrendo nenhuma das hipóteses previstas no item 15.3 o **CONTRATANTE** efetuará o pagamento devido nas ações trabalhistas ou dos encargos previdenciários, com o valor retido, não cabendo, em nenhuma hipótese, ressarcimento à **CONTRATADA**.

15.5 Ocorrendo o término do **CONTRATO DE GESTÃO** sem que tenha se dado a decisão final da ação trabalhista ou decisão final sobre o débito previdenciário, o valor ficará retido e será pleiteado em processo

SES 4975 FLS. 2 RUBRICA PROTOCOLO

administrativo após o trânsito em julgado e/ou o pagamento da condenação/dívida.

15.6 Excepcionalmente o valor retido conforme item 15.1 poderá ser reduzido mediante requerimento fundamentado formalizado pela **CONTRATADA**.

16 - Abrir conta corrente bancária específica no banco indicado pela Secretaria de Estado da Saúde para movimentação dos recursos provenientes do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, manter em boa ordem e guarda todos os documentos originais que comprovem as despesas realizadas no decorrer do **CONTRATO DE GESTÃO**, e disponibilizar extrato mensalmente à **CONTRATANTE**.

17 - Comprometer-se a manter como dirigente deste **CONTRATO DE GESTÃO** profissional com qualificação.

18 - Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com material.

19 - Não distribuir, sob nenhuma forma, lucros ou resultados entre seus diretores ou empregados.

20 - Utilizar sistema de informática que permita a gestão clínica, administrativa e financeira, com acesso a servidores predeterminados da SES que permitam exclusivamente consultas e geração de relatórios, que obrigatoriamente terá que ter integração com sistema utilizado e que venha a ser utilizado pela SES.

21 - adotar práticas de planejamento sistemático das ações da Organização Social, mediante instrumentos de programação, orçamento, acompanhamento e avaliação de suas atividades, de acordo com as metas pactuadas;

22 - publicar anualmente, no Diário Oficial do Estado, demonstrações financeiras, elaboradas em conformidade com os princípios fundamentais de contabilidade e do relatório de execução do contrato de gestão;

SES 4976 FLS. 2 RUBRICA

23 - prestar contas trimestral e anualmente, como definido na Lei Estadual nº 9.454/11) assegurar acesso irrestrito aos Órgãos de controle externo e interno do Estado e da União, bem como à Comissão de Avaliação designada pela Secretaria de Estado da Saúde;

25 - registrar na prestação de contas, o ingresso de recursos e as despesas e demais aplicações de recursos públicos estaduais durante a execução do presente Contrato;

26 – no prazo de até 30 dias após a assinatura do Contrato de Gestão publicar no Diário Oficial do Estado, os regulamentos próprios quanto à contratação de pessoal e de fornecimento de bens e/ou serviços, aprovado pelo Conselho de Administração, bem como, o limite de remuneração a ser paga;

28) cumprir integralmente o disposto na Lei Estadual nº 9.454/11, bem como às legislações posteriores que venha a sucedê-la.

29 - Disponibilizará leitos de observação em conseqüência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas.

30 – Atender, obrigatoriamente, aos seguintes parâmetros, definidos pela Portaria MS/GM nº. 2648/2011 (Arts. 7º e 8º):

Art. 7º A UPA 24h terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

I - acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra-referência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os

SES 4977 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IV - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX - manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X - encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

XI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII – contra-referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

XIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Art. 8º Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

I - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente especifico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

158

SES 4978 FLS 52 RUBRICA

II - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e

III - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

31 - Disponibilização diária de profissionais relacionados no dimensionamento de pessoal médico: 04 (quatro) médicos, distribuídos entre Clínica Médica e Pediatria no plantão de 24 horas.

32- Manter serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica - SADT para pacientes em atendimento na UPA:

- Laboratório de Análises Clínicas (A UPA será responsável apenas pela coleta do material, sendo que a realização do exame se dará no Laboratório do Hospital Regional de Guarabira;
- Os serviços de Esterilização e Lavanderia serão realizados no Hospital Regional de Guarabira;
- Radiologia simples;
- ECG – eletrocardiograma.

33 - Reduzir a procura pelas emergências hospitalares por pacientes com casos de urgência de baixa e média complexidade.

34 - Facilitar o acesso da população a atendimento de urgência, inclusive com exames laboratoriais e radiológicos.

35 - Prover atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência a população de qualidade e resolutivo.

36 - Garantir o 1º atendimento rápido, estabilização e observação de pacientes por períodos de até 12h, antes de sua remoção para o tratamento definitivo ou liberação para acompanhamento ambulatorial.

37 - Permitir o direcionamento para os hospitais da rede dos casos com necessidade de internação.

38 - Identificar os usuários que realmente necessitam de cuidados hospitalares.

39 - Apoiar o sistema de atendimento pré-hospitalar móvel servindo como referência para os casos de menor complexidade que necessitem de observação ou de procedimentos cirúrgicos de urgência e emergência ambulatoriais

SES 4979 FLS. 12 RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Para execução dos serviços objeto do presente Contrato, a **CONTRATANTE** obriga-se a:

1- Disponibilizar à **CONTRATADA** os meios necessários à execução do presente objeto, conforme previsto neste **CONTRATO DE GESTÃO** e em seus anexos;

2 - Garantir os recursos financeiros para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO**, fazendo o repasse mensal, a partir da efetiva assunção do objeto pela **CONTRATADA**;

3 - Programar no orçamento do Estado, para os exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, os recursos necessários, para fins de custeio da execução do objeto contratual;

4- Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, nos termos da Lei Estadual 9.454/11, mediante termo de permissão de uso, conforme modelo constante do Anexo.

5 - Promover a cessão de servidores públicos para a **CONTRATADA**, nos termos da Medida Provisória n. 178/2011, desde que haja manifestação de vontade por parte desses, mediante autorização governamental e observando-se o interesse.

6 - Analisar, anualmente, a capacidade e as condições da **CONTRATADA** para a continuidade da prestação dos serviços, com vistas à identificação do seu nível técnico-assistencial;

160

12

7 - Acompanhar a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, através da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação, com fulcro no estabelecido no presente **CONTRATO DE GESTÃO** e respectivos anexos.

8 – Recolher no ato do pagamento, o percentual de 1,5% (um vírgula cinco por cento) do valor total da fatura, para implementação e operacionalização do Fundo Estadual de Apoio ao Empreendedorismo – Fundo Empreender/PB, conforme disposto na Lei nº 9.335/2011, alterada pela Medida Provisória nº 171/2011, e no Decreto nº 32.086, de 08 de abril de 2011.

FLS. 4980 RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA QUARTA - DA AVALIAÇÃO

A Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação a ser nomeada por resolução do Secretário de Estado da Saúde, procederá à avaliação trimestral do desenvolvimento das atividades e resultados obtidos pela **CONTRATADA** com a aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório conclusivo que deverá ser encaminhado para o Secretário de Estado da Saúde, em meio digital.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A avaliação de que trata o "*caput*" desta cláusula restringir-se-á aos resultados obtidos na execução do CONTRATO DE GESTÃO, através dos indicadores de desempenho estabelecidos, e seu confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A Comissão de Acompanhamento e Avaliação referida nesta cláusula deverá elaborar relatório trimestral, em duas vias, cujas cópias deverão ser encaminhadas para a CONTRATANTE.

CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo de vigência do contrato de gestão será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado, conforme faculta o Art. 57, II, da Lei de Licitações e Contratos Administrativos, desde que confirmada a disponibilidade orçamentária e a consecução dos objetivos propostos pela organização social.

161

SES 4981 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA SEXTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Pela prestação dos serviços objeto deste CONTRATO DE GESTÃO a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste CONTRATO DE GESTÃO, a importância global estimada em R$ 6.174.299,04 (seis milhões, cento e sessenta e quatro mil, duzentos e noventa e nove reais quatro centavos), sendo o repasse mensal o valor de R$ 514.524,92 (quinhentos e quatorze mil, quinhentos e vinte e quatro reais e noventa e dois centavos).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os recursos repassados à CONTRATADA poderão ser, por esta, aplicados no mercado financeiro, desde que não haja riscos para o patrimônio, e revertidos, exclusivamente, nos objetivos do presente CONTRATO DE GESTÃO.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Fica facultado à CONTRATADA como Unidade do Sistema Único de Saúde solicitar o ressarcimento pelas operadoras, as quais aludem o art. 1º da Lei nº. 9.656, de 03/06/98. Os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelos planos e seguros.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Todos os recursos usados na execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO deverão ser contabilizados, com identificação de sua origem e de seu destino, através de contabilidade auditada por profissional legalmente habilitado.

PARÁGRAFO QUARTO - Os recursos financeiros necessários à execução do objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da CONTRATADA e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização.

SES 4982 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS CONDIÇÕES DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

O primeiro repasse deverá ser executado em até 10 dias da assinatura do presente Contrato de Gestão e os demais repasses deverão ser efetuados a cada 30 dias a contar da data da assinatura deste contrato.

PARÁGRAFO ÚNICO - A competência da execução financeira é sempre de 01 a 30(31) de cada mês.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A despesa com a contratação correrá à conta do orçamento da SES, sendo o ordenador de despesa o Secretário de Estado da Saúde, na forma da disponibilidade orçamentária abaixo para o atual exercício financeiro:

CODIGO	RESERVA	ELEMENTO DE DESPESA	FONTE	RECURSO
25101.10.302.5154.2950	03520	3.3.90.39	072	SUS

CLÁUSULA NONA – DA EXECUÇÃO DO CONTRATO

O objeto do presente instrumento será executado no período de doze (12) meses, sendo que no citado lapso temporal, restará incluído o prazo destinado a pré – implantação, equivalente a 01 (hum) mês.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como os seus anexos, poderá ser atualizado e revisto, mediante prévia justificativa por escrito que irá conter a declaração de interesse de ambas as partes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – A alteração do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, bem como dos anexos que o integram deverá ser submetida à autorização do

163

SES 4983 FLS 8 PROTOCOLO

Secretário de Estado da Saúde, após parecer fundamentado da Comissão Técnica de Acompanhamento e Avaliação

PARÁGRAFO SEGUNDO – Os anexos que compõem este **CONTRATO DE GESTÃO**, em razão de seu caráter transitório, são passíveis de adequação e atualização, a fim de contemplar novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, vigentes nos novos períodos de contratualização.

PARÁGRAFO TERCEIRO - À **CONTRATANTE,** será permitida a alteração do **CONTRATO DE GESTÃO** para melhor adequação às finalidades de interesse público ou para adequação técnica do projeto aos seus objetivos, assegurados os direitos da **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - RESCISÃO

A rescisão do presente **CONTRATO DE GESTÃO** obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Verificada qualquer das hipóteses passíveis de ensejar rescisão contratual prevista no artigo 78 da Lei nº 8.666/93, o Poder Executivo providenciará a rescisão dos termos de uso dos bens públicos e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da CONTRATADA, não cabendo à Organização Social direito à indenização sob qualquer forma, salvo na hipótese prevista no § 2º, do artigo 79, da Lei Federal nº 8.666/93.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A rescisão se dará por ato do titular da CONTRATANTE, após manifestação da Comissão Técnica Avaliação e da Procuradoria Geral do Estado.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Em caso de rescisão unilateral por parte da CONTRATANTE, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da CONTRATADA, a CONTRATANTE ressarcirá exclusivamente danos materiais, inclusive - mas não limitadamente - os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela CONTRATADA para a execução do objeto deste CONTRATO DE GESTÃO.

164

SES 4984 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

PARÁGRAFO QUARTO - O ressarcimento dos custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela **CONTRATADA** para a execução do objeto deste **CONTRATO DE GESTÃO** ficará condicionado (i) à apresentação dos Termos de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCTs) devidamente homologados pelo órgão do Ministério do Trabalho ou pelo Sindicato de Classe, bem como à comprovação do cumprimento das obrigações de entrega de guias para levantamento de FGTS e para habilitação ao Seguro Desemprego, se for o caso, ou (ii) à apresentação de documento comprobatório do pagamento judicial de tais haveres, ficando vedado o ressarcimento de quaisquer valores decorrentes da mora no pagamento das verbas resilitórias, como, por exemplo, as penalidades previstas no art. 477, §8º e no art. 467, *caput*, da CLT e a indenização substitutiva do Seguro Desemprego.

PARÁGRAFO QUINTO - Em caso de amigável, por conveniência da Administração, a **CONTRATADA** se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, salvo dispensa por parte da **CONTRATANTE**, por um prazo de até 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da data da autorização escrita e fundamentada do Secretário de Estado da Saúde, nos termos do art. 79, §1º da Lei nº. 8.666/93, devendo, no mesmo prazo, quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES

A inobservância pela **CONTRATADA** de cláusula ou obrigação constante deste **CONTRATO DE GESTÃO** ou seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONTRATANTE**, garantida a prévia defesa, a aplicar, em cada caso, as sanções previstas nos artigos 86, 87 e 88 todos da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, combinado com o disposto no § 2º, do artigo 7º, da Portaria nº 1286/93, do Ministério da Saúde, e da Medida Provisória n. 178/2011, quais sejam:

I - Advertência;

II - Multa, no valor de 5% (dois e cinco por cento) sobre o valor mensal de transferência de recursos orçamentários, estipulada pela **CONTRATANTE**,

165

SES 1985 FLS 6 RUBRICA PROTOCOLO

dependendo da gravidade da infração, a ser cobrada nos termos da legislação estadual;

III - Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

IV - Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

V - Perda de qualificação como Organização Social no âmbito do Estado da Paraíba.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A imposição das penalidades previstas nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, consideradas as circunstâncias objetivas que o tenham norteado, e dela será notificada a CONTRATADA.

PARÁGRAFO SEGUNDO - As sanções previstas nos itens I, III, IV e V desta cláusula poderão ser aplicadas conjuntamente com o item "II".

PARÁGRAFO TERCEIRO - Da data de publicação da aplicação das penalidades a CONTRATADA terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para interpor recurso, dirigido ao Secretário de Estado da Saúde.

PARÁGRAFO QUARTO - O valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à **CONTRATADA** e o respectivo montante será descontado das transferências devidas em decorrência da execução do objeto contratual, garantido o direito de defesa.

PARÁGRAFO QUINTO - A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não elidirá o direito de a CONTRATANTE exigir indenização integral pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DISPOSIÇÕES FINAIS

SES 4986 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela **CONTRATANTE** sobre a execução do presente **CONTRATO DE GESTÃO**, a **CONTRATADA** reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde -, decorrente da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à **CONTRATADA**.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A **CONTRATADA** poderá, a qualquer tempo e mediante justificativa apresentada ao Secretário de Estado da Saúde, propor a devolução de bens ao Poder Público Estadual, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Fica vedada a cessão total ou parcial do referido **CONTRATO DE GESTÃO** pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO

O **CONTRATO DE GESTÃO** será publicado às expensas da **CONTRATADA** no Diário Oficial do Estado, no prazo até o 5º dia útil do mês seguinte ao da sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

Fica eleito o Foro da Capital do Estado da Paraíba, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste **CONTRATO DE GESTÃO**, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas as **CONTRATANTES**, assinam o presente **CONTRATO DE GESTÃO** em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

SES
4987
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

João Pessoa, 24 de Novembro de 2011.

WALDSON DIAS DE SOUZA
Secretário de Estado da Saúde
Contratante

LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI
Diretor Presidente
Instituto Social FIBRA
Contratada

TESTEMUNHAS:

1 - _____

2 - _____

SES 4988 FLS. 12 RUBRICA PROTOCOLO

ANEXO A

TERMO DE REFERÊNCIA – UPA DE GUARABIRA-PB

1. EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

A Saúde Publica no Brasil passa atualmente por um processo de busca por novos modelos de gestão para o SUS. As discussões a respeito do tema estão presentes em praticamente todos os estados da federação através de fóruns, seminários e reuniões técnicas.

As peculiaridades inerentes à gestão das unidades públicas de saúde, sejam na esfera da atenção básica da saúde ou na assistência de média e alta complexidade, constituem um dos grandes desafios para o Gestor do SUS.

Por este motivo, Governos Estaduais e Municipais implementaram uma modalidade de gestão compartilhada com entidades do Terceiro Setor. Dentre os modelos atualmente utilizados pelo Poder Publico, destaca-se o modelo de Organização Social.

As experiências com Organizações Sociais se multiplicam em varias regiões do país, com destaque para os resultados obtidos no âmbito do Estado de São Paulo, cujo relatório do Banco Mundial, baseado em dados de 2003, demonstram, inequivocamente, as vantagens da gestão por OSS quando comparada com a administração direta.

Além disso, o CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) publicou em 22 de agosto de 2006, Nota Técnica n 17/2006 intitulada "organizações sociais como alternativa de gerencia para estabelecimentos públicos de saúde" em que apresenta os aspectos legais sobre esta modalidade, bem como as vantagens do modelo de OS.

169

No âmbito do Estado da Paraíba, a adoção do modelo de Organização Social consta de previsão legal através da Lei Nº. 9454 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais estaduais.

4989
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

2. CONSIDERAÇÕES GERAIS

No âmbito do SUS, sempre foi procurada a adoção de um modelo de gestão que atendesse às necessidades da população obedecendo a pontos prioritários para a melhoria do sistema de saúde, aprimorando e avaliando os processos dos serviços, minimizando a demanda reprimida melhorando a qualidade de serviços ofertados.

Diante do novo modelo de gestão adotado pela SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA, e considerando essas questões em busca da eficiência, o GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA, através da UPA, assegurar o alcance dos seguintes objetivos:

• Garantir qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento a população;

• Garantir as metas pactuadas pela Secretaria referente aos serviços de saúde objeto deste Contrato;

• Melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada;

• Implantar o modelo de gestão para resultados;

• Evitar o êxodo do usuário para os hospitais em busca de serviços da assistência à saúde de maior complexidade, garantindo sua assistência mais rápida, evitando complicações do quadro clínico e o desconforto do deslocamento.

O modelo gerencial proposto deverá obedecer aos princípios e diretrizes do SUS, observando as políticas públicas voltadas para a regionalização da saúde, conforme pactuado pelos mecanismos de Regulação do Sistema Estadual de Saúde.

170

SES 4990 FLS. 6 PROTOCOLO

3. UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DE GUARABIRA

A UPA tem uma estrutura de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Hospitalares de Atendimentos às Urgências e Emergências, onde em conjunto com essas compõem uma rede organizada de atenção às urgências conforme preceituam a Portaria GM/MS Nº 2.048, de 5 de Novembro de 2002 e a Portaria GM/MS Nº 2.648, de 7 de Novembro de 2011.

A UPA de Guarabira, integrante da SES e da rede assistencial pública do Estado, deve estar apta a prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, 24 horas por dia.

Deve estar apta a fazer atendimento em clínica médica, pediatria, e cirurgia ambulatorial de pequeno porte, quando necessário, suturas, drenagens de abscessos, dentre outros, evitando que esses casos sejam encaminhados para as Unidades Hospitalares de alta complexidade da Rede Estadual de Saúde.

POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

População Residente por Município. II Gerência Regional de Saúde, Paraíba, 2010.

Município	População
Alagoinha	13.576
Araçagi	17.224
Araruna	18.879
Bananeiras	21.851
Belém	17.093
Borborema	5.111
Cacimba de Dentro	16.748
Caiçara	7.220
Campo de Santana	10.262
Casserengue	7.058
Cuitegi	6.889
Dona Inês	10.517
Duas Estradas	3.638
Guarabira	55.326
Lagoa de Dentro	7.370
Logradouro	3.942
Mulungu	9.469
Pilões	6.978
Pilõezinhos	5.155

171

Pirpirituba	10.326
Riachão	3.266
Serra da Raiz	3.204
Serraria	6.238
Sertãozinho	4.395
Solânea	26.693
TOTAL	**298.428**

Fonte: IBGE - Censo Demográfico

SES 4991 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

4. SERVIÇOS

4.1 – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.

A UPA realizará procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em Clínica Médica e Pediatria. Também deverá realizar pequenos procedimentos cirúrgicos de urgência tais como suturas, drenagem de abscesso, retirada de corpo estranho, apoio diagnóstico de exames complementares, análises clínicas, entre outros.

A UPA disponibilizará atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os não programados. São unidades de atendimento por demanda espontânea e referenciada.

A Unidade referenciará pacientes, após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares, através dos mecanismos regulatórios do Sistema de Saúde.

Disponibilizará leitos de observação em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24 horas (não caracterizando internação hospitalar). A UPA deverá prestar assistência utilizando, obrigatoriamente, o protocolo de classificação de risco.

Deverá, também, obrigatoriamente, atender aos seguintes parâmetros, definidos pela Portaria MS/GM nº. 2648/2011 (Arts. 7 e 8):

Art. 7º A UPA 24h terá as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências:

SES
4992
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

I - acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24h;

II - articular-se com a Atenção Básica à Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrareferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;

III - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IV - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;

V - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

VI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;

VII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à unidade;

VIII - prestar apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;

IX - manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;

X - encaminhar para internação em serviços hospitalares, por meio das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 (vinte e quatro) horas de observação, conforme definido no inciso anterior;

XI - prover atendimento e/ou referenciamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências a partir da complexidade clínica, cirúrgica e traumática do usuário;

XII - contrareferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências, proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo; e

173

SES 4993 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

XIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade.

Art. 8º Compete ao gestor responsável pela UPA 24h:

I - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente especifico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

II - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos; e

III - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

4.1.1 Para a UPA deverão estar disponibilizados diariamente os profissionais relacionados no dimensionamento de pessoal médico: 04 (quatro) médicos, distribuídos entre Clínica Médica e Pediatria no plantão de 24 horas.

4.1.2. O Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica - SADT para pacientes em atendimento na UPA:

• Laboratório de Análises Clínicas (A UPA será responsável apenas pela coleta do material, sendo que a realização do exame se dará no Laboratório do Hospital Regional de Guarabira;

• Os serviços de Esterilização e Lavanderia serão realizados no Hospital Regional de Guarabira;

• Radiologia simples;

• ECG – eletrocardiograma.

5. PRESSUPOSTOS E DEFINIÇÕES

5.1. Atendimento às Urgências

174

SES 4934 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

5.1.1. Serão considerados atendimentos de Urgência aqueles não programados, que sejam dispensados pelo serviço de Urgência da UPA às pessoas que procurem tal atendimento, por ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial ou iminente de morte, Cujo portador necessita de assistência médica imediata.

5.2. Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

Entende-se por SADT serviço de radiologia simples, ECG e exames de análises clínicas (realizados no Laboratório do Hospital Regional de Guarabira); a disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos na UPA.

5.3. PROJETOS ESPECIAIS E NOVAS ESPECIALIDADES DE ATENDIMENTO

Se ao longo da vigência do contrato, de comum acordo entre as partes, a CONTRATADA ou a SES, se propuserem a realizar outros tipos de atividades, diferentes daquelas aqui relacionadas, seja pela introdução de novas atividades diagnósticas e/ou terapêuticas, seja pela realização de programas especiais para determinado tipo de patologia, essas atividades deverão ser previamente analisadas, pactuadas e autorizadas pela SES.

Essas atividades serão autorizadas após análise técnica, quantificadas separadamente do atendimento rotineiro da UPA, sendo, então, elaborado o orçamento econômico-financeiro, discriminado e homologado através de Termo Aditivo ao Contrato.

5.4. Gestão

Tendo em vista que a UPA funcionará com o perfil descrito, sob contrato, caberá à Comissão designada pela SES acompanhar os indicadores pactuados.

5.4.1. A CONTRATADA deve dispor de recursos humanos qualificados, com habilitação técnica e legal, com quantitativo compatível para o perfil da unidade e os serviços a serem prestados.

175

SES 4995 FLS 13 RUBRICA PROTOCOLO

5.4.2 Deverá obedecer às Normas do Ministério da Saúde – MS, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, especialmente a Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde, assim como as Resoluções dos Conselhos Profissionais.

5.4.3. A UPA deverá apresentar o Médico Responsável Técnico, com registro no Conselho Regional de Medicina.

5.4.4. A equipe médica deverá ser disponibilizada em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços e composta por profissionais das especialidades exigidas, ensejando que a UPA realize a atividade assistencial quantificada no contrato de gestão.

5.4.5. A UPA deverá possuir rotinas administrativas de funcionamento, protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor/Responsável Técnico ou pelo Diretor Clínico quando determinado pelo Conselho Profissional. As rotinas devem abordar os principais processos envolvidos na assistência.

5.4.6. A UPA deverá possuir o prontuário único do paciente, com as informações completas do quadro clínico e sua evolução, intervenções e exames realizados. Será permitida a adoção do Prontuário Eletrônico.

5.4.7. A UPA deverá dispor de serviços de informática com sistema para gestão hospitalar que contemple no mínimo: atendimentos realizados, exames complementares, controle de estoques (almoxarifado e farmácia), prontuário médico (observando o disposto na legislação vigente, incluindo a Resolução CFM nº. 1.821/2007), serviços de apoio e relatórios gerenciais que atendam aos indicadores e informações especificados no Contrato. Caberá à CONTRATADA a instalação da rede de informática, bem como a aquisição de sistemas, programasse equipamentos, mediante transferência de recursos por parte da SES, especificamente, para esta finalidade e mediante aprovação prévia do orçamento para a aquisição dos referidos itens.

176

SES 4996 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

5.4.8. A UPA deverá desenvolver uma Política de Gestão de Pessoas, atendendo as Normas da Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT/MTE, assim como deverá implantar e desenvolver uma Política de Segurança do Trabalho e Prevenção de Acidentes, em conformidade com a legislação vigente.

5.4.9. A UPA deverá respeitar a Legislação Ambiental e possuir toda a documentação exigida, incluído o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS.

5.4.10 A deverá se responsabilizar pela manutenção preventiva e corretiva predial, hidráulica, e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de equipamentos de saúde.

5.5. LINHAS DE ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E RESULTADOS ESPERADOS

Todos os resultados esperados serão elaborados sob a forma de relatórios técnicos e deverão ser apresentados a Secretaria de Estado da Saúde (SES) devendo considerar a lista de unidades relacionadas no Contrato de Gestão.

5.6 CONHECIMENTO DO PERFIL POPULACIONAL DA ÁREA de PLANEJAMENTO (AP) E OS SEUS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE.

A Organização Social, a partir dos dados existentes na SES, referentes aos principais problemas de saúde de Guarabira, objeto deste contrato, deverá apresentar diagnóstico acerca das questões de saúde.

Resultado esperado: Relatório contendo o diagnóstico acerca das questões relativas a saúde na área de Guarabira com ênfase no atendimento de urgências emergências em unidades de pronto atendimento (UPA) e sua integração com os demais serviços de saúde referenciados na região e/ou para atendimento da população da região.

177

SES 4997 FLS RUBRICA PROTOCOLO

5.7. CONHECIMENTO DOS FLUXOS DA DEMANDA DE SERVIÇOS NA ÁREA DE PLANEJAMENTO

A Organização Social estabelecerá um mecanismo para conhecer a origem e fluxos de pacientes entre as diferentes unidades de saúde. Especificamente, o mecanismo permitirá conhecer os seguintes fluxos e elementos:

- Origem da demanda os pacientes atendidos;
- Fluxos existentes entre Unidades de Saúde;
- Fluxos provenientes de outras;
- Fluxos de pacientes atendidos de fora do Estado de João Pessoa.

Esta atividade deverá ser desenvolvida em parceria com a SES e outros equipamentos públicos de saúde.

Resultado esperado: Identificação das respectivas zonas ou territórios de influência e orientação do fluxo de saída e/ou encaminhamento dos pacientes.

5.8 CONHECIMENTO DA OFERTA DE SERVIÇOS DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

A Organização Social proporá um mecanismo para conhecer as ações e serviços de saúde e tipologia dos mesmos que são ofertados nas unidades de pronto atendimento. Este mecanismo será trabalhado em parceria com a SES.

Resultado esperado: Relatório de ações e serviços de saúde ofertados em cada Unidade de Pronto Atendimento.

5.9 CONHECIMENTO DA CAPACIDADE INSTALADA NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

178

SES 4998 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

A partir dos padrões existentes sobre produção destes serviços de saúde nas Unidades de Pronto Atendimento, a entidade apresentará proposta para atendimento da população em termos de unidades de serviços de saúde a serem desenvolvidos no serviço de pronto atendimento que irá gerir.

Resultado esperado: Um relatório contendo a produção potencial que pode ser desenvolvido na Unidade de Pronto Atendimento que se propõe a gerenciar.

5.10 ANÁLISE DE SITUAÇÃO E PRINCIPAIS PROBLEMAS NA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DE PACIENTES ENTRE AS DIFERENTES UNIDADES DE SAÚDE

A Organização Social proporá um mecanismo para identificar os principais problemas e limitações existentes na referência e contra-referência dos usuários das Unidades de Pronto Atendimento.

Resultado esperado: Informe técnico com a análise de situação dos principais problemas e limitações na referência e contra-referência dos pacientes/usuários e proposta de melhoria a ser acordada com os gestores das diferentes unidades públicas de saúde.

5.11. APOIO À GESTÃO DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO.

Com base nos itens anteriores, que compõem o DIAGNÓSTICO SITUACIONAL, objeto maior deste anexo, caberá à Organização Social, devidamente instrumentalizada, apresentar plano de ações pontuais para suprir deficiências de estrutura, equipamentos e recursos humanos que tenham reflexo negativo nas metas pactuadas para a Unidade de Pronto Atendimento.

5.12. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Cronograma do Desenvolvimento das Atividades de Apoio à Integração

179

SES 4999 FLS. 52 RUBRICA PROTOCOLO

Etapas	Primeiro Trimestre
Elaboração do diagnóstico situacional das unidades de saúde que integram	

- Identificação das respectivas zonas ou territórios de influência das diferentes Unidades de Pronto Atendimento;

- Relatório de Serviços e Ações de Saúde ofertadas pelas Unidades de Pronto Atendimento;

- Relatório contendo a produção potencial que podem desenvolver as Unidades de Pronto Atendimento;

- Informe técnico com a análise situacional dos principais problemas e limitações na referência e contra-referência dos pacientes/usuários e as propostas de melhoria acordadas com os gestores das diferentes unidades de saúde públicas;

6. METAS E PARÂMETROS DE PAGAMENTO

COMPROMISSOS GERAIS DO CONTRATO DE METAS

- Atender aos pré-requisitos da Portaria GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, esta portaria em seu Art. 1° reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) e em seu artigo Art. 16 revoga a Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 193, de 6 de outubro de 2003, Seção 1, p. 56;

- Atender aos pré-requisitos da portaria GM n°1.601, de 07 de Julho de 2011, que estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas

SES 5000 FLS RUBRICA

da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências e em seu Art. 16 revoga a Portaria nº 1.020/GM/MS de 13 de maio de 2009, publicada no Diário Oficial da União nº 91, Seção 1, pág. 58, sem prejuízo dos financiamentos concedidos durante a vigência da Portaria;

- Habilitar o Serviço objeto do contrato de Gestão Pactuada em até 60 dias, nos termos das portarias n°1600 e 1601 de 07 de julho de 2011;

- Qualificar o serviço num prazo máximo de 6 (seis) meses a partir da data da assinatura do contrato, obtendo assim repasses financeiros estabelecidos pela Portaria GM n° 1601 de 07 de Julho de 2011;

- Implantar acolhimento com classificação de risco, com formação técnica para todos os servidores em cada área do serviço em atendimento de urgência e emergência;

- Garantir formação de 100% de médicos e enfermeiros em ACLS, bem como atendimento as urgências cardíacas;

METAS PARA O CONTRATO DE GESTÃO

1. Auditoria operacional e comissões:				
Indicador	**Operação**	**Produto**	**Metas**	**Fonte para verificação**
Revisão de Prontuários	Implantar a comissão de avaliação do prontuário dos pacientes atendidos	Comissão implantada e em funcionamento	Meta inicial: Comissão implantada em até 30 dias com a realização de pelo menos uma reunião. Meta permanente: Reunião Mensal, com registro em ata do número de prontuários analisados, identificação de	Portaria de constituição e registro das atas.

181

SES
5001
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

			pontos críticos e soluções encaminhadas	
Comissão de Controle de infecção Hospitalar (CCIH)	Implantar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)	Comissão implantada e em funcionamento	Meta incial: Comissão implantada em até 30 dias com a realização de pelo menos uma reunião mensal. Manual de rotinas e procedimentos implantado. Meta permanente: Reunião Mensal com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas.	Portaria de constituição e registro das atas
Implantar protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes em urgência e emergência	Protocolos elaborados referentes à: - Infarto Agudo do Miocárdio; Insuficiência cardíaca congestiva; Edema Agudo de Pulmão; Acidente Vascular Cerebral; Crise Hipertensiva; Maus tratos contra a criança e adlescentes; Politrauma; Trauma crânio encefálico; Insulficiência respiratória; Pneumonia; Septicemia; Diabetes mellitus descompensada ; Cetoacidose Diabética; Terapia Instensiva (critérios de	Protocolos implantados	Implantar todos os protocolos no período de seis meses, com qualificação de toda a equipe de saúde para a aplicação dos mesmos.	Protocolos e Auditoria do Prontuário Eletrônico do Paciente

182

SES
5002
FLS.
12
PROTOCOLO

	internação e Alta); Choque hipovolêmico; Insuficiência hepática; Ferimentos por armas de fogo; Intoxicação exôgena; Hemorragia digestiva e Dengue			

2. Estrutura física

Indicador	Operação	Produto	Metas	Fonte para verificação
Software para gestão de unidades de saúde	Implantação de software	Utilização de ferramentas eletrônicas para acompanhamento da gestão da unidade, bem como indicadores de saúde, indicadores administrativos, que possa ser realizado a distância ou presencial com emissão de relatórios e visualização da situação em tempo real.	Software implantado em até 90 dias a partir do início da atividade da unidade	Software
Manutenção preventiva e corretiva	Aquisição de serviços para manutenção preventiva e corretiva de equipamento e materiais permanentes	Equipamentos e materiais permanentes com manutenções preventivas e corretivas atualizadas mensalmente	Contrato com empresas para a realização dos serviços, que não estiverem na garantia.	Contratos de prestação de serviços entre a Organização Social e as empresas.

3. Participação Popular

Indicador	Operação	Produto	Metas	Fonte para verificação
Prover meios de escuta dos usuários	Serviço de Atendimento aos Usuários implantado	Serviço de ouvidoria, articulado com a secretaria de estado da saúde.	Serviço implantado em até 90 dias, sendo a operação e resposta, em até 15 dias, a 100% das demandas registradas	Relatório trimestral dos atendimentos realizados por tipo de demanda e encaminhamento realizado
Avaliação da satisfação	Questionário a ser aplicado aos usuários		Aplicar o questionário a no minimo 50% dos	Relatório consolidado dos dados

183

SES
5003
FLS.
6.
RUBRICA

do Cliente ou sua família	elaborado		Clientes ou familiares atendidos na Unidade Hospitalar e indice (mínimo) de satisfação de 80%, a partir do 3º mês após o início da operação.	resultantes da aplicação do instrumento no trimestre

4. Indicadores ou parâmetros de qualidade para reuniões de avaliação trimestrais.

Indicador	Meta	Pontuação	Fonte de informação
Percentual de pacientes que tiveram seu risco classificado (n° de pacientes que passaram pela classificação de risco/total de pacientes atendidos)	100%	Atingir 100% da meta – 200 pontos 90 a 99,9% da meta – 160 pontos 80 a 89,9% da meta – 100 pontos 70 a 79,9% da meta – 60 pontos Menor que 70% - não pontua	Relatório de estatística hospitalar (mensal)
Satisfação do paciente	Meta = superior a 70% de bom e ótimo	Até 70% de bom e ótimo – 300 pontos Entre 60 e 69% - 150 pontos Menos de 59% - não pontua	Relatório de avaliação trimestral
Tempo médio de espera entre a classificação de risco e a consulta médica, para pacientes classificados como "vermelho" ou "amarelo"	Meta= até 30min	Até 30min – 100 pontos De 30min a 1hora - 80 pontos Acima de 1 hora não pontua	Relatório de estatística hospitalar (mensal)

184

SES 5004 FLS. 6 RUBRICA PROTOCOLO

Apresentar os dados produzidos, de forma sistemática e atualizada para alimentação dos sistemas de informações oficiais utilizados pela SES DF	Apresentação mensal dos dados	Alimentou – 300 pontos. Não alimentou – não pontua	Entrega dos dados mensais em meio magnético para serem processados na DICOAS/SUPRAC, nos moldes e prazos acordados.
Apresentar os dados produzidos, de forma sistemática e atualizada para alimentação dos sistemas de informações oficiais utilizados pela SES DF	Apresentação mensal dos dados	Alimentou – 300 pontos. Não alimentou – não pontua	Entrega dos dados mensais em meio magnético para serem processados na DICOAS/SUPRAC, nos moldes e prazos acordados.
Percentual de pacientes encaminhados para internação hospitalar (número de pacientes que necessitam de internação/total de pacientes atendidos no mesmo período de tempo x 100	Meta: até 3%	Atingir 100% da meta – 100 pontos 90 a 99,9% da meta – 80 pontos 80ª 89,9% da meta – 50 pontos 70 a 79,9% da meta – 30 pontos Menor que 70% - não pontua	Relatório de estatística hospitalar (mensal)

5. Cobertura assistencial		
Indicador	**Freqüência**	**%**
Atendimento de Urgência em	4000	65,5

185

SES 5005 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

Atenção Especializada		
Radiodiagnóstico	600	9,67
Cardiologia (eletrocardiograma)	100	1,61
Exames laboratoriais (coleta)	1500	24,1
Total Geral	**6200**	**100**

As metas quantitativas são aquelas fixadas no edital e termo de referência, replicadas no quadro 01 a seguir. Os procedimentos do SIA/SUS que compõem cada um dos grupos são descritos no Projeto Básico. Variações mensais desses quantitativos e percentuais são esperadas e são admissíveis para efeito de avaliação, desde que sejam observadas compensações entre os grupos.

Quadro 01

COBERTURA ASSISTENCIAL (GRUPOS AGREGADOS)	**FREQUÊNCIA MENSAL ESTIMADA**	**%**
Atendimento de Urgência em Atenção Especializada	3.000	80,7
Radiodiagnóstico	300	8,2
Ações de Enfermagem, de Nível Médio e outros Profiss. de Nível Superior	250	6,7
Cardiologia (eletrocardiograma)	80	2,2
Administração de Medicamentos	80	2,2
TOTAL GERAL	**3.710**	**100%**

As metas qualitativas, cujo aferimento trimestral será a base para a transferência de parcela mensal equivalente a 5% do valor calculado, já considerado no total, serão acordadas trimestralmente entre a contratante e a contratada.

Para a primeira etapa – de organização - são propostas as metas constantes do Quadro 02, a seguir.

Quadro 02

Metas de Qualidade	**Mês 01**	**Mês 02**	**Mês 03**
Adequação de plano gerencial para organização da operação da UPA	80%		
Adequação do cronograma de contratação de profissionais	20%		

186

SES 5006 FLS 7 PROTOCOLO

Metas de Qualidade	Mês 01	Mês 02	Mês 03
Relação da padronização dos insumos terapêuticos (medicamentos, gases medicinais, material médico hospitalar de consumo)		80%	
Apresentação do plano de Gerenciamento de resíduos		20%	
Adequação de rotinas administrativas de funcionamento da UPA			80%
Ajuste das rotinas de referência e contra referência com UBS/SES, UPAS e Hospitais Regionais.			20%

Após o terceiro mês de vigência do contrato, serão estipuladas metas para indicadores que traduzem as preocupações da SES/PB com a qualidade dos serviços a serem oferecidos à população usuária. Além dos indicadores e metas estabelecidos, outros indicadores ou parâmetros de qualidade poderão ser selecionados, como substitutos ou em adição a esses, na forma acordada entre as partes nas reuniões de avaliação trimestrais.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Para fins de avaliação do repasse financeiro referente ao Contrato de Gestão para operacionalização das Unidades de Pronto Atendimento serão pagos 90% de forma fixa e 10% de forma variável.

No que pertine aos recursos variáveis serão considerados os seguintes critérios:

- 9,5% dos recursos da orçamentação global vinculados ao cumprimento dos custos fixos.

- 0,5 % dos recursos da orçamentação global repassados relacionar-se-á a consecução das metas qualitativas, conforme os parâmetros definidos.

SES
5007
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

A partir das revisões e repactuações de metas, por meio de Termos Aditivos, os percentuais definidos para os componentes fixos e variáveis poderão sofrer alterações, a critério dos representantes da SES/PB e OS responsável pela gerência de cada UPA.

PARÂMETROS PARA O REPASSE DOS RECURSOS VARIÁVEIS (10%) – METAS QUANTITATIVAS

Os recursos variáveis relacionados ao cumprimento das metas quantitativas representam 10% da orçamentação global definida no contrato. Esses recursos serão distribuídos, proporcionalmente, mediante o cumprimento conforme os parâmetros abaixo do quadro abaixo:

Percentual de Cumprimento das Metas Quantitativas	**Descontos em relação aos valores totais deste componente = 10% do valor total do contrato.**
90% a 110% de cumprimento	0% de desconto.
70% a 89% de cumprimento	10% de desconto
60% a 69% de cumprimento	15% de desconto
50% a 59% de cumprimento	20% de desconto
abaixo de 49% de cumprimento	30% de desconto

Caso as metas de produção excedam durante 2 meses consecutivos, nova pactuação de metas será estabelecida, sendo adotadas as medidas

188

SES
5008
FLS.
12
PROTOCOLO

necessárias para o restabelecimento do equilíbrio econômico-financeiro do Contrato de Gestão.

PARÂMETROS PARA O REPASSE DOS RECURSOS VARIÁVEIS (5%) – METAS DE QUALIDADE

Os recursos variáveis relacionados ao cumprimento das metas qualitativas representam 5% da orçamentação global definida no contrato. Esses recursos serão distribuídos, proporcionalmente, mediante o cumprimento conforme os parâmetros abaixo. A pontuação total será de 1.000 pontos, que terão a seguinte distribuição:

- 001 – 100 pontos – 10% do total
- 101 – 200 pontos – 20% do total
- 201 – 300 pontos – 30% do total
- 301 – 400 pontos – 40% do total
- 401 – 500 pontos – 50% do total
- 501 – 600 pontos – 60% do total
- 601 – 700 pontos – 70% do total
- 701 – 800 pontos – 80% do total
- 801 – 900 pontos – 90% do total
- 901 – 1000 pontos – 100% do total

189

SES
5009
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

ANEXO B

GESTÃO DE PESSOAL DA UNIDADE DE SAÚDE PELA ORGANIZAÇÃO SOCIAL

Planilha - UPA PORTE 1 GUARABIRA/ 02 CLÍNICOS E 02 PEDIATRAS 24 HORAS			
	Qtde	**Profissionais/serviço**	**C H**
	Qtde	**Profissionais/serviço**	**CH**
Profissionais Médicos	14	Clínico Geral	24 horas
	14	Pediatra	24 horas
		Encargos Sociais e/ou Fiscais	
Profissionais CLT Dia	1	Coordenador Administrativo	40h
	1	Coordenador de Enfermagem	40h
	3	Enfermeiros CLT	12x36
	1	Assistente Social	40h
	8	Tec.de Enfermagem CLT	12x36
	1	Farmacêutico Responsável	40h
	6	Auxiliar Administrativo	40h
	4	Recepção	12x36
	2	Copeira	12x36
	2	Portaria	12x36
	4	Limpeza	12x36
	33		**Sub-total CLT Dia**
Profissionais CLT Noite	3	Enfermeiros CLT	12x36
	8	Tec.de Enfermagem CLT	12x36
	2	Recepção	12x36
	2	Copeira	12x36
	2	Portaria	12x36
	2	Limpeza	12x36
	19		
			Sub-total CLT Noite
			Total equipes diurna/noturna CLT
Técnicos de Radiologia	7		24 horas
ENCARGOS SOCIAIS, TRABALHISTAS E RESCISÓRIOS		**Encargos Sociais, Trabalhistas e Rescisórios**	
		Subtotal do grupo	

190

SES 5010 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

ANEXO C
INVENTÁRIO PATRIMONIAL

INVENTÁRIO DA UPA GUARABIRA POR SETOR			
ITEM	QUANTIDADE NECESSÁRIA	TOMBAMENTO	NÚMERO DE SÉRIE
ESPERA			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119829	-
Bebedouro Gelágua	1	125070	-
Cadeira de Rodas	1	100684	-
Cadeira fixa	4	109014/109024/109023/109022	-
Cadeira giratória	3	108981/108990/108979	-
Gaveteiro	1	ST	-
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119825	-
Balança Pediátrica	1	89322	15242
Balde de lixo comum com tampa 20 litros	1	ST	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108983	-
Escada 2 degraus	1	107575	-
Gaveteiro	1	ST	-
CONSULTÓRIO 2			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119823	-

SES
5011
FLS.
RUBR.
PROTOCOLO

Armário vitrine	1	101034	-
Biombo de 2 faces	1	102936	-
Cadeira Fixa	1	109025	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108985	-
Escada 2 degraus	1	107581	-
Gaveteiro	1	ST	-
Maca Fixa	1	ST	-
Negatoscópio	1	108642	-
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	
CONSULTÓRIO 1			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119822	-
Armário vitrine	1	101037	-
Balde de lixo comum com tampa 20 litros	1	ST	-
Biombo de 2 faces	1	102959	-
Cadeira Fixa	2	109026	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108978	-
Escada 2 degraus	1	107574	-
Gaveteiro	1	ST	-
Maca Fixa	1	ST	-
Negatoscópio	1	ST	-
ÁREA DE GUARDA DE MACAS			
Maca de transporte	2	ST	20100018931/20100018929
SALA VERMELHA E POSTO DE ENFERMAGEM - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA - 2 LEITOS			
Ambú Adulto	2	S/T	-
Ambú Infantil	2	S/T	-
Aparelho de ar condicionado	2	S/T	-
Aspirador de Secreção	2	117187/117190	10040098/10030083
Balde de lixo comum com tampa 20 litros	1	S/T	-

SES
5012
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

Biombo de 2 faces	2	102934/102946	
Cadeira Giratória com rodas hospitalar	1	100731	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108982	-
Cardioversor	2	113571/113573	T10E120183/T10E120438
Carro de curativo	1	102493	-
Carro de Reanimação com suporte para monitor	2	101232/101237	-
Cama hospitalar elétrica com colchão	2	ST	20090262701/20090262634
Escada 2 degraus	2	ST	-
Estante em aço inox 3 prateleiras	1	126970	-
Estetoscópio adulto	1	ST	-
Monitor Multiparamétrico	2	95375/95372	6001048370/6000994170
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	-
Suporte para Soro	2	110518/110457	-
Ventilador Eletrônico	2	121124/121122	ASBF-0063/ASBF-0086
POSTO DE ENFERMAGEM - APLICAÇÃO DE MEDICAMENTOS / REIDRATAÇÃO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Braçadeira para injeção	2	103150/103149	-
Cadeira Fixa	5	109011/109013/109009/109017/109016	
Cadeira Giratória com rodas	1	108989	-
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	
Suporte para soro	4	110464/110528/110431/110474	-
SUTURA/CURATIVO			
Armário vitrine	1	101035	-
Aparelho de ar condicionado	1	ST	
Biombo de 2 faces	1	102925	-
Escada 2 degraus	1	ST	-

SES
5013
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Foco cirúrgico auxiliar	1	ST	AR0122150
Suporte para Soro	1	110428	-
SALA DE CURATIVO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	-
GESSO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Cadeira Giratória com rodas	1	109019	-
Mesa Auxiliar	1	109291	-
Serra de gesso	1	122556	27073
INALOTERAPIA			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Cadeira Fixa	6	109018/109015/109010/109012/109021/109014	-
Fluxômetro de ar comprimido	6	ST	-
Suporte para soro	4	110453/110546/110522/110514	-
OBSERVAÇÃO ADULTO E POSTO DE ENFERMAGEM			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Aspirador de Secreção	1	117189	10040094
Balde de lixo comum com tampa 20 litros	1	ST	-
Biombo de 2 faces	2	102956/102958	-
Cadeira Giratória com rodas hospitalar	1	100730	-
Cama hospitalar elétrica com colchão	4	ST	20090262711/20090262633/20090262762/20090262700
Cardioversor	1	113572	T10E120460
Carro de Reanimação com suporte para monitor	1	101234	-
Escada 2 degraus	4	107576/107577/107582/ST	-

SES
5014
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Estante em aço inox 3 prateleiras	1	126964	
Gaveteiro	1	ST	-
Oxímetro Portátil	2	95333/95330	101806761/101806452
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	-
Suporte para Saco Hamper	1	101695	-
Suporte para Soro	4	110513/110523/110459/110449	-
OBSERVAÇÃO PEDIÁTRICA E POSTO DE ENFERMAGEM			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Aspirador de Secreção	1	117185	10020015
Biombo de 2 faces	1	102968	-
Cama hospitalar elétrica com colchão	2	ST	20090259050/20090259049
Escada 2 degraus	2	107579/107580	-
Mesa auxiliar inox	1	109293	-
Porta Sabão e Papel Toalha	1	ST	-
Suporte para saco Hamper	1	101672	-
Suporte para soro	2	110455/110438	-
SALA DE UTILIDADE (EXPURGO)			
Armário	1	127679	-
SETOR DE RAIO X			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Aparelho de RX móvel -shimadzu-modelonux-10	1	ST	0562P80605
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119820	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108987	-
Escada 2 degraus	1	107583	-
Maca fixa	1	109452	-
Negatoscópio	1	108614	-
Suporte de soro	1	110524	-
CAMARA ESCURA			

SES SOLS PROTOCOLO

Tanque de revelação manual	1	ST	
SALA DE ECG (antiga sala de DIAGNÓSTICO/ARQUIVO DE CHAPAS)			
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119828	-
Eletrocardiógrafo portátil	1	88602	90311527
SALA DE CURATIVOS (antiga sala de ECG)			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Biombo de 2 faces	1	102972	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108988	-
Carro de curativo	2	102492/102494	-
Escada 2 degraus	1	107578	-
SALA DA ASSISTENTE SOCIAL			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas em aço	1	127675	-
Armários 2 portas grande em MDF	1	119816	-
Cadeira Fixa	1	109020	-
Cadeira Giratória com rodas	1	108974	-
Escada 2 degraus	1	107582	-
Gaveteiro	1	ST	-
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACEUTICO - CAF			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armário 2 portas em aço	2	127676/127685	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119826	-
Estante em aço inox 3 prateleiras	4	126960/126966/126969/126959	-
ROUPA LIMPA			
Carro de Roupa Limpo	2	ST	-
DEPÓSITO PARA ROUPA SUJA			

SES 5016 FLS. 52 RUBRICA PROTOCOLO

Suporte para Saco Hamper	6	101688/101677/101685/101678/101680/101673	-
Carro de Roupa Limpo	1	106409	-
DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA (DML)			
Armários 2 portas em aço	2	127683/127684	-
Tanque de lavagem	1	ST	-
LAVAGEM E DESCONTAMINAÇÃO DE MATERIAL PARA ESTERELIZAR			
Armário	1	127678	-
ARMAZENAGEM E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS ESTERELIZADOS			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Estante em aço inox 3 prateleiras	4	126967/126968/126962/126963	-
SALAS DIRETORIA - ADMINISTRATIVA / MÉDICA / ENFERMAGEM			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Aparelho de fax	1	124923	-
Armários 2 portas grande em MDF	1	119814	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	2	119818	-
Cadeira Giratória com rodas	2	108975/108977	-
Claviculário para 60 chaves	1	125584	-
Gaveteiro	2	ST	-
ADMINISTRATIVO - TI - SAME - FATURAMENTO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Aparelho de fax	1	124924	-
Armários 2 portas grande em MDF	2	119817/119815	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	2	119824/119821	-
Cadeira Giratória com rodas	2	108986/108980	-
Gaveteiro	2	ST	-

197

SES
617
FLS.
PROTOCOLO

REFEITÓRIO			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Balde de lixo comum com tampa 20 litros	1	ST	-
Bebedouro Gelágua	1	125075	-
Mesa para refeição 04 lugares com cadeira	4	127468/127466/127465/127467	-
COPA			
Aparelho de ar condicionado	1	ST	-
Armários 2 portas em aço	1	127673	-
Estante de aço 3 prateleiras	1	126958	-
Geladeira	1	ST	-
ALMOXARIFADO CENTRAL			
Armário 2 portas em aço	5	127682/127680/127674/127672/127677	-
Armários 2 portas pequeno em MDF	1	119827	-
Estante de aço	4	126957/126971/126961/126965	-
ENXOVAL			
Saco de Ramper	8	-	-
Lençol em algodão	360	-	-
Roupa Privativa M (calça e blusa)	25	-	-
Roupa Privativa G (calça e blusa)	25	-	-
Pano para biombo	36	-	-
OUTROS EQUIPAMENTOS/MATERIAIS			
Gelágua	3	125072/125073/125071	-
Monitor multiparamétrico com cabo Multimed, suporte de parede e Dockstation	1	95377	60010139780

SES 618
RUBRICA
PROTOCOLO

ANEXO D

TERMO DE PERMISSÃO DE USO

I – Fica permitido, na forma do disposto na Lei n.º 8.080 /90, Lei n.º 8.142/1990 e Lei Estadual nº 9.454/2011, o uso dos bens públicos relacionados, de acordo com o Contrato de Gestão, assim como os bens que lhes guarnecem.

II – O prazo de vigência da presente permissão é o mesmo do Contrato de Gestão ao qual se vincula.

III - Quaisquer construções ou benfeitorias realizadas no imóvel, bem como, a instalação de bens móveis ou imobilizados nos equipamentos objeto da permissão de uso, serão incorporadas ao patrimônio estadual, sem direito à retenção.

IV - Os equipamentos e instrumental necessários para a realização dos serviços contratados deverão ser mantidos pela CONTRATADA em perfeitas condições, adequadas à sua destinação.

V - Os equipamentos, instrumentos e quaisquer bens permanentes que por ventura venham a ser adquiridos com recursos oriundos do Contrato de Gestão, deverão ser incorporados ao patrimônio do Governo do Estado da Paraíba, hipótese em que a CONTRATADA deverá entregar à CONTRATANTE a documentação necessária ao processo de incorporação dos bens patrimoniais.

VI - A realização de benfeitorias ou acréscimos nos bens arrolados deverá ser realizada mediante aprovação do Poder Público Estadual.

VI – Os bens recebidos ou adquiridos mediante legados ou doações que forem destinados à CONTRATADA para o objeto do Contrato de Gestão, bem como, as, benfeitorias, bens móveis e imobilizados instalados nos equipamentos de saúde cujo uso foi permitido, serão incorporados ao patrimônio estadual ora arrolado.

VII – Ficará assegurado o acesso dos servidores estaduais vinculados à área técnica e ao Contrato de Gestão às dependências dos bens cedidos.

VIII - Não poderá ser permitido a terceiro a utilização do bem público cedido sem prévia autorização, nem poderá ser autorizado o uso do bem público cedido em atividade distinta da prevista no Contrato de Gestão.

IX – Deverá a CONTRATADA providenciar seguro contra incêndio do bem imóvel cedido.

X – Deverá a CONTRATADA pagar todas as despesas que direta ou indiretamente decorram do uso do bem, inclusive tarifas e taxas.

WALDSON DIAS DE SOUZA
Secretário de Estado da Saúde
Contratante

LUIZ FERNANDO GIAZZI NASSRI
Diretor Presidente
Instituto Social FIBRA
Contratada

Carlos Guilherme Giazzi Nassri

SciELO
SciELO - artigos em texto completo

SES
5019
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Graduado em Medicina na Universidade de Mogi das Cruzes em 1992. Concluiu Residência Médica em Cirurgia Geral pela mesma Universidade em 1994 e Residência Médica em Cirurgia Oncológica no Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho em São Paulo em 1996. Frequentou e concluiu Programa de Reseach Fellow no The Brookdale University Hospital and Medical Center em Nova York no ano de 1997. Obteve título de Mestre em Medicina, com área de concentração em Gastroenterologia Cirúrgica no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual em 2004. Lecionou na categoria de Professor Assistente das Disciplinas de Clínica Cirúrgica e Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes de 1998 a 2009. Atuou como Responsável Técnico da área de saúde da Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa (FAEP), de 2004 a 2009. Concluiu Pós-Graduação em Videoicirurgia no Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libânes de São Paulo em 2008. Coordenador (vice-mestre) da Regional Mogi das Cruzes do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Capítulo de São Paulo, desde 2006. Doutorando da Disciplina de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Universidade Federal Paulista (UNIFESP). Responsável Técnico da área da saúde do Instituto Social Fibra de São Paulo. Tem experiência na área de Gastroenterologia Clínica e Cirúrgica, com ênfase em Cirurgia Experimental.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 05/06/2010
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/9959153431063073

Certificado pelo autor em 05/06/10

Dados pessoais

Nome Carlos Guilherme Giazzi Nassri

Nome em citações bibliográficas NASSRI, C. G. G.

Sexo Masculino

Endereço profissional Biosaude S/S ltda, Gestora em Saúde.
Rua Princesa Isabel de Bragança, 235
Centro
08710-460 - Moji das Cruzes, SP - Brasil
Telefone: (11) 23123177 Fax: (11) 23123177

Formação acadêmica/Titulação

2009 Doutorado em andamento em Cirurgia e Experimentação (Conceito CAPES 4) .
Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil.
Título: Incidência de Implantes Tumorais nos Sítios de Punção de Trocartes Laparoscópicos. Estudo Experimental em Ratos., *Orientador:* Prof. Dr. João Luiz Moreira Coutinho Azevedo.
Palavras-chave: Cirurgia; modelo experimental; Tumores Malignos; Laparoscopia.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Medicina.
Setores de atividade: Atividades profissionais, científicas e técnicas.

2000 - 2004 Mestrado em Medicina (Gastroenterologia Cirúrgica) .
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, IAMSP, Brasil.
Título: Influência de Soluções Nutricionais sobre o Colo Excluído. Estudo Experimental em Ratos., *Ano de Obtenção:* 2004.
Orientador: Prof. Dr. Nelson Fontana Margarido. Prof. Dr. Fábio S. Goffi.
Bolsista do(a): PAQD UMC .
Palavras-chave: modelo experimental; colite por exclusão.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Medicina.

1995 - 1996 Especialização - Residência médica .
Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho. *Residência médica em:*
Número do registro: .

1993 - 1994 Especialização - Residência médica .
Universidade de Mogi das Cruzes, UMC, Brasil. *Residência médica em:*
Número do registro: .
Bolsista do(a): Fundação pra o desenvolvimento e amparo a pesquisa .

1987 - 1992 Graduação em Medicina .
Universidade de Mogi das Cruzes, UMC, Brasil.

Formação complementar

2008 PÓS-GRADUAÇÃO EM VIDEOCIRURGIA. (Carga horária: 360h).
HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS, INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA.

1997 - 1998 RESEARCH FELLOW iN SURGERY. (Carga horária: 900h).
BROOKDALE UNIVERSITY HOSPITAL AND MEDICAL CENTER.

Atuação profissional

200

Colégio Brasileiro de Cirurgiões, CBC, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - Atual Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Vice-Mestre Regional Mogi das Cruzes, Carga horária: 20

Fundação de Amparo ao Ensino e Pesquisa, FAEP, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - Atual Vínculo: Coordenador da área de saúde, Enquadramento Funcional: Bolsista, Carga horária: 20

Universidade de Mogi das Cruzes, UMC, Brasil.

Vínculo institucional

1999 - Atual Vínculo: Professor, Enquadramento Funcional: Professor Assistente, Carga horária: 11

Atividades

01/2004 - Atual Conselhos, Comissões e Consultoria, Centro de Ciências Biomédicas, .

Cargo ou função
Coordenador da Comissão de Residência Médica da Universidade de Mogi das Cruzes.

06/2003 - Atual Conselhos, Comissões e Consultoria, Centro de Ciências Biomédicas, .

Cargo ou função
Membro relator da Comissão de Ética em Manipulação e Experimentação Animal da UMC.

02/1999 - Atual Ensino, Medicina, Nível: Graduação.

Disciplinas ministradas
Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental e Clínica Cirúrgica

Hospital Luzia de Pinho Melo, HCLPM, Brasil.

Vínculo institucional

1997 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Médico Cirurgião, Carga horária: 12

Outras informações Todas as atividades docentes realizadas pelo internato da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, bem como, Residência Médica, são realizados neste Hospital.

SES
5020
FLS.
6
RUBRICA
PROTOCOLO

Áreas de atuação

1. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Medicina / *Subárea:* Cirurgia / *Especialidade:* Cirurgia Experimental.
2. *Grande área:* Ciências da Saúde / *Área:* Medicina / *Subárea:* Cirurgia / *Especialidade:* Cirurgia Gastroenterologia.

Idiomas

Italiano Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente.

Inglês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Produção em C,T & A

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. FAVERO E. ; FERRAZ, L. G. C. ; MELO, M. C. ; NASSRI, C. G. G. . Correlação entre as diferenças de monitoração inicial e final do ramo mandibular marginal associado à observação clínica durante parotidectomias.. Revista Brasileira de Cirurgia da Cabeça e Pescoço, v. 37, p. 25-27, 2008.
2. NASSRI, C. G. G. ; Nassri, A.B. ; FAVERO E. ; Margarido NF . Influência da Irrigação de Soluções Nutricionais no Colo Excluso do Trânsito Intestinal. Estudo Experimental em Ratos.. Revista Brasileira de Coloproctologia (Online), v. 28, p. 306-314, 2008.
3. NASSRI, C. G. G. ; Margarido NF . Influência da irrigação de soluções nutricionais sobre o colo excluído. Revista Médica do IAMSPE, v. 31, p. 239-240, 2006.
4. NASSRI, C. G. G. ; Fernandes, TJ . Tumor de Frantz: Relato de caso e revisão de literatura. Revista Médica do IAMSPE, v. 2, p. 8-10, 2004.
5. NASSRI, C. G. G. ; Inoue S ; SILVA, L. V. ; JOSE, L. M. ; BRAZ, A. . Tumores na infância. Estudo Retrospectivo de 23 anos. Pediatria Moderna, v. XXXI, p. 191-210, 1995.

Capítulos de livros publicados

1. NASSRI, C. G. G. . Alterações do Metabolismo Orgânico.. In: Margarido,NF.. (Org.). Manual de Metabologia Cirúrgica.. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2008, v. 1, p. 27-42.
2. NASSRI, C. G. G. . A Cirurgia como Fator de Desnutrição.. In: Margarido, NF.. (Org.). Manual de Metabologia Cirúrgica.. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2008, v. 1, p. 85-109.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

201

SES
2021
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

1. ☆ NASSRI, C. G. G. ; Margarido NF ; VICENTINE, F. P. . Estudo Comparativo de Anantomoses Colônicas com Uso de Adesivos Biológicos em Ratos. In: V Congresso Nacional de Inicição Científica e III Congesso Internacional de Iniciação Científica (COINT-SEMESP), 2006, Santos. Estudo Comparativo de Anastomoses Intestinais Colonicas com uso de adesivos Biológicos em Ratos, 2006.

Resumos expandidos publicados em anais de congressos

1. ☆ NASSRI, C. G. G. ; Scorza F.A. ; Margarido NF . Expressão da Parvalbumina na Formação Hipocampal de Ratos submetidos a fitobezoar. In: Congresso Paulista de Cirurgia, 2006, São Paulo. Expressão da Parvalbumina na Formação Hipocampal de ratos., 2006.
2. NASSRI, C. G. G. . Colectomia Total e Ressecção Maciça de Delgado por Reto Colite Ulcerativa Inespecífica. In: Congresso Paulista de Cirurgia, 2006, São Paulo. Colectomia Total e Ressecção maciça de delgado por RCUI, 2006.
3. NASSRI, C. G. G. ; Margarido, NF ; Lepre, RK . Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de Carcinogênese do coto Gástrico. In: V Congresso Nacional de Iniciação Científica e III Congresso Internacional de Iniciação Científica (COINT-SEMESP), 2006, Santos. Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de Carcinogênese do Coto Gástrico, 2006.
4. ☆ NASSRI, C. G. G. ; Margarido, NF ; Fernandes, TJ . Influência dos Ácidos Voláteis nas Anastomoses Intestinais. Estudo Experimental em Ratos.. In: XV Congresso Paulista de Cirurgia e VI Congresso Estadual da Sobracil, 2006, São Paulo. Influência dos Ácidos Voláteis nas Anastomoses Intestinais. Estudo Experimental em Ratos., 2006.
5. NASSRI, C. G. G. . Lesões Iatrogênicas das Vias Biliares.. In: XXV Congresso Médico-Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes., 2005, Mogi das Cruzes. Lesoões Iatrogênicas das Vias Biliares, 2005.
6. NASSRI, C. G. G. . Doença de Crohn e suas Manifestações Orirficiais.. In: XXV Congresso Médico-Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes, 2005, Mogi das Cruzes. Doença de Crohn e suas Manifestações Orificiais., 2005.
7. NASSRI, C. G. G. ; Marques, TG . Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de desnervação do Tubo Digestivo.. In: Congresso de Inicação Científica da Universidade de Mogi das Cruzes (PIBIC, CNPQ), 2005, Mogi das Cruzes. Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de Desnervação do Tubo Digestivo., 2005.
8. NASSRI, C. G. G. . Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de Hipertensão Portal.. In: Congresso de Iniciação Científica (PIBIC/CNPQ), 2005, Mogi das Cruzes. Estudo Comparativo de Modelos Experimentais de Hipertensão Portal., 2005.
9. NASSRI, C. G. G. . Qualidade de Vida em Oncologia.. In: XIV Assembléia Cirúrgica e Oncológica do Colégio Brasileiro de Cirurgiões., 2004, São Paulo. Qualidade de Vida em Oncologia., 2004.

Resumos publicados em anais de congressos

1. ☆ NASSRI, C. G. G. . Modelo experimental de colite por exclusão em ratos. In: XVIII Fórum de Pesquisa em Cirurgia, 2003, Rio de Janeiro. Anais de Pesquisa Experimental do Colégio Brasileiro de Cirurgia, 2003. v. 30. p. 179.
2. NASSRI, C. G. G. . Tumor de Frantz. Relato de Caso e Revisão de Literatura.. In: XXIII Congresso Médico-Universitário da Faculdade de Medicina UMC, 2003, Mogi das Cruzes. Anais do Congresso Médico-Universitário da UMC, 2003.
3. ☆ NASSRI, C. G. G. . Método de lipeza mecânica intra-operatória anterógrada de colo excluído. Estudo experimental em ratos.. In: XXv Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões., 2003, Porto Alegre. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003. v. 30. p. 42.
4. NASSRI, C. G. G. . Apendicite Crônica e Recorrente. Relato de Caso e revisão de Literatura.. In: XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003, Porto Alegre. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003.
5. NASSRI, C. G. G. . Colite po Exclusão. Relato de 3 casos e Revisão de Literatura.. in: XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003, Porto Alegre. Revista di Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003. v. 30. p. 295.
6. NASSRI, C. G. G. . Colecistectomia videolaparoscópica e por mini-incisão. Estudo comparativo de 02 anos.. In: XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003, Porto Alegre. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2003.

Eventos

Participação em eventos

1. IEP HOSPITAL SIRIO LIBANES, I CONGRESSO INTERNACIONAL DE ONCOLOGIA GASTROINTESTINAL. 2008. (Congresso).
2. XI CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA PIBIC/CNPQ/ UMC..Estudo Prospectivo das Hernioplastias Inguinais. Aspectos Diagnósticos, Técnicos e Pós-operatórios.. 2008. (Congresso).
3. HARVARD LAW SCHOOL, MASSACHUSSETTS INSTITUTE OFTECHNOLOGY (MIT), MANAGINGTHE DIFFICULT BUSINESS CONVERSATION, .. 2007. (Oficina).
4. LIII CONGRESSO BRASILEIRO DE COLOPROCTOLOGIA. 2004. (Congresso).
5. CHICAGO PHS HERNIA COURSE, PROF. ARTHUR GILBERT. 2004. (Encontro).
6. XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões..Método de Limpeza mecânica anterógrada intra-operatória de colo excluído em ratos.. 2003. (Congresso).
7. XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões..Apendicite Crônica e Recorrente. Relato de Caso e Revisão de Literatura.. 2003. (Congresso).
8. XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões..Colite por Exclusão. Relato de 3 casos e Revisão de Literatura.. 2003. (Congresso).
9. XXV Congresso do Colégio Brasileiro de Cirurgiões..Colecistectomia videolaparoscópica e por mini-incisão. Estudo Comparativo de 2 anos.. 2003. (Congresso).
10. XVIII Fórum de Pesquisa em Cirurgia..Modelo experimental de colite por exclusão.. 2003. (Simpósio).

202

SES 5022 FLS. 12 RUBRICA PROTOCOLO

11. Atualização de Hérnias da Parede Abdominal. 2001. (Congresso).
12. I Workshop de Transplantes do Aparelho Digestivo. 2001. (Simpósio).
13. II Simpósio de Cirurgia Ambulatorial. 2000. (Simpósio).
14. AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, ANNUAL CLINIC DAY AND CANCER SYMPOSIUM. 1997. (Seminário).
15. SLOAM CATTERING CANCER CENTER, NEW YORK, DEPARTMENT OF ONCOLOGIC SURGERY. 1997. (Outra).
16. II Jornada de Cirurgia Videolaparoscópica. 1995. (Seminário).
17. XIV Congresso Pan-Americano de Cirurgia Pediátrica..Tumores na Infância. Estudo Retrospectivo de 23 anos.. 1994. (Congresso).
18. XIV Congresso Acadêmico-Médico da UMC.Cisto Gigante de Colédoco.Relato de Caso.. 1994. (Congresso).
19. XIII Congresso Acadêmico-Médico da Universidade de Mogi das Cruzes..Uso de adesivos Biológicos em Laringofissuras. Estudo Experimental em Cães.. 1993. (Congresso).
20. IX Congresso Acadêmico-médico da UMC.Eletroneuro estimulação Transcutânea nas Algias da Articulação Temporo-mandibular.. 1989. (Congresso).

Orientações

Orientações em andamento

Iniciação científica

1. Bruno Hurtado Rodrigues. Estudo Prospectivo das Hernioplastias Inguinais. Aspectos Técnicos, Fisiopatológicos e Pós-Operatórios.. Início: 2008. Iniciação científica (Graduando em Medicina) - Universidade de Mogi das Cruzes. (Orientador).

Outras informações relevantes

Coordenação da Liga de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes desde 2000. (www.ligadecirurgiaumc.kit.net)

Coordenador dos seguintes cursos realizados na Faculdade de Medicina da Universidade de Mogi das Cruzes:
1. I CURSO BÁSICO TEÓRICO-PRÁTICO DE TREINAMENTO EM VIDEOCIRURGIA (março 2004).
2. III CURSO INTRODUTÓRIO À LIGA DE CIRURGIA (março 2003).
3. JORNADA DE ATUALIZAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICA EM PEDIATRIA (maio 2003)
4. II CURSO INTRODUTÓRIO Á LIGA DE CIRURGIA (março 2002)
5. I CURSO TEÓRICO-PRÁTICO DE ANASTOMOSES GASTROINTESTINAIS POR MEIO DE SUTURAS MECÂNICAS (agosto 2001).
6. I CURSO INTRODUTÓRIO À LIGA DE CIRURGIA (março 2001)..

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 09/03/2012 às 17:23:26

THE BROOKDALE UNIVERSITY HOSPITAL AND MEDICAL CENTER
One Brookdale Plaza • Brooklyn, New York 11212-3198 • (718) 240-5000 • Fax (718) 240-5042

Dial Direct # (718) 240-5350

Affiliated with
State University of New York
Health Science Center at Brooklyn,
New York University College of Dentistry
and The Mount Sinai Health System

JONAS GINTAUTAS, M.D., Ph.D., M.B.A.
DIRECTOR OF BASIC AND CLINICAL RESEARCH
AND PROFESSOR OF NEUROLOGY

5023
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

To Whom It May Concern

Re: Dr. Nassri's Research Fellowship in Surgery

This is to certify that Carlos Guilherme Giazzi Nassri, M.D. was a Research Fellow in Surgery from March 1, 1996 until January 17, 1997 at The Brookdale University Hospital Medical Center in New York, U.S.A. Dr. Nassri actively participated in Surgical Grand Rounds, morbidity and mortality case presentations, and attended didactic lectures, seminars and workshops. Clinically in our operating theaters Dr. Nassri assisted a variety of abdominal surgeries and personally performed several laparoscopic procedures in abdominal surgery, where he demonstrated his excellent surgical skills and mature operating techniques.

Dr. Nassri during his stay at Brookdale was also involved in preparation of several research projects in both clinical and basic medical science areas. He performed numerous surgical experimental laparoscopic procedures on dogs in our research laboratories. Dr. Nassri was involved in the following research studies: "Acrylic Frontal Cronioplasty for the Treatment of Cranial Neuralgia", "Pentastarch for Treatment of Experimental Cerebral Edema in Dogs", and "Accuracy of Sonography in Lower Right Quodrant Pain and Appendicitis".

Dr. Nassri has demonstrated a broad knowledge and experience in theoretical and practical aspects of surgical medicine and after appropriate evaluation he was awarded special educational Diploma of Research Fellow in Surgery. Dr. Nassri presents a strong array of talents as a skilled surgeon, accomplished clinician and capable research scholar. Dr. Nassri has a superb bed-side manners, excellent surgical skills and as a physician-surgeon he was always highly regarded by patients, colleagues, residents and students.

Dr. Nassri is warm and personable, and we found him to be a mature and compassionate human being, whose self-assurance and sophistication reflect the broad social and cultural milieus to which he has been exposed. It was a pleasure to have Dr. Nassri as a Research Fellow in Surgery at our Medical Center.

Sincerely,

Jonas Gintautas, M.D., Ph.D., M.B.A.

AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado. Dou fé.
São Paulo, 29 SET. 20
RODRIGO DE ALMEIDA
VÁLIDO SOMENTE
Valor cobrado
AUTENTICIDADE
2,25
RG 14.501

204

The Brookdale Hospital Medical Center

Having faithfully and satisfactorily performed the duties and fulfilled the responsibilities and requirements

Carlos Guilherme Giazzi Nassri, M.D.

is hereby awarded this certificate as evidence of successful completion of the appointment as

Research Fellow in Surgery

March 1, 1996 to January 17, 1997

Brooklyn, New York

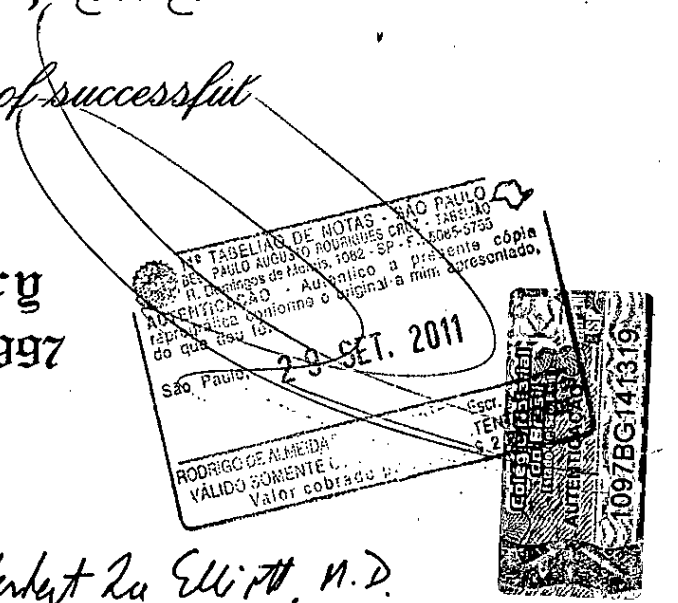
"And the afflicted thou wilt save..."

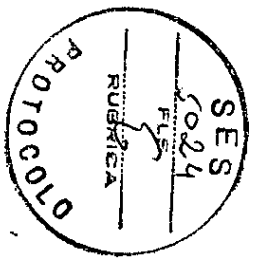
Chairman, Board of Trustees

President

Herbert Ira Elliott, M.D.
President, Medical Board

Director of Medical Education





205

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

O Diretório Nacional do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

certifica que Dr. Carlos Guilherme Giazzi Nassri

exerceu o cargo de Vice-Mestre da Regional Mogi das Cruzes

na gestão 2006/2007

Rio de Janeiro, 11 *de* janeiro *de* 2008

Presidente *Secretário-Geral*

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES MCMXXIX

TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO - TABELIÃO - Cartório Augusto Rodrigues Cruz - Tel.: 5065-5755 - Rua Borges de Morais, nº 82 - SP - F... Reconhecimento por AUTENTICIDADE - Autorizado a praticar este ato. Reconhece o(s) firma(s) e dá fé. Em testemunho da verdade. São Paulo 20 SET. 2011 - EMOLUMENTOS - Escrevente Autorizado - AUTENTICIDADE

Colégio Notarial do Brasil - AUTENTICIDADE - 1097BG14131B

206

SES 5025 FLS RUBRICA PROTOCOLO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
CEDEP – Av. Ibirapuera, 981 – 6° andar – SP – CEP: 04029-000
Fone: 5088-8338 —TEL/ FAX: 5573.8854 – E-mail= depiamspe@uol.com.br

SES
5026
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DECL.CPG Nº 35/ 04

DECLARAÇÃO

A Comissão de Pós Graduação – IAMSPE – SP, qualificada para ministrar Cursos de Pós Graduação, conforme Parecer nº 745/88 do C.F.E. de 04.08.88, referente ao Processo nº 2300/000446/88 – 26, declara que Carlos Guilherme Giazzi Nassri **foi aprovado em nível de excelência na** Dissertação de Mestrado – Área de Concentração em Gastroenterologia Cirúrgica – no dia 19 de fevereiro de 2004, pela seguinte Comissão Julgadora: Prof. Dr. Nelson Fontana Margarido– Orientador (IAMSPE – SP), Prof. Dr. Sansom Henrique Bromberg – (IAMSPE - SP) , e Prof. Dr. Carlos Mateus Rotta (FMUMC).

Título da Dissertação: "Influência da Irrigação de Soluções Nutricionais em Colo Excluído. Estudo experimental em ratos".

O relatório da Comissão Julgadora foi homologado pela CPG, em sua 3ª/04 Sessão de 13 de abril de 2004 .

São Paulo, 19 de abril de 2004.

Prof.Dr. Fabio Schmidt Goffi
Presidente da Comissão de Pós Graduação
Diretor do CEDEP
IAMSPE – HSPE

FSG/tjg

Colégio Notarial do Brasil
Estado de São Paulo
AUTENTICAÇÃO
0597AB352799

2° TAB. DE NOTAS E PROT. LETRAS E TIT. M. CRUZES-SP
TABELIÃO DR. ANTONIO SOUZA VENTURA
RUA [illegible] - CENTRO
AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO A PRESENTE FOTOGRÁFICA, A QUAL CONFERE COM O ORIGINAL DO QUE DOU FÉ.
09 JUN 2011
KELLY TSUJIGUCHI DE SOUZA - Preposta-escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

207

SES
1027
FLS.
RUBRICA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
Comissão de Pós Graduação – IAMSPE-SP – Av.Ibirapuera, 981 – 6° andar-sl 601
Fones: 5088-8338 — FAX: 573.8854 – E-mail= posgrad@iamspe.saude.sp.gov.br

PROTOCOLO

HISTÓRICO ESCOLAR DE PÓS GRADUAÇÃO

CURSO DE MESTRADO EM MEDICINA

Nome do(a) aluno(a): Carlos Guilherme Giazzi Nassri

Natural do Estado de São Paulo *Nacionalidade:* Brasileira

Data de Nascimento 03/04/1968 *Registro do(a) aluno(a):* 98PO01

Cédula de Identidade – RG n° 20.159.567 -SP

Área de Concentração: Gastroenterologia Cirúrgica

Forma de ingresso: Entrevista /Análise de CV e Projeto *Início:* 2° semestre/1998

Exame de Qualificação realizado em: 15/01/64 *Proficiência em Inglês* 1° semestre/1999

Código	*Disciplina*	*Período Sem./Ano*	*Créditos*[1]	*Nível*
GC01	Cirurgia do estômago e duodeno	1° sem/1999	7	C
GC06	Cirurgia experimental em gastroenterologia	1° sem/1999	6	B
GC02	Cirurgia do esôfago	1° sem/1999	3	C
CPG03	Ética Médica	2° sem/1999	2	A
GC12	Formação do professor e do pesquisador	Anual / 1999	12	C
CM016	Epidemiologia	1° sem/1999	2	B
CPG02	Didática Especial	2° sem/1999	2	A
CPG04	Orientação Bibliográfica	2° sem/1999	2	C
CPG01	Bioestatística	2° sem/2000	5	B
CPG05	Epidemiologia	1° sem/2001	6	A

Total de créditos em disciplinas:	**47**
Créditos em estágios, atividades científicas, didáticas e extensão de serviços:	**30**
Créditos pela elaboração da dissertação	**60**

Total de Créditos realizados 137 **Carga Horária Total: 1644 Horas**

Data da Defesa de Tese: 19 de Fevereiro de 2004[2]

Título da Dissertação: "Influência da irrigação de soluções nutricionais em colo excluído. Estudo experimental em ratos"

Banca Examinadora: Prof.Dr.Nelson Fontana Margarido – Orientador (IAMSPE-SP); Prof.Dr.Sansom Henrique Bromberg (IAMSPE-SP) e Prof.Dr.Carlos Mateus Rotta (FMUMC)

Data da Expedição do Diploma: 09 de Setembro de 2004.
São Paulo, 14 de Janeiro de 2005.

[1] *Observação: 1 crédito equivale a 12 horas*
[2] Trancamento de matrícula por 4(quatro) semestres

Coordenador Curso
Prof.Dr.Sansom Henrique Bromberg

Presidente da C.P.G.
Prof.Dr.Fábio Schmidt Goffi

11° TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
REL. PAULO EGYDIO de Morais, 282 - SP - F.: 3885-5755
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica, conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 29 SET. 2011
RODRIGO DE ALMEIDA SIMÕES GOMES
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO
Valor Cod.: 09 RG 141591

208

THE BROOKLYN AND LONG ISLAND CHAPTER
OF THE
AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

SES 7028 FLS. 1 RUBRICA PROTOCOLO

CERTIFIES

Carlos Guilherme Giazzi Nassri M.D.
Surgery Fellowship

has attended the

ANNUAL CLINIC DAY AND CANCER SYMPOSIUM
of the
BROOKLYN AND LONG ISLAND CHAPTER

at

RUSSO'S ON THE BAY
Howard Beach, New York

Thursday, May 9, 1996

The American College of Surgeons designates this continuing medical education activity for (7.5) credit hours in Category 1 of the Physician's Recognition Award of the American Medical Association.

Robert F. D'Esposito MD, FACS
Chairman
Scientific & Continuing
Education Committee

Antonio E. Morgan MD, FACS
Chairman
Cancer Committee

2.º TAB. DE NOTAS E PROT. DE LETRAS E DE M. CRUZES
TABELIÃO [illegible] AFONSO ANTONIO VENTURI
RUA [illegible] Nº 150 - CENTRO

AUTENTICO A PRESENTE COPIA REPROGRÁFICA, A QUAL CONFERE COM O ORIGINAL, DO QUE DOU FÉ

29 JUN. 2011

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
0597AB352174

KELLY TSUTSUGUCHI DE SOUZA - Preposta-escrevente
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

The Brookdale Hospital Medical Center

Having faithfully and satisfactorily performed the duties and fulfilled the responsibilities and requirements

Carlos Guilherme Giazzi Nassri, M.D.

is hereby awarded this certificate as evidence of successful completion of the appointment as

Research Fellow in Surgery

March 1, 1996 to January 17, 1997

Brooklyn, New York

THE BROOKDALE HOSPITAL MEDICAL CENTER — And the afflicted thou wilt save...

Chairman, Board of Trustees

Frank J. Maddalena
President

Herbert Ira Elliott, M.D.
President, Medical Board

Hiram Polk, M.D.
Director of Medical Education

2º TAB. DE NOTAS E PROT. DE LETRAS E DE M. CRUZES-SP
TABELIÃ: ISBEL APARECIDA SOARES ANTUNES DE CARVALHO
RUA BRAZ CUBAS, Nº 150
AUTENTICAÇÃO
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA FOTOGRÁFICA, A QUAL CONFERE COM O ORIGINAL EM QUE DOU FÉ
KELLY YASUGUCHI DE SOUZA - Preposta-escrevente
VALE SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
SELO DE AUTENTICIDADE 0597AB327038

209

SEÇÃO PROTOCOLO FLS. RUBRICA

SES
5030
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

FONE: (011) 3017-9300 - FAX: (011) 3231-1745
http : / / www . cremesp . org . br
Rua da Consolação, 753 - Centro
01301-910 São Paulo - SP

CERTIDÃO

Nº 1945/2012 - (WEB)

Dr. Renato Azevedo Júnior, Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, no uso de suas atribuições,

CERTIFICA, a pedido de pessoa interessada que o(a) Doutor(a)

CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI

é médico(a) Inscrito(a) sob o número 75578 desde 24 de maio de 1993, nos termos do artigo 17 da Lei número 3.268/57 combinado com o artigo 1º parágrafo único do Decreto número 44.045/58. ERA o que se continha em ditos assentamentos, para aqui bem e fielmente transcritos aos quais se reporta e dá fé. São Paulo, 09 de março de 2012.

Dr. Renato Azevedo Júnior
Presidente do CREMESP

Emitido através do site http://www.cremesp.org.br em 09/03/2012 às 17:38:29
Para evitar fraudes esta referida certidão está sob o protocolo nº 1945

210

universidade de mogi das cruzes

(Reconhecida pelo Decreto Federal 72.129 de 25/04/73) D.O.U. 26/04/73

O Reitor da Universidade de Mogi das Cruzes, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Medicina, em 04 de joneiro de 1993, confere o título de MÉDICO a:

CARLOS GUILHERME GIAZZI MASSRI

portador da cédula de Identidade RG nº 20.159.567/SP nacionalidade: Brasileiro

nascido a 03 de obril de 1968 natural do Estado: São Pouto

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Mogi das Cruzes, 04 de joneiro de 1993.

Reitor

Coordenador do Curso

Diplomado

Secretário Geral

AUTENTICAÇÃO - Autentico a reprografica conforme o original a que dou fé. São Paulo, 29 SET. 20

VÁLIDO SOMENTE COM O SE

PROTOCOLO SES 30321 FLS. 1 RUBRICA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA
DO ESTADO DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 75578
fls. 188 do Livro n.º 08
de acordo com a Lei n.º 3.268 de 30 de setembro de 1957.
24/05/93
Chefe da Seção de Registro de Profissionais

CURSO DE MEDICINA
Reconhecido pelo Decreto Federal 71.664 de 05/01/73 – D.O.U. 08/01/73

Reitora: Maria da Conceição Bernardo Silva
Coordenador: Antonio Yoiti Sakotani
Secretário Geral: Rubens Guilhemat

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Diploma registrado sob n.º 967508
Processo n.º 93.1.66773.1.0
Em 04 de MAIO de 1993
Por Delegação de Competência do Ministério da Educação e Cultura (Portarias N.os 726/77, 71/77, 30/79 e 31/80)

CONFERE
Em 05/04/1993
Secção de Registro

DIPLOMA REGISTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, POR DELEGAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA.
São Paulo, 05 ABR 1993
Profa. Dra. LOR CURY
Secretária Geral

AUTENTICADO
reprodução fiel do original
29 SET. 2011
RODRIGO DE ALMEIDA
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado

1097BG141674

UMC
universidade de
mogi das cruzes

universidade de mogi das cruzes

Programa Credenciado pela CNRM/MEC – Parecer n.º 06/99 de 29/04/1999

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS que o Dr. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI,

CRM n.º 75578, UF SP,

concluiu RESIDÊNCIA MÉDICA na :

- ÁREA BÁSICA DE CIRURGIA GERAL

  Período: de 01/02/1994 a 31/01/1996

- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ----------

  Período: de ---------- a ----------

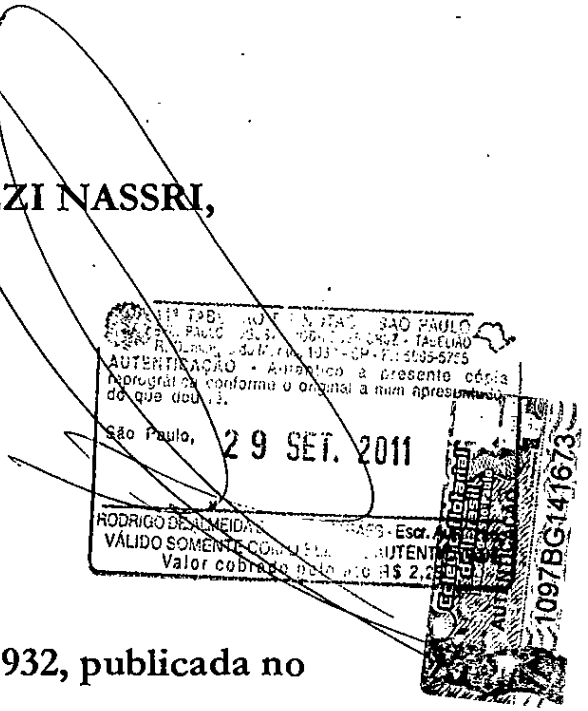
a quem conferimos o título de especialista, de acordo com a Lei 6.932, publicada no Diário Oficial da União em 09 de julho de 1981

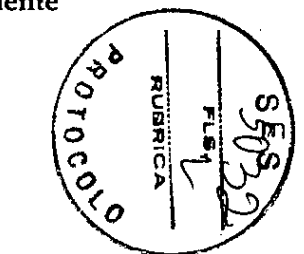
Mogi das Cruzes, 27 de Junho de 2001

Rubens Guilhemat
Secretário Geral

Dr. Carlos Alberto Gallo
Presidente da COREME

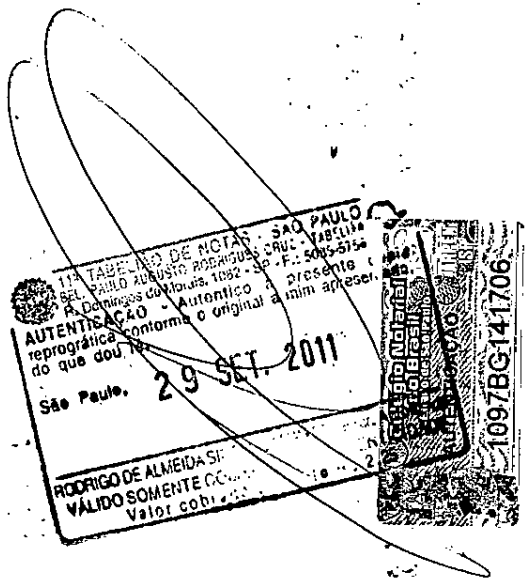
Médico Residente





212

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
CERTIFICADO DE REGISTRO CNRM Nº 14912
BRASÍLIA, 20 DE agosto DE 2001
Dr.ª Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra
Secretária Executiva da CNRM



Instituto do Câncer "Arnaldo Vieira de Carvalho"
Fundado em 19/02/1920 - C. G. C. 60.945.854/0001-72
Utilidade Pública Decreto Federal 1.146 de 13/10/36 e Decreto Municipal 7.995 de 25/02/69
Registrado na Coordenadoria de Assistência Hospitalar e Conselho Nacional do Serviço Social

SES 7033 FLS. 1 RUBRICA PROTOCOLO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins , que o Dr. Carlos Guilherme Giazzi Nassri , CRM 75578 , foi Médico Residente em Cirurgia Oncológica desta Instituição , durante o ano de 1.995 .

São Paulo, 24 de janeiro de 1996

Dr. Renato Aurélio Samea
Coordenador de Residência Médica

Selo Federal Nacional de Controle AUTENTICAÇÃO 0597AB352779

2.º TAB. DE NOTAS E PROTESTOS E INT. M.CRUZES-SP
TABELIÃ: DR. AFONSO ANTONIO VENTURA
RUA BRAZ CUBAS N.º 150 - CENTRO
— AUTENTICAÇÃO —
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA A QUAL CONFERE COM O ORIGINAL, DO QUE DOU FÉ.
27 JUN. 2011
SELO DE AUTENTICIDADE

Rua Dr. Cesário Motta Junior, 112 - Vila Buarque - São Paulo - SP - Tel.: 222-7088 - CEP 01221-020
Administração: Rua General Jardim, 595 - Vila Buarque - São Paulo - SP - Tel.: 256-1013 - CEP 01223-011

VEDADA A COMERCIALIZAÇÃO SEM O SELO DE AUTENTICIDADE

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

DR. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI

foi admitido(a) como Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões na Especialidade de C. GERAL

Rio de Janeiro, 06 de novembro de 2004

Presidente

Secretário

Tesoureiro

Mestre do Capítulo

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES
MCMXXII

2º TAB. DE NOTAS E PROT. DE LETRAS
TABELIÃO: [illegible]
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPRODUZIDA
QUAL CONFERE COM O ORIGINAL DO QU
28 JUN 2011
AUTENTICAÇÃO
0597AB352787
Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira"

O Superintendente do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão no Curso de Pós-Graduação em Medicina – Área de Concentração em Gastroenterologia Cirúrgica, em 19 de fevereiro de 2004, confere o título de

Mestre

a

Carlos Guilherme Giazzi Nassri

Nacionalidade brasileira, natural do Estado de São Paulo, nascido a 3 de abril de 1968,
RG nº 20.159.567 SP

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

São Paulo, 9 de setembro de 2004.

Prof.Dr.Fábio Schmidt Goffi
Presidente da Comissão de Pós Graduação

Diplomado

Prof.Dr.Milton Flávio Marques Lautenschlager
Superintendente do IAMSPE

11º TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO
SEL. PAULO ROBERTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
Av. Pq. Domingos de Morais, 1082 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 20 SET. 2011

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO ... Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM ... AUTENTICIDADE
Valor Cobrado pelo Selo R$ 2,25
1097BG141308

PROTOCOLO
FLS. 7
RUBRICA
SES 5833

COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

Diploma

O Conselho de Seleção admitiu em 18 *de* maio *de* 2005,
de acordo com o Estatuto vigente, como Membro

TITULAR – CIRURGIA GERAL - SP

DR. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI

Rio de Janeiro, 08 *de* junho *de* 2005

Presidente *Secretário* *Tesoureiro*

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
PAULO AUGUSTO RODRIGUES - SP - Fl. 500
Campos de Vanes, 1662 - SP
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado do que dou fé.
São Paulo, 29 SET. 2015
RODRIGO DE ALMEIDA GUIMARÃES
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato

PROTOCOLO
RUBRICA
FLS

216

5º CONGRESSO NACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
CONIC-SEMESP

3º CONGRESSO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
COINT-SEMESP

2005
SANTOS - SP
NOVEMBRO 6e7
UNIMONTE
Centro Universitário Monte Serrat

Certificado

Certificamos que FERNANDO POMPEU PIZA VICENTINE

apresentou como autor(a) a comunicação ESTUDO COMPARATIVO DE ANASTOMOSES COLÔNICAS COM USO DE ADESIVOS BIOLÓGICOS EM RATOS

na área do conhecimento CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE sob orientação de CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI, NELSON FONTANA MARGARIDO

no 5º Congresso Nacional de Iniciação Científica e 3º Congresso Internacional de Iniciação Científica, realizados nos dias 6 e 7 de novembro de 2005, no Campus da UNIMONTE - Centro Universitário Monte Serrat - Santos/SP.

Total de 20 horas-atividade.

Co-autor(es)(as): HELOÍSA CRISTINA URIOL BATISTUSSI

Santos - Dumont - 1916 - São Paulo
Inventar

Hermes Ferreira Figueiredo
Presidente do SEMESP

Realização: SEMESP

Apoio: UNIMONTE

Boa noite
Vencemos

KELLY TSUJIGUCHI DE SOUZA
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
AUTENTICAÇÃO
0597AB352823
217

PROTOCOLO
SES 2037
FLS
RUBRICA

MEMORIAL SLOAN-KETTERING CANCER CENTER
ESTABLISHED 1884

Chairman, Department of Surgery
Alfred P. Sloan Chair in Surgery

SES.
3038
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

February 9, 1997

To whom it may concern:

This is to certify that Dr. Carlos Guilerme Giazzi Nassri was a Clinical Observer in the Department of Surgery at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, from January 22, 1997 through February 9, 1997.

During this time he participated in all activities of the Department, observed in the operating room, attended Grand Rounds, lectures and various teaching conferences.

It was our pleasure to have Dr. Nassri visit with us and we hope he will do so again in the future.

Yours very sincerely,

Murray F. Brennan, M.D.

MFB:vmf

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
1275 York Avenue, New York, New York 10021
Patients 212.639.6586 • Administrative 212.639.8691 • FAX 212.794-3184
Internet: m-brennan@mskcc.org
NCI-designated Comprehensive Cancer Center

11º TABELIONATO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO
São Paulo, 23 SET. 2011
VÁLIDO SÓ
1097BG141571

218

Program on Negotiation at Harvard Law School

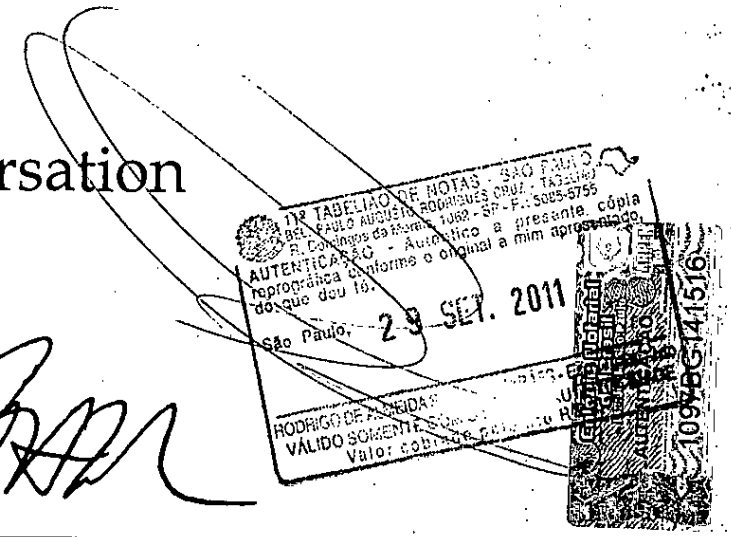
A University Consortium
Harvard University • Massachusetts Institute of Technology • Tufts University

This is to acknowledge that

Carlos Guilherme Giazzi Nassri

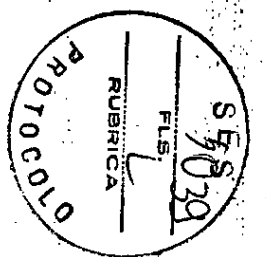
has participated in

Managing the Difficult Business Conversation



Cambridge, Massachusetts
September 6-7, 2007

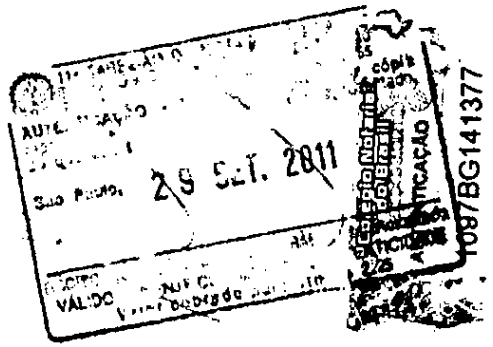
Robert H. Mnookin
Samuel Williston Professor of Law
Chairman, Program on Negotiation at Harvard Law School



Hospital
SírioLibanês
INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA

CERTIFICADO

O Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL, credenciado pelo Ministério da Educação, por Portaria nº 3.857, de 10 de novembro de 2005, certifica que **Carlos Guilherme Giazzi Nassri** concluiu conforme disposições do verso, o curso de pós-graduação *lato sensu* - Especialização em Videocirurgia, oferecido de acordo com a Resolução CNE/CES nº 1, de 8 de junho de 2007.



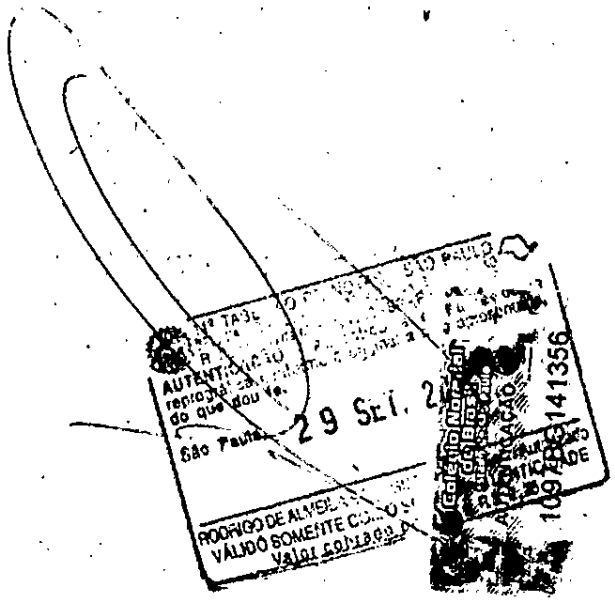
Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha
Diretor de Ensino IEP/HSL

Prof. Dr. Raul Cutait
Coordenador do Curso

Carlos Guilherme Giazzi Nassri

GESTÃOAMBIENTAL Um sistema material reciclado por respeito ao meio ambiente.
MOD. 117283 - 06/2007

Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Sírio-Libanês – IEP/HSL	
Especialização em Videocirurgia	
Coordenação: Prof. Dr. Raul Cutait	
Período: Fevereiro/2008 – Dezembro/2008	
Currículo	**CH**
Pesquisa Clínica / Videocirurgia Básica	72
Pesquisa Clínica / Cirurgia Digestiva Básica	72
Ensino e Pesquisa / Hérnias	36
Cirurgia Colorretal	36
Urologia/Ginecologia	36
Cirurgia Bariátrica	36
Cirurgia Digestiva Avançada	36
Urgências	36
Total	360
Conceito Final: Aprovado	
Trabalho de Conclusão de curso: **Implantes Tumorais nos Sítios de Punção Laparoscópicos. Revisão da Literatura**	
Certificado registrado sob nº: **58/2008**	
Data: 25 de junho de 2009	
Secretaria Acadêmica:	



INSTITUTO SOCIAL FIBRA

SES 9041
FLS. 2
RUBRICA
PROTOCOLO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE DIREÇÃO TÉCNICA MÉDICAA Nº 001/2009

Constitui objeto do presente contrato a prestação de serviços de direção médica e gestão dos projetos a serem indicados pelo **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, CNPJ: 02.744.384/0001-82, AV. MIGUEL ACHIOLI DA FONSECA, 98, GUAIANAZES – SÃO PAULO, CEP: 08461-110.

Parágrafo 1º - O **CONTRATADO, Dr. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI**, CRMSP 75.578, RG 20.159.567, CPF 996.456.537-20, residente na Rua Coronel Cardoso de Siqueira, 3232, Quadra 28, Lote 7, CEP 08790-420, Mogi das Cruzes, SP, efetuará a prestação de serviços direção médica e gestão dos projetos nos locais e datas previamente indicados pelo **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, observando a necessidade da demanda dos serviços junto as unidades de saúde do Municipio de referência contratual.

02) Cláusula Segunda – Obrigações do Contratado

2.1 – O **CONTRATADO** deverá cumprir integralmente a jomada a que estiver sujeito definido por contrato de município.

2.2 – O CDNTRATADO apresentará, sempre que solicitado pelo **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, ou seu representante, o relatório de prestação.

03) Cláusula Terceira – Valor:

3.1 - Pela perfeita e integral execução do trabalho objeto do presente instrumento, o **INSTITUTD SOCIAL FIBRA** pagará ao **CONTRATADO** valor previamente acertado na dependência do contrato assinado.

04) Cláusula Quarta – Vigência:

Este contrato terá a vigência de 12 meses, sendo renovado automaticamente, só podendo ser reincidido por ambas as partes com aviso prévio de 15 dias.

05) Cláusula Quinta – Rescisão:

Este contrato será reincidido sem aviso prévio no caso de prática pelo **CONTRATADO** de atos capazes de comprometer o desenvolvimento das ações objeto do contrato firmado entre a prefeitura e o INSTITUTO SOCIAL FIBRA.

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
CNPJ: 02.744.384/0001-82

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
Av. Rebouças, 1703 - Pinheiros - Fone: 3088-5757
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - Fone: 5085-5757
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia fotográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
Em testº da verdade
05 DEZ. 2011
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 7,25

Colégio Notarial do Brasil
Seção de São Paulo
AUTENTICAÇÃO
1097BG84316

INSTITUTO SOCIAL
FIBRA

3042
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

06) Cláusula Sexta – Qualidade dos Serviços

O CONTRATADO garante a qualidade de seus serviços e se compromete a realizá-los de acordo com as normas técnicas aplicáveis, sendo a responsável por eventuais danos decorrentes da execução deste contrato.

CONTRATADO

Dr. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI

CRMSP 75.578

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Mogi das Cruzes, 01 de dezembro de 2009.

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
CNPJ: 02.744.384/0001-82

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
R. Domingos de Morais, 1002 - SP - Fone: 5085-5055
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado.
05 DEZ. 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG84310
YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

CASA DE SAÚDE
NOSSA SENHORA DO CARMO

SES 5043 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICO-PROFISSIONAL

A ***CASA DE SAUDE NOSSA SENHORA DO CARMO LTDA.***, inscrita no CNPJ sob n.º 33.756.768/0001-49, com sede na Rua Jaguaruna, n.º 105, bairro de Campo Grande, na cidade do Rio de Janeiro, aqui representada pelo seu Diretor Comercial **Dr. Fernando Antonio Boigues**, RG nº 05460368-3 – IFP, inscrito no CPF sob n.º 070.886.841-53, constituído de 310 leitos, distribuídos nas Clínicas Médica, Cirúrgica, Terapia intensiva, Pediatria e Unidade de Urgência e Emergência, com produção mensal de 800 atendimentos e procedimentos, vem **DECLARAR** que o **DR. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI**, CRM n.º 75.578, responsável médico do **INSTITUTO SOCIAL FIBRA, CNPJ** n.º 02.744.384/0001-82, com sede na Avenida Brigadeiro Faria Lima, n.º 1234 – conjunto n.º 31, São Paulo – Capital, e filial na cidade do Rio de Janeiro na Rua da Assembléia n.º 10 – conjunto n.º 2619, com CNPJ da filial n.º 02.744.384/0002-63, tendo sob sua responsabilidade os serviços de a gestão hospitalar de duas UNIDADES HOSPITALARES localizadas em Campo Grande , com 197 e outra localizada no Méier, com 113 leitos hospitalares e unidade de emergência, compostos de Gestão hospitalar, utilizando ferramentas modernas nas principais áreas vitais das Unidades Hospitalares, Maternidade e nas Unidades de Pronto Socorro, que compreendem desde as consultas de classificação de risco, até o gerenciamento e condução clínica das salas de estabilização e emergência, bem como as salas amarela e vermelha e outras atuações técnico profissionais, a seguir: implantação de reestruturação e recuperação técnico-financeira, modernização da gestão; formação continuada de diversos serviços de apoio ao Sistema Único de Saúde, destinados a complementação das ações previstas em Projetos de Gestão da contratante em sua unidades hospitalares, tendo como foco primordial a Gestão Saúde, através da implementação dos programas de educação contínua; modernização e eficiência dos serviços prestados aos usuários das unidades, Recursos Humanos para a Atenção Básica, Secundária e Hospitalar; desenvolvimento da assistência, com a implementação dos cuidados referentes à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, nos atendimentos de urgência, emergência e eletivos de forma integrada e hierarquizada com a rede de atenção básica.

RELATÓRIOS DE DESEMPENHO:
Os indicadores de resultados estão sendo considerados satisfatórios, alcançando as metas programadas e não há, até a presente data, nenhum registro que desabone a atuação profissional do responsável técnico.

PRAZOS:
Os serviços de responsabilidade do profissional estão sendo desenvolvidos desde 15 de JANEIRO de 2010 até a presente data.

Sem mais,

São Paulo, em 11 de janeiro de 2011.

Fernando Boigues
CRM-RJ 52.32631-9
Diretor

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo Ltda.
Rua Jaguaruna, 105 - Campo Grande - Rio de Janeiro - RJ - Cep 23080-160
Tel.: (21) 3316-2929 - Fax: (21) 2413-1930 - e-mail: carmo@ensc.com.br

39º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
Av. Brig. Faria Lima, 1675 - Fone: (11) 3816-7700
AUTENTICAÇÃO: Esta cópia expedida por este serventia confere com o original. Dou fé.
São Paulo, 20 MAR 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AM694003

SES 2044 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

ATESTADO QUANTITATIVO DE CAPACIDADE E DESEMPENHO

Atestamos para todos os fins de direito, que o DR. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI, CRMSP 75578, Responsável Técnico Médico do Instituto Social Fibra, presta serviços de gerenciamento e administração na execução de ações e serviços de saúde na Unidade de Pronto-Atendimento – UPA 24 horas de Teresópolis – Porte III, Unidade Nathan Garcia Leitão, cumprindo sempre e pontualmente com as obrigações assumidas no tocante aos serviços solicitados, pelo qual declaramos que o DR. CARLOS GUILHERME GIAZZI NASSRI coordena e supervisiona a realização mensal de uma média de 8.590 atendimentos de urgência e emergência, desde a classificação de risco, até o gerenciamento e condução clínica da sala de estabilização de emergência bem como as salas, amarela e vermelha, segundo orientação do Ministério da Saúde.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Teresópolis/ RJ, 23 de março de 2011

3º OFÍCIO

Solange Isabel das Graças Cirico Costa
Secretária Municipal de Saúde de Teresópolis- RJ

3º SERVIÇO NOTARIAL E RGI de Teresópolis

39º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
Av. Brig. Faria Lima, 1675 - Fone: (11) 3816-7700
AUTENTICAÇÃO: Esta cópia expedida por esta serventia confere com o original. Dou fé.
São Paulo, 28 MAR 2011
JAQUELINE LIRA MURANAKA
RAIMUNDO BARRETO FONTES
ALEX SILVA CARDOSO
JOÃO RICARDO LIMA SOUZA JUNIOR
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AM694094

3o Oficio de Justica de Teresopolis-Rua Duque de Caxias 53 lj 38
RECONHECO, POR SEMELHANCA A FIRMA DE:
SOLANGE ISABEL DAS GRACAS CIRICO COSTA .
Sub-Total:4,08 + FETJ:0,91 Fundperj:R$0,20 Funperj:R$0,20
Em Testemunho da Verdade. EMOLUMENTOS TOTAL: R$5,27
Conf. por:
JOSE ORLANDO RIBEIRO COSTA - Substituto -23/03/2011

PJR 1 ATO SH73019

223

República Federativa do Brasil
Ministério da Educação
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

Certificado

A Universidade Federal de São Paulo concede o presente certificado a **EDNA CEZAR BALBINO** pela conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública com Ênfase na Gestão da Atenção Básica em Saúde, do Núcleo de Administração em Saúde – NAS, da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, realizado de acordo com a Resolução 01/2007 do Conselho Nacional de Educação, no período de 23/08/2007 a 11/12/2008, compreendendo 360 horas.

São Paulo, 10 de agosto 2009.

Edna Cezar Balbino Titulado	Prof. Dr. Samuel Goihman Coordenador do Curso	Profª. Drª. Eleonora Menicucci de Oliveira Pró Reitora de Extensão

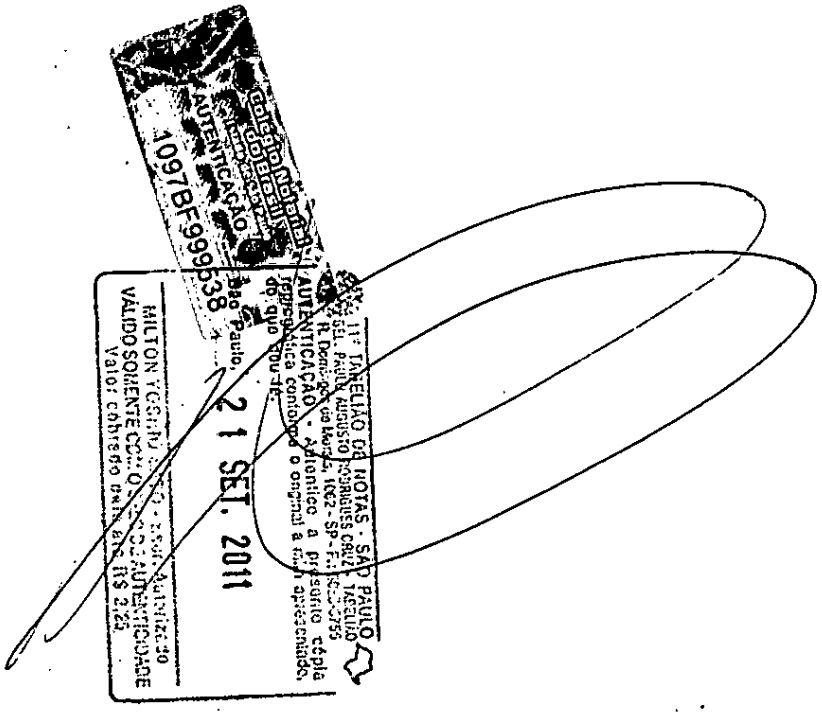
1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO
21 SET. 2011
1097BF999569
MILTON YUSHIO ... Aten. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

PROTOCOLO
SES 5042
FLS. 1
RUBRICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
Curso de Especialização/Aperfeiçoamento

Certificado registrado sob o N.º 20407
Livro 07 / 2009 Página 15
SP 10 / 08 / 2009

Stella VDR Turini Catta Preta
Coordenadora da Secretaria Escolar- Lato Sensu
Cursos de Especialização, Aperfeiçoamento e MBA



SES
0046
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

CURRICULUM VITAE

DADOS PESSOAIS	
Nome	EDNA CEZAR BALBINO
Nascimento	11/08/1957
RG	7898376-9
CPF	039609118-07
CRO	22758
Endereço	Rua Inglês de Souza, 268- Bloco 3, Ap-34, Jd. Da Glória São Paulo-SP. CEP: 01546-010
Contato	Tel: 11-2062-9193, 21- 81157622 E-mail: edna.balbino@saude.gov.br ednacezarbalbino@gmail.com

FORMAÇÃO	
Graduação	Odontologia
Ano	1980
Instituição	Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo
CURSOS DE PÓS GRADUAÇÃO E CAPACITAÇÃO	
Curso Instituição Ano	Direito Sanitário Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo 1997
Curso Instituição	Gestão em Saúde para Dirigentes Municipais ENSP – FIOCRUZ

1º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 18 DEZ 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN100234
(11) 3016-7700
de R$ 2,25
SEGURANÇA

225

Ano	1999
Curso **Instituição** **Ano**	Gestores do Programa Saúde da Família Universidade de São Paulo 2000
Curso **Instituição** **Ano**	Capacitação Pedagógica para Instrutor/Supervisor Secretaria de Estado da Saúde- SP/ CEDRU 2002
Curso **Instituição** **Ano**	Especialização em Gestão em Saúde- UNIFESP 2007
Curso **Instituição** **Ano**	Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva UNICAMP Cursando

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	
1987-2001	
Instituição	Prefeitura do Município de Diadema
Função	Direção Técnica/Administrativa de Unidade de Saúde
Atividades	• Análise do território/ perfil sócio-econômico, cultural e epidemiológico • Identificação e priorização de problemas de saúde • Organização do Processo de Trabalho • Planejamento Estratégico, programação, acompanhamento e avaliação das ações de saúde • Desenvolvimento do projetos intersetoriais

5047
PROTOCOLO
SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
18 JUL 2011
Cartório Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN160231
226

1998- 2002	
Instituição	Casa de Saúde Santa Marcelina
Função	Assessoria Técnica/ Equipe de Coordenação
Atividades	▪ Implantação de Unidades/Equipes Saúde da Família - Zona Leste do Município de São Paulo ▪ Planejamento das ações de Saúde Bucal ▪ Supervisão e avaliação das ações/equipes ▪ Desenvolvimento de Educação Permanente para as Equipes de Saúde
2003-2004	
Instituição	Prefeitura do Município de São Paulo
Função	Assessoria Técnica da Coordenação de Gestão- CoGest
Atividades	▪ Implementação da Política de Saúde Bucal no Município ▪ Assessoria técnica às Coordenadorias de Saúde no processo de implantação, planejamento, monitoramento das ações de saúde bucal ▪ Implantação do Programa Brasil Sorridente-Centro de Especialidades Odontológicas ▪ Assessoria técnica para estruturação de Política de Educação Permanente junto ao CEFOR/ETSUS

2005- 2009	
Instituição	Prefeitura do Município de Diadema
Função	Coordenação do Núcleo de Informação em Saúde/ Unidade de Avaliação, Controle e Auditoria (NIS-UAC)
Atividades	▪ Coordenação do processamento dos sistemas de informação de base nacional: CNES, SIA-BPA, SIH, SIAB, SISVAN, SIM,

5048
PROTOCOLO
SUBSTITUTA MADALENA PINHEIROS
ESTA SERVENTIA
18 JUL 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN100232

227

SES
5049
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

	SINASC, SIS-Prenatal, HIPERDIA. ▪ Coordenação das ações de programação, controle, avaliação e auditoria
Função	Assessoria Técnica da Secretaria Municipal de Saúde
Atividades	▪ Elaboração e desenvolvimento de projetos para expansão e qualificação das Equipes Saúde da Família (ESF), Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleos de Apoio às Equipes Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Tipo III e Laboratório de Prótese ▪ Desenvolvimento de Oficinas de Territorialização ▪ Realização de supervisão institucional e avaliação de desempenho das ESF ▪ Implantação do Acolhimento ▪ Implantação do Matriciamento junto às ESF e NASF ▪ Implantação da AMQ- Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família ▪ Implantação da ferramenta PROGRAB- Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica ▪ Coordenação da Politica Municipal de Saúde Bucal

2005 até o presente	
Instituição	Ministério da Saúde
Função	Consultor Técnico Colaborador
Atividades	▪ Participação na elaboração da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)- Acordo de Empréstimo que será celebrado entre o Governo Brasileiro e o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) ▪ Avaliação da Gestão da Atenção Básica / Saúde da Família, do resultado dos indicadores pactuados e da Gestão financeira

18 JUL 2011
São Paulo,
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN100229

228

5050
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

	dos municípios que executaram a Fase 1 do PROESF- municípios dos estados de Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná, São Paulo e Maranhão • Assessoria para a definição dos indicadores de saúde, fiduciários e de performance, para a Fase 2 do PROESF • Monitoramento estadual (performance) das Equipes Saúde da Família, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde dos estados de Alagoas e do Rio de Janeiro. • Participação na elaboração do Projeto de Cooperação Horizontal- Sub projeto da Fase 2 do PROESF • Assistência técnica aos municípios • Elaboração de relatórios técnicos

2009-2010	
Instituição	OSS Viva Comunidade
Função	Diretora Executiva
Atividades	Coordenar a equipe de saúde da OS VIVA COMUNIDADE, focalizando esforços para garantir o bom funcionamento das Unidades de Saúde, bem como a supervisão, o monitoramento e a avaliação de todas as programações, buscando a identificação e a superação das dificuldades encontradas; Construir e garantir espaços sistemáticos de interlocução junto às Coordenações das Áreas Programáticas de Saúde da SMSDC e de outros níveis de gestão e gerência do Sistema de Saúde Municipal; Coordenar a articulação das demandas, acerca da aquisição e da manutenção de equipamentos e insumos das Unidades de Saúde sob responsabilidade da OS VIVA COMUNIDADE junto aos setores competentes;

AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL APRESENTADO POR
ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL
18 JUL 2011
São Paulo,
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN100230
EMOLUMENTOS (Tabela XX, item 1.7) - Valor da R$ 2,25
SELO DE SEGURANÇA

SES
3051
FLS.
L
RICA
PROTOCOLO

	Coordenar a estruturação do processo de trabalho das Unidades de Saúde, em consonância com as prioridades estabelecidas nos planejamentos locais; Assessorar as Coordenações de Áreas Programáticas de Saúde, em todas as fases da implantação da Estratégia Saúde da Família: do processo de territorialização ao acompanhamento e avaliação do trabalho; Implantação de USF nas AP 2.1; 3.1 e 3.3 Implantação da UPA Rocinha

Dezembro de 2010

Edna Cezar Balbino

1º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL OU FÉ.
18 JUL 2011
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN100222
TABELIÃO - ESCREVENTE AUTORIZADO
675 - FONE: (11) 3816-7700
verba) - Valor de R$ 2,25
COM SELO DE SEGURANÇA

230

5052
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a Sra. **EDNA CÉZAR BALBINO**, portador da Cédula de Identidade RG nº 7.898.376-9, CPF nº 039.609.118-07, é funcionária da Prefeitura do Município de Diadema desde a data de 27/08/1994.

Declaramos ainda que desde o ano de 1990, vem exercendo atividade na área de Gestão.

Atualmente se encontra afastada no período de 15/06/2010 a 16/12/2012 em Licença sem Remuneração

Diadema, 12 de Novembro de 2.010.

Av. Antonio Piranga, 655 – Diadema / SP CEP: 09911-160
PABX 4057-7000 ramal 7040 /7042

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
TEL. PAULO AUGUSTO MOREIRA DE ALMEIDA
R. Domingos [illegible] - Vila Mariana
AUTENTICAÇÃO
Confere com o original a mim apresentado.
Colégio Notarial do Brasil
Selo de Controle
AUTENTICAÇÃO Vale R$ 1,40
21 SET. 2011
1097BF999540
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

231

INSTITUTO SOCIAL BRASIL NOVO
CNPJ 09.326.558/0001-36
MIN. DA JUSTIÇA DSCIP n.º 08071.011679/2008-04
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1234 - conjunto 34
Pinheiros, SP/SP, CEP 01451-913
Tel. – (011) 2062.2551
www.brasilnovo.org.br

053
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos, para os devidos fins de direito, que a **SRA. EDNA CEZAR BALBINO, portadora da Cédula de Identidade RG nº 7.898.376-9, CPF. 039.609.118-07,** realiza atividades e participa da administração e gerenciamento de Hospital e Unidades de Saúde por meio de contrato de gestão celebrado em 21 de março de 2011, cumprindo sempre e pontualmente com as obrigações assumidas, no tocante aos serviços solicitados, pelo que declaramos estar apta a cumprir com o objeto licitado.

Declaramos ainda que, os serviços prestados foram desenvolvidos no prazo pré-estabelecido, com qualidade, não havendo nada que desabone sua atuação.

Por ser verdade, firmamos o presente.

São Paulo, 21 de março de 2011.

INSTITUTO SOCIAL BRASIL NOVO
CNPJ. 09.326.558/0001-36

Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BG96139
SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

232

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1234 – conjunto 31 – Pinheiros/SP

www.institutofibra.org.br

SESC 5034 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Pelo presente instrumento particular de prestação de serviços, de um lado, EDNA CEZAR BALBINO, portadora da cédula de identidade nº 7.898.376-9, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 039.609.118-07, residente à Rua Inglês de Souza, 268 Bloco 3 apto. 34, São Paulo, brasileira, casada, Cirurgiã Dentista, doravante denominada CONTRATADA, e de outro lado o INSTITUTO SOCIAL FIBRA, sediado na Avenida Faria Lima, 1234 - conjunto 31, inscrita no CNPJ sob n.º 02.744.384/0001-82, aqui representado por David Grossmann, brasileiro, casado, economista, portador da cédula de identidade RG n.º 8.978.866-7, inscrito no CPF/MF sob n.º 003.837.028/01, doravante denominado CONTRATANTE, tem justo e contratado o seguinte:

DO OBJETO

Cláusula 1ª - O CONTRATANTE é uma empresa, sem fins lucrativos e que tem por uma de suas finalidades a execução de programas sociais, conforme seu objeto social.

Cláusula 2ª - O presente contrato refere-se especificamente a SERVICOS PROFISSIONAIS DE GERENCIAMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM DESENVOLVIDOS DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES CONSTANTES DOS CONTRATOS ENTRE A CONTRATANTE E OS PARCEIROS PÚBLICOS.

Colégio Notarial do Brasil AUTENTICAÇÃO 1097BF99945

31º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica conforme o original a mim apresentado, do que dou fé.
São Paulo, 21 SET. 2011
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

233

SES 3033 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

DO VALOR

Cláusula 3ª - Para cada serviço orçado pelo CONTRATADO e após a aprovação do CONTRATANTE, deverá ser confeccionado anexos que, assinado e rubricado pelas partes, passará a integrar o presente contrato.

Parágrafo Primeiro – Em cada anexo serão discriminados pelo menos, o serviço, o valor do contrato, a forma de pagamento, a participação, a forma e o valor da remuneração do CONTRATADO.

Parágrafo Segundo – Fica estipulado um valor mínimo estimativo deste contrato da ordem de R$ 2.000,00 (DOIS MIL REAIS).

OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO

Cláusula 4ª - O CONTRATADO se obriga a prestar para o CONTRATANTE, SERVICOS PROFISSIONAIS DE GERENCIAMENTO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS A SEREM DESENVOLVIDOS DE ACORDO COM AS ESPECIFICAÇÕES CONSTANTES DOS CONTRATOS ENTRE A CONTRATANTE E OS PARCEIROS PÚBLICOS, visando a participação consistente(s) do CONTRATANTE no projeto, sem exclusão de outras obrigações discriminadas e especificadas em Anexos firmados pelas partes.

Cláusula 5ª - O CONTRATADO deverá prestar todo trabalho até a conclusão final do negócio. Não é bastante a indicação ou apresentação do cliente, devendo, prestar seus serviços na integralidade, observando sempre as normas e critérios do CONTRATANTE, salvo disposição ao contrário a critério exclusivo do CONTRATANTE. Após indicação do cliente, o CONTRATADO terá a prioridade para a concretização do contrato, pelo período de 90 (noventa) dias contados a partir do anexo referenciado, prorrogados se necessário, em comum acordo com o CONTRATANTE.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia fotográfica por mim, e original a mim apresentado.
21 SET. 2011
1097BF999434
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

234

5056
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Cláusula 6ª - Fica vedado ao CONTRATADO a conclusão direta dos negócios especificados nos Anexos, inclusive ficando proibido o recebimento de quaisquer importâncias, a qualquer título.

Cláusula 7ª - O CONTRATADO concorda que toda transação ou negócio deverá ser efetuado sob controle e responsabilidade do CONTRATANTE.

Cláusula 8ª - O CONTRATADO representará o CONTRATANTE perante os potenciais clientes, zelando pelo bom nome e de seus serviços, abstendo-se de praticar qualquer ato que possa, de alguma maneira, lhe prejudicar a boa reputação.

Cláusula 9ª - O CONTRATADO se obriga a fornecer, a qualquer momento, relatório do andamento dos negócios, na sede do CONTRATANTE ou por correio eletrônico, no prazo máximo de dez dias da solicitação por escrito.

OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

Cláusula 10ª - O CONTRATANTE fornecerá ao CONTRATADO todos os documentos necessários à execução dos serviços ora contratados, bem como executará ou mandará executar, por sua conta, todos os serviços necessários para obtenção ou cumprimento dos serviços.

Cláusula 11ª - O CONTRATANTE disponibilizará gratuitamente, em sua sede, ao CONTRATADO, local e condições para o desenvolvimento que melhor atenderem às necessidades dos serviços aqui contratados.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia
AUTENTICAÇÃO 21 SET. 2011
1097BF999441
Escr. Autorizado
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

235

SES
5057
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

Cláusula 12ª - Todos os tributos incidentes sobre os serviços captados pelo CONTRATADO, legalmente atribuíveis ao CONTRATADO, serão pagos pelo CONTRATADO.

CONDIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª - Sobre cada negócio concretizado, o CONTRATADO receberá uma remuneração, prestada sobre o fechamento do contrato com cada serviço conforme discriminação constante em cada Anexo conforme estabelecido na Cláusula 3ª.

Parágrafo 1º - O CONTRATADO, receberá a remuneração, proporcionalmente, em tantas parcelas quantas forem as parcelas contratadas efetivamente recebidas pelo CONTRATANTE.

Parágrafo 2º - Se o CONTRATADO trabalhar em conjunto com outro(s) parceiro(s), serão de sua inteira responsabilidade os atos da mediação, bem como a divisão da remuneração, com exceção dos casos acordados entre as partes.

Parágrafo 3º - As despesas efetuadas pelo CONTRATADO, na mediação dos negócios ou transações serão de sua inteira responsabilidade e por sua conta, com exceção àquelas discriminadas em contrato ou acordado entre as partes.

1º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICADO
21 SET. 2011
1097BF999448
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

Cláusula 14ª - Toda remuneração será paga mediante emissão de Nota Fiscal de Serviços, ficando o CONTRATADO, integralmente, responsável por todos os custos, principalmente os tributários incidentes sobre os mesmos.

Cláusula 15ª - O CONTRATADO não terá vínculo empregatício com o CONTRATANTE, não estando, portanto, sujeito à obrigatoriedade de horário de trabalho, local, sendo-lhe livre o direito de exercer seu mister, quando quiser e onde quiser.

Cláusula 16ª - O prazo de vigência deste contrato é indeterminado, com início na data da assinatura da presente, facultada às partes a sua rescisão a qualquer tempo, mediante notificação por escrito.

Parágrafo Único – Em caso de rescisão do presente contrato, serão consideradas finalizadas, para efeito de remuneração do CONTRATADO, todos os contratos intermediados, salvo disposição em contrário, constantes dos Anexos ou de acordo firmado entre as partes.

Cláusula 17ª - As partes obrigam-se a manter sigilo sobre as informações recebidas, restringindo o uso das informações ao atendimento do objeto deste contrato.

Cláusula 18ª - A infração pelo CONTRATADO de qualquer Cláusula ou condição do presente contrato, dará à CONTRATANTE o direito de considerá-lo rescindido com base em fundamentação apresentada por escrito, independente de qualquer notificação ou providencia judicial ou extrajudicial, especialmente se houver:

a) transferência pelo CONTRATADO, no todo ou em parte, das obrigações assumidas no presente instrumento, sem prévia autorização escrita do CONTRATANTE.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO Autentico a presente cópia conforme o original a mim apresentado.
AUTENTICAÇÃO SELO PADRÃO 21 SET. 2011
1097BF999455
MILTON YOSHIO SATO - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo ato R$ 2,25

237

SES 2059
FLS. 1
RUBRICA
PROTOCOLO

b) não cumprimento por qualquer uma das partes, no prazo de 10 (dez) dias úteis, de qualquer notificação por escrito que seja feita em assuntos relacionados ao presente contrato.

Cláusula 19ª - Fica eleito o foro da Comarca de São Paulo, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, como competente para apreciar todas as questões decorrentes do presente contrato.

E assim, por concordarem com os termos deste Contrato, firmam-no em três vias de igual teor, sendo que uma das vias deverá ser registrada em cartório de títulos e documentos, e assinados na presença das testemunhas abaixo identificadas e qualificadas.

São Paulo, 14 de setembro de 2010

INSTITUTO SOCIAL FIBRA
David Grossmann

EDNA CEZAR BALBINO

TESTEMUNHAS:

Nome: Gisselia Pereira dos Santos
Documento: 50.613.147-6.

Nome: Rosana Dias Cruz
Documento: RG. 12661.216-X

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO BODANESE CRUZ - TABELIÃO
Rua Dom Luis de Almeida, 1562 - CEP - Fone: 5035-5755
AUTENTICA (1) - Autentico a presente cópia reprográfica. Examinado o original a mim apresentado.
Edição Nacional
AUTENTICAÇÃO São Paulo, 21 SET. 2011
1097BF999435
MILTON YOSHIO SAZU - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor cobrado pelo Ato R$ 2,25

238

Universidade de Cuiabá

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1641, de 02/12/94, publicada no D.O.U. em 06/12/94

O Reitor da Universidade de Cuiabá,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso de Administração
em 23 de agosto de 2000, confere o título de

Bacharel a

Jonas Alves Ribeiro

brasileiro, natural do Estado de Goiás, nascido a 25 de abril de 1960,
RG 1.114.779 - GO

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cuiabá, 04 de setembro de 2000

Profa. Célia M. C. Galindo
Pró-Reitora Acadêmico
RG 3.226.751-SSP-SP

Dr. Altamiro Belo Galindo
Reitor
RG 3.226.761-SSP-SP

Diplomado

SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA PELA PARTE CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
13 MAR 2012
Edigold Marinho
AUTENTICAÇÃO
1072AN93433
Emolumentos Pagos por verba) - Valor de R$2,35
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE SEGURANÇA

Raimundo Barreto Fontes
Escrevente Autorizado

PROTOC
SE 0800
FLS.

629

Curso de

ADMINISTRAÇÃO
COM HABILITAÇÃO EM INFORMÁTICA

Reconhecido pela Portaria Ministerial n.º 1.057
publicada no Diário Oficial da União de 26-09-97

UNIC - UNIVERSIDADE DE CUIABÁ

Diploma registrado no
livro n.º 02 folha n.º 52
Em 02 de março de 2001

Vera Lúcia Molina Muller
RG: 5.196.300 SSP/SP
Secretária Geral

UNIC - UNIVERSIDADE DE CUIABÁ
SETOR DE REGISTRO DE DIPLOMA

Diploma registrado sob n.º 2764
livro: 02 - UNIC fls.: 053
Processo n.º 2764/2001 nos termos do
Artigo 48, § 1.º da Lei 9394/96 de 20-12-1996.

CUIABÁ 03/04/2001

CHEFE DO SRD
Lucilene C. Galindo Fragão
Diretora de Assuntos Acadêmicos
RG: 16.255.075 SSP/SP

Visto:
PRÓ-REITORA - ACADÊMICA
Prof. Célia Maridena Calvo Galindo
Pro-Reitora Acadêmica
RG. 3.226.754 - SSP/SP

CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO
DE MATO GROSSO - CRA / MT
Este Diploma foi Registrado no CRA/MT.
Em 11/12/2006
CRA / MT
Adm. Álvaro Scolfaro
Diretor de Fiscalização e Registro
CRA / MT 416

1º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA PELA INTERNET CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 13 MAR 2012
Valor de R$ 2,35
1072AN93336

Raimundo Barreto Fontes
Escrevente Autorizado

SES
5061
FLS.
RUBP
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Pelo presente instrumento particular, e na melhor forma de direito,

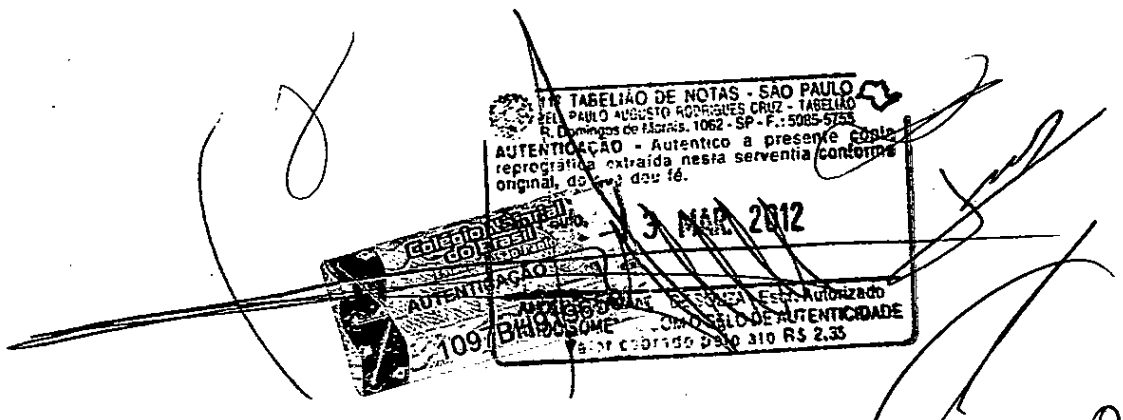
de um lado **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, inscrito junto ao CNPJ/MF 02.744.384.0001-82, e sediado em São Paulo, Capital, à Avenida Brigadeiro Faria Lima, 124, cj. 31, Jardim Paulistano, denominado simplesmente FIBRA, neste ato representado pelos seus representantes legais infra-assinados, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE

e, de outro lado, **JONAS ALVES RIBEIRO**, brasileiro, casado, administrador CRA-MT 04032, residente e domiciliado na Cidade de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, na Rua Trinta e Seis, Quada 84, nº 11, Bairro Santa Cruz, Cuiabá, Mato Grosso, portador da Carteira de Identidade RG número 1114779/2.A VIA SSP-MT e inscrito no CPF sob número 284.388.331-87, doravante denominado simplesmente CONTRATADO;

resolvem as partes, de comum acordo, firmar o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente contrato a prestação, pelo CONTRATADO para a CONTRATANTE, de serviços de Administração Hospitalar, a serem executados nos projetos a serem definidos pelos Contratos firmados com Orgãos Públicos.



240

SES
5062
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

1.2. Os serviços a serem prestados pelo CONTRATADO serão definidos, caso a caso, de acordo com as necessidades da CONTRATANTE, mediante ajuste prévio e por escrito entre as partes.

1.3. Para a execução dos serviços o CONTRATADO obriga-se a fornecer todo o ferramental e material de consumo, bem como a mão-de-obra especializada.

1.4. A prestação dos serviços ora ajustada será realizada sem caráter de exclusividade pelo CONTRATADO.

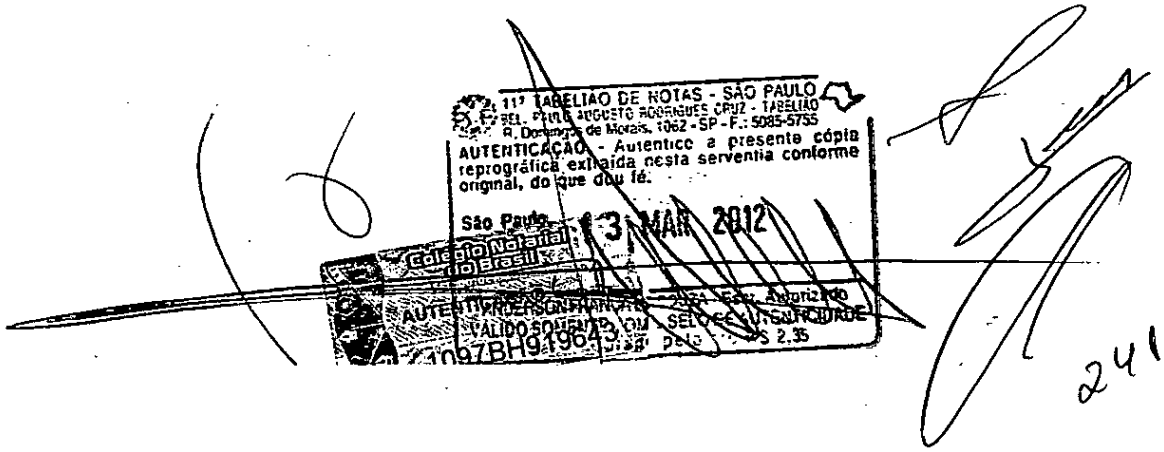
1.5. Fazem parte dos serviços contratados as seguintes atividades: supervisão do andamento da gestão de hospitais, desenvolvimento de relatórios de gestão e atendimento, montagem e elaboração de projetos que contemplem a questão de administração hospitalar.

2. GARANTIA E RESPONSABILIDADE

2.1. O CONTRATADO garante a ótima qualidade técnica dos serviços contratados, comprometendo-se a utilizar sempre pessoal especializado e material de primeira qualidade, aprovado pelas instituições competentes. O não cumprimento desta garantia implicará na correção ou repetição gratuita dos serviços pelo CONTRATADO.

2.2. Os vícios e defeitos dos serviços devem ser comunicados por escrito ao CONTRATADO, imediatamente após sua constatação.

2.3. O CONTRATADO obriga-se a zelar pelo bom nome comercial da CONTRATANTE. Em caso de uso indevido do nome "**FIBRA**", ou de qualquer outro nome, marca, termo ou expressão vinculados direta ou indiretamente à CONTRATANTE, ou a qualquer empresa ou entidade pertencente ao seu conglomerado econômico, direta



241

SES
5063
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31º
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

ou indiretamente, responderá a o CONTRATADO pelas perdas e danos daí decorrentes.

2.4. O CONTRATADO compromete-se a acatar integralmente as instruções e/ou determinações emitidas ou que venham a ser emitidas pela CONTRATANTE durante a vigência deste contrato, e que tenham efeito sobre o objeto descrito no item 1.1.

2.5. O CONTRATADO compromete-se a aceitar a avaliação dos serviços prestados, de acordo com as normas da CONTRATANTE, conforme discriminado abaixo, que passam a fazer parte integrante deste contrato - obtendo-se como resultado desta avaliação a conformidade com as especificações de qualidade definidas nas referidas normas.

2.6. Serão de integral responsabilidade do CONTRATADO todos os ônus e encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes dos serviços objeto deste contrato, assumindo desde já o CONTRATADO todos os riscos de eventuais reclamações trabalhistas e/ou autuações previdenciárias que envolvam seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, ainda que propostas contra a CONTRATANTE ou quaisquer terceiros, comprometendo-se o CONTRATADO a pedir a exclusão da lide da CONTRATANTE, bem como arcar com todos os custos eventualmente incorridos pela CONTRATANTE em virtude das reclamações em tela.

2.7. O CONTRATADO será o único responsável por perdas, danos e prejuízos causados contra pessoas e coisas, no cumprimento de suas obrigações contratuais. Responsabiliza-se o CONTRATADO, também, por todas as perdas, danos e prejuízos causados por culpa e/ou dolo de seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos na execução deste contrato, inclusive por danos causados a terceiros.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
DEL. FAUSTO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Desembargador de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
São Paulo 13 MAR. 2012
CORREIO NOTARIAL DO BRASIL
AUTENTICAÇÃO
ANDERSON FRANCISCO DE SOUZA - Escr. Autorizado
VALIDO PARA ESTA CÓPIA
1097BH9 SELO DE AUTENTICIDADE
R$ 2,35

242

SES 5064 FLS L RUBRICA PROTOCOLO

2.8. Caso a CONTRATANTE seja notificada, citada, autuada, intimada ou condenada em decorrência de quaisquer obrigações fiscais, trabalhistas, tributárias, previdenciárias ou de qualquer natureza, atribuíveis ao CONTRATADO, ou qualquer dano ou prejuízo causado pela mesma, fica a CONTRATANTE desde já autorizada a reter os valores pleiteados de quaisquer pagamentos devidos ao CONTRATADO, em decorrência deste ou de outros contratos firmados entre as partes.

2.9. O CONTRATADO obriga-se a ressarcir à CONTRATANTE quaisquer penalidades ou indenizações aplicadas à CONTRATANTE por seu cliente final, ou por qualquer outro terceiro, em decorrências de atrasos, falhas ou inadimplementos pelo CONTRATADO dos serviços decorrentes deste Contrato, ficando desde já a CONTRATANTE autorizada a deduzir os referidos valores de quaisquer pagamentos devidos ao CONTRATADO por força deste ou de outros contratos firmados entre as partes.

3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se o CONTRATADO a:

a) fornecer profissionais qualificados para a execução dos serviços, bem como disponibilizar profissionais para a cobertura ou substituição dos mesmos, na hipótese de impedimento daqueles;

b) obedecer aos regulamentos, às normas de segurança, de higiene do trabalho e disciplinares existentes nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

c) executar os serviços dentro de um procedimento competente e cuidadoso e de acordo com os procedimentos profissionais normatizados existentes, conforme item 2.5.;

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
13 MAR. 2012
SELO DE AUTENTICIDADE

243

SES 3065 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

d) efetuar os competentes seguros de vida, de responsabilidade civil e contra terceiros, objetivando a integral cobertura securitária na ocorrência de um eventual sinistro;

e) fazer com que seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos usem uniforme adequado e estejam identificados com crachá, quando trabalharem nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

f) substituir imediatamente qualquer contratado, empregado, subcontratado ou preposto que, a critério exclusivo da CONTRATANTE, seja considerado inadequado;

g) cumprir tempestivamente todos os encargos trabalhistas, previdenciários e securitários de acordo com as leis vigentes, referentes aos seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, alocados para a execução dos serviços objeto deste contrato;

h) fazer observar os horários de expediente da CONTRATANTE, quando seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos estiverem presentes nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

i) submeter à aprovação prévia e por escrito da CONTRATANTE a intenção de subcontratar, total ou parcialmente, os serviços objeto deste contrato;

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. FABIO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Dom Pedro de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
13 MAR 2018
Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

244

SES
5066
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

4.1. Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se a CONTRATANTE a:

a) assegurar aos contratados, empregados, subcontratados e prepostos do CONTRATADO, o acesso aos locais onde os serviços serão executados;

b) efetuar o pagamento das faturas apresentadas, observando os prazos e condições estabelecidas neste contrato;

c) comunicar em tempo hábil ao CONTRATADO, a ocorrência de fato impeditivo à execução dos serviços;

5. PREÇOS, REAJUSTE E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. Durante a vigência deste Contrato, o CONTRATADO receberá remuneração no valor de R$ 3.000,00 (três mil reais) por mês. Antes de receber qualquer remuneração, em bases, o CONTRATADO terá de apresentar a CONTRATANTE (1) fatura mostrando o cálculo de toda a remuneração ganha durante o período; (2) relatório detalhado dos serviços prestados pelo CONTRATADO durante o período.

5.2 A remuneração conforme a Cláusula 5.1 constituirá a remuneração por todos os serviços executados pelo CONTRATADO durante o período especificado de acordo com este Contrato.

5.3. No caso de reembolso por parte da CONTRATANTE de despesas incorridas pelo CONTRATADO, se houver, de acordo com as disposições deste Contrato:

a) Todas as despesas razoáveis, inclusive despesas com hotéis (hospedagem), refeições, passagens aéreas, táxis, etc., incorridas pelos funcionários do CONTRATADO no desempenho dos serviços para a

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
13 MAR. 2012
AUTENTICAÇÃO
FRANÇA DE SOUZA - Escr. Autorizado
E COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Total R$ 2,35

245

SEE 5067
FLS 2
RUBRICA
PROTOCOLO

CONTRATANTE serão reembolsados somente contra documentação satisfatória para a CONTRATANTE

b) e – no caso de despesas relacionadas a viagens para fora do local – somente quando tais viagens e despesas tiverem sido previamente aprovadas, por escrito, pela CONTRATANTE;

5.4 Todos os pagamentos ao CONTRATADO serão feitos por meios bancários eletrônicos para a conta bancária cujos dados serão informados pelo CONTRATADO à CONTRATENTE, por escrito:

5.5 O CONTRATADO por meio deste declara e garante que a conta bancária mencionada acima é detida em seu nome e somente por sua conta.

5.6. Os preços indicados base mês, poderão ser reajustados anualmente mediante negociação entre as partes.

5.7. Nos preços dos serviços ora contratados estão compreendidos todos os custos do CONTRATADO, incluindo, mas não se limitando a salários, encargos sociais, transporte, uniforme, alimentação, taxa de administração, tributos e taxas.

5.8. Se os serviços forem produzidos ou executados em obras de terceiros, localizadas fora da cidade de São Paulo, serão assumidos pela CONTRATANTE os custos de transporte, de refeições e de estadia do contratado..

5.9. O CONTRATADO deverá emitir os competentes documentos fiscais, referentes aos serviços executados, até o dia 10 (dez) de cada mês, devendo a CONTRATANTE efetuar o pagamento dentro de dez (10) dias úteis após a apresentação daqueles documentos, de acordo com o repasse recebido do projeto eleito para a prestação de serviço.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
DEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1052 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
15 MAR 2012
ANDERSON FRANCA DE SOUZA - Escr. Autorizado
SELO DE AUTENTICIDADE
1097BH91963O
Valor R$ 2,35

246

SES
5068
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 81
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

5.10 A não efetivação dos pagamentos na forma e prazos pactuados, por culpa exclusiva e comprovada da CONTRATANTE, acarretará na incidência de juros compensatórios de um por cento (1%) ao mês, incidentes sobre o valor do débito em atraso. Caso o atraso seja superior a trinta (30) dias, o valor do débito será corrigido monetariamente, "pro rata temporis".

5.11 Sem a prévia concordância escrita da CONTRATANTE, fica vedado ao CONTRATADO emitir antecipadamente, bem como proceder ao desconto ou negociação de quaisquer títulos de crédito emitidos com base no presente contrato.

6. TRIBUTOS

6.1. Os tributos que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente contrato e/ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, ficando expressamente vedado o seu repasse para a CONTRATANTE, inclusive o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) na alíquota de três por cento (3,0%), já considerado nos preços do item 5.1.

6.2. Eventuais modificações, para mais ou para menos, na alíquota de qualquer tributo ou encargo incidente ou que venha a incidir sobre os serviços ora contratados, bem como a criação, modificação, eliminação ou substituição de tributos e/ou encargos, fatores estes que, de qualquer forma, influam ou venham a comprovadamente influir nos preços dos serviços contratados, serão objeto de novos ajustes entre as partes.

7. DURAÇÃO E RESCISÃO

7.1. O presente contrato entrará em vigor quando de sua assinatura por ambas as partes, vigorando pelo prazo de 12 meses, podendo, porém, ser denunciado a qualquer momento, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
EELI PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Dormingos de Morais, 1082 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
São Paulo: 15 MAR. 2018
AUTENTICAÇÃO
ANDERSON ERICA DE SOUZA - Escr. Autorizado
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
1097BH - Valor cobrado pelo selo R$ 2,35

247

SES
5069
FLS
RUBRICA
PROTOCOLO

dado com antecedência de 30 (trinta) dias, sem o pagamento de qualquer multa ou indenização pela parte denunciante.

7.2. Este contrato será passível de rescisão pela parte considerada inocente, sem que a parte considerada inadimplente tenha direito a qualquer indenização, nas hipóteses seguintes:

a) o não-cumprimento de qualquer obrigação contratual pela outra parte;
b) a decretação de falência ou a recuperação judicial ou extrajudicial da outra parte, além de sua dissolução judicial ou extrajudicial;
c) a ocorrência de atrasos nos pagamentos devidos pela CONTRATANTE por período superior a 90 (noventa) dias; ou
d) a ocorrência comprovada de motivos de caso fortuito ou de força maior que perdurem por período superior 120 (cento e vinte) dias.

7.2.1 A rescisão motivada pelas causas previstas nas alíneas "a" ou "c" do item 7.2. deverá ser precedida de comunicação escrita à parte inadimplente, para que esta cumpra a obrigação no prazo de trinta (30) dias, contados do recebimento da citada comunicação.

7.3. A parte que der causa à rescisão deste contrato, pelos motivos indicados nas alíneas "a" e "c" do item 7.2., supra, pagará à outra, a título de multa rescisória, o valor de R$ 6.000,00 (seis mil reais), além de eventuais perdas e danos a serem apurados.

8. PROPRIEDADE INTELECTUAL E IMATERIAL

8.1. O CONTRATADO reconhece que todos os desenhos, patentes, marcas registradas, "know-how", segredos de fábrica/negócio e quaisquer outros dados e informações utilizados na execução dos serviços objeto deste contrato são de exclusiva propriedade da CONTRATANTE, ou, conforme o caso, de empresas controladoras, controladas ou coligadas a ela, ou ainda dos clientes/licenciantes desta, não

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
PAULO AUGUSTO ADORNO DUARTE CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1082 - SP - Fone: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
SELO DE AUTENTICIDADE
Valor pelo ato R$ 2,35

SES
5070
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31
Capital – SP – CEP: 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

podendo ser utilizados para quaisquer outros fins que não os expressamente previstos no presente contrato, sob pena de responsabilização direta do CONTRATADO por todos os danos causados.

8.2. A celebração do presente contrato não transfere e nem confere ao CONTRATADO quaisquer direitos, reconhecidos ou não, no âmbito do direito da propriedade industrial ou dos direitos autorais, de que a CONTRATANTE seja ou venha a ser titular, tendo por objeto os documentos e as informações técnicas prestadas pela mesma ao CONTRATADO.

9. CONFIDENCIALIDADE

9.1. Cada uma das partes se compromete a manter absoluto sigilo no tocante às informações, dados e documentos que vier a receber uma da outra ou por outra forma vier a tomar conhecimento em virtude do presente contrato, não só durante a vigência deste, mas também pelo período de 10 (dez) anos após o seu encerramento, por qualquer forma.

10. CESSÃO

10.1 O CONTRATADO não poderá ceder direitos nem delegar deveres e obrigações decorrentes deste Contrato a nenhum terceiro, inclusive, subcontratado, sem a aprovação por escrito da CONTRATANTE.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. O presente instrumento consubstancia toda a relação contratual das partes, ficando sem validade e eficácia quaisquer outros documentos aqui não mencionados e já assinados, correspondências já trocadas entre as partes, bem como quaisquer anteriores entendimentos verbais.

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Moraes, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
São Paulo - MAR. 2012
SELO DE AUTENTICIDADE
Valor R$ 2,35

249

S.F.S. 9071 FLS. PROTOCOLO

11.2. Todos os avisos, comunicações e solicitações que tiverem de ser feitos por uma parte à outra, devem ser dirigidos por escrito à parte interessada, através de carta registrada com aviso de recebimento ou via fac-símile, para os endereços mencionados no preâmbulo, e aos cuidados dos respectivos contatos, a serem indicados pelas partes em até 5 (cinco) dias contados da data da assinatura deste instrumento.

11.3. Quaisquer alterações a este contrato somente terão validade e eficácia se forem devidamente formalizadas através de aditamento contratual firmado pelos representantes legais das partes. Fica expressamente pactuado que compromissos ou acordos verbais não obrigarão as partes, sendo considerados inexistentes para os fins deste contrato.

11.4. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

11.5 O presente contrato obriga não só as partes, como também seus eventuais herdeiros e sucessores a qualquer título.

11.6. Se qualquer uma das disposições do presente contrato for ou vier a tornar-se nula ou revelar-se omissa, tal nulidade ou omissão não afetará a validade das demais disposições deste contrato. Nesse caso, as partes envidarão esforços no sentido de estabelecer normas que mais se aproximem, quanto ao resultado, da(s) disposição(ões) a ser(em) alterada(s) ou eliminada(s).

12. FORO

12.1 Fica eleito, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, o foro da Cidade São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
TEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme o que vi e li.
AUTENTICAÇÃO 13 MAR 2012
1097319964
ANDERSON FRANÇA DE SOUSA - Escr. Autorizado
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
Valor pago pelo ato R$ 2,35

250

SES 5072
FLS. 1
RUBRICA
PROTOCOLO

eventuais controvérsias resultantes da interpretação e/ou execução do presente contrato.

E, por assim estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em duas (2) vias de igual teor e forma, perante as duas (2) testemunhas abaixo.

São Paulo, 01, de fevereiro de 2.012.

INSTITUTO SOCIAL FIBRA	**JONAS ALVES RIBEIRO**

Testemunhas

1) Nome: Rosana Dias Cruz
R.G.: 12661216
C.P.F.: 041157738-71

2) Nome: José Roberto Bianchini
R.G.: 8.435.958-4
C.P.F.: 607974798-72

Cartório do 11º Tabelião de Notas de São Paulo
R. Domingos de Morais, 1062 - Vila Mariana - SP - Cep 04010-100 - Fone: (11) 5085-5755
Bel. Paulo Augusto Rodrigues Cruz - Tabelião

Colégio Notarial do Brasil

1097BH919622

11º TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
BEL. PAULO AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
R. Domingos de Morais, 1062 - SP - F.: 5085-5755
AUTENTICAÇÃO - Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia conforme original, do que dou fé.
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1097BH919622 SELO DE AUTENTICIDADE
Selo até R$ 2,35

251

Universidade de Cuiabá

Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 1091, de 02/12/94, publicada no D.O.U. em 06/12/94

O Reitor da Universidade de Cuiabá,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do Curso Superior de Tecnologia em
Gestão de Hospitais e Serviços de Saúde em 15 de agosto de 2007, confere o título de

Tecnólogo a

Wanderson Aristides Silva

brasileiro, natural do Estado de Mato Grosso, nascido a 19 de novembro de 1979,
RG 1016891-5 - MT

e outorga-lhe o presente Diploma, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Cuiabá, 16 de agosto de 2007

Prof. Rui Faoro
Pró-Reitor Acadêmico
RG 7.287.865-9-SSP-PR

Diplomado

Dr. Altamiro Belo Galindo
Reitor
RG 5.220.704-SSP-SP

TABELIÃO DE NOTAS - SÃO PAULO
11 ... AUGUSTO RODRIGUES CRUZ - TABELIÃO
... original, do que dou fé.
... 13.2012
AUTENTICIDADE
... Valor cobrado pelo ato R$ 2,35

PROTOCOLO
SES 2072
FLS. 1
RUBRICA

SES
FLS. 1074
RUBRICA
PROTOCOLO

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

APRESENTAÇÃO PARA QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

1. **Cargo**

Nome: **WANDERSON ARISTIDES SILVA**	CPF: 839.233.141-91

Cursos de Formação acadêmica – Curso(s) Superior(es) Reconhecido(s) pelo MEC

Curso: ADMINISTRAÇÃO DE HOSPITAIS E SERVIÇOS DE SAÚDE
Instituição: UNIC UNIVERSITARIA DE CUIABÁ
Período: 2005 - 2007

Cursos de pós-graduação, em nível de Especialização (concluído, com carga horária mínima de 360 horas, reconhecido pelo MEC.

Curso: MBA em Gestão Acadêmica
Instituição: UNIC UNIVERSIDADE DE CUIABÁ
Período: 2007 - 2008
Carga Horária: 320 horas

Experiência em cargos de direção ou coordenação de entidades(anos): 2 anos
Experiência profissional na Administração Pública (anos): 2 anos

Exercício de atividade profissional de nível superior em empregos/cargos/especialidades ou de gestão:

Instituição onde trabalhou: INSTITUTO SOCIAL FIBRA
Período: Fevereiro de 2012 até a presente data
Cargos ocupados, funções exercidas: direção/gestão
Experiência adquirida – principais atividades desenvolvidas e realizações: direção, gerenciamento, operacionalização e execução das ações de serviços de saúde publica através de contrato de gestão com organização social.

Instituição onde trabalhou: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - MT
Período: 2010 – 2012 (2 anos)
Cargos ocupados, funções exercidas: Diretor Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Cáceres - MT
Experiência adquirida – principais atividades desenvolvidas e realizações: responsável por toda demanda administrativa financeira, acumulando a função de gerente financeiro e orçamentário, trabalhando em conjunto com o Diretor Geral. Antes destas funções esteve como Gerente de Apoio Técnico. A partir de 07-2011 foi convidado pelo Secretário de Estado de Saúde a vir para sede da SES-MT para compor a Comissão Permanente de Contratos de Gestão.

São Paulo, 09/03/2012.

Wanderson A. Silva

Wanderson Aristides Silva.

253

Wanderson Aristides Silva

Brasileiro, Casado, 32 anos -
Rua Treze, Quadra 41, Lote 08 -
Residencial Coxipó, Cuiabá-MT - CEP 78.090-385 -
Telefone: (65) 9976-6089 e/ou (65) 3665-0834 -
E-mail: was.adm@globo.com

OBJETIVO

Desenvolver um trabalho voltado para gestão efetiva para os serviços de saúde, com foco em resultados primando pela qualidade do serviços prestados.

FORMAÇÃO

- MBA em Gestão Acadêmica - UNIC: Universidade de Cuiabá - Conclusão 2008
- Administração de Hospitais e Serviços de Saúde: - UNIC Universidade de Cuiabá - Conclusão 2007

SES
3025
FLS.
RUBRICA
PROTOCOLO

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **2012-20... - Instituto Social Fibra**
  Último cargo: Diretor Geral do Hospital Regional de Colíder-MT.
  Principais atividades: Responsável por todas a ações administrativas "planejamento, execução e acompanhamentos" do Hospital Regional de Colíder na modalidade de Contratos de Gestão entre a SES-MT e a OSS - Organização Social de Saúde "Instituto Social Fibra". Projeto este em execução pelo Governo do Estado Mato Grosso/Secretaria de Estado de Saúde, cujo o objeto é: Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Serviços de Saúde nas unidades hospitalares sob responsabilidade do Governo do Estado de Mato Grosso. Outras funções realizadas, cito: Execução de projetos de gerenciamento hospitalar, trabalhos de cooperação técnicas entre as unidades gerenciadas pelo Instituto Social Fibra.

- **2010-2012 - SES-MT (Secretaria de Estado de Saúde - MT)**
  Último cargo: Diretor Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Cáceres-MT.
  Principais atividades: Responsável por toda a demanda administrativa financeira, Acumulando a função de Gerente Financeiro e Orçamentário, trabalhando em conjunto com o Diretor Geral (suprindo inclusive as ausências sistêmicas do mesmo, em função das demandas na sede da Secretaria de Estado de Saúde que fica na capital), antes destas funções estive como Gerente de Apoio Técnico. A partir de 07-2011 fui convidado pelo Secretário de Estado de Saúde a vir para sede da SES-MT para compor a Comissão Permanente de Contratos de Gestão, que tem como principal atividade a produção dos Editais de Chamamento Público e o Controle e Avaliação dos Contratos de Gestão entre a SES-MT e as OSS - Organizações Sociais de Saúde. Projeto este em execução pelo Governo do Estado Mato Grosso/Secretaria de Estado de Saúde, cujo o objeto é: Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações de Serviços de Saúde nas unidades hospitalares sob responsabilidade do Governo do Estado de Mato Grosso.

- **2007-2010 - Hospital Amecor**
  Último cargo: Analista de Contas.
  Principais atividades: Negociação, cadastro e atualização das tabelas de medicamentos, materiais descartáveis, OPME's, taxas, diárias e gasoterapias junto aos convênios/operadoras; Negociação, cadastro e atualização de pacotes/procedimentos cirúrgicos junto aos clientes e médicos de atendimentos particulares; Análise de pagamentos dos convênios/operadoras e recursos de glosas; conferência de pagamentos

254

dos convênios/operadoras e repasse aos médicos internos e externos, terceirizados e fornecedores de OPME's; TISS - Implantação, envio e acompanhamento do faturamento eletrônico - arquivos XML; antes destas funções fui faturista e internação.

- **2005-2007 – HGU (Hospital Geral Universitário)**
  Último cargo: Gerente de Atendimento
  Principais atividades: Responsável pelos setores de recepção e internação nas áreas particular, convênios/operadoras e SUS.

SES
FLS. 5076
RUBRICA
PROTOCOLO

QUALIFICAÇÕES E ATIVIDADES PROFISSIONAIS

- Curso de Planejamento Financeiro Estratégico (SEBRAE – 2009)
- Curso de IPGN – Impreendendo um Pequeno Grande Negócio (SEBRAE – 2006)
- Curso de Neurolingüistica Aplicada á Vendas (CDL - 2004)
- Informática

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- Disponibilidade flexibilidade total de horário e também para mudança de Cidade/Estado.

20
255

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 31
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0080

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 43 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

SES 5077
FLS. 1
RUBRICA
PROTOCOLO

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Pelo presente instrumento particular, e na melhor forma de direito,

de um lado **INSTITUTO SOCIAL FIBRA**, inscrito junto ao CNPJ/MF 02.744.384.0001-82, e sediado em São Paulo, Capital, à Avenida Brigadeiro Faria Lima, 124, cj. 31, Jardim Paulistano, denominado simplesmente FIBRA, neste ato representado pelos seus representantes legais infra-assinados, doravante denominada simplesmente CONTRATANTE

e, de outro lado, **WANDERSON ARISTIDES**, brasileiro, casado, administrador hospitalar e serviços de saúde, residente e domiciliado na Cidade de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, na Rua Treze, Quada 41 Lote 08, Bairro Residêncial Coxipó, Cuiabá, Mato Grosso, portador da Carteira de Identidade RG número 101689-5 SSP-MT e inscrito no CPF sob número 839.233.141-91, doravante denominado simplesmente CONTRATADO;

resolvem as partes, de comum acordo, firmar o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR, o qual se regerá pelas seguintes cláusulas e condições:

1. OBJETO

1.1. Constitui objeto do presente contrato a prestação, pelo CONTRATADO para a CONTRATANTE, de serviços de Administração Hospitalar, a serem executados nos projetos a serem definidos pelos Contratos firmados com Orgãos Públicos.

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Colégio Notarial do Brasil
1072AN937021

Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

256

FLS. 3078
RUBRICA
PROTOCOLO

1.2. Os serviços a serem prestados pelo CONTRATADO serão definidos, caso a caso, de acordo com as necessidades da CONTRATANTE, mediante ajuste prévio e por escrito entre as partes.

1.3. Para a execução dos serviços o CONTRATADO obriga-se a fornecer todo o ferramental e material de consumo, bem como a mão-de-obra especializada.

1.4. A prestação dos serviços ora ajustada será realizada sem caráter de exclusividade pelo CONTRATADO.

1.5. Fazem parte dos serviços contratados as seguintes atividades: supervisão do andamento da gestão de hospitais, desenvolvimento de relatórios de gestão e atendimento, montagem e elaboração de projetos que contemplem a questão de administração hospitalar.

2. GARANTIA E RESPONSABILIDADE

2.1. O CONTRATADO garante a ótima qualidade técnica dos serviços contratados, comprometendo-se a utilizar sempre pessoal especializado e material de primeira qualidade, aprovado pelas instituições competentes. O não cumprimento desta garantia implicará na correção ou repetição gratuita dos serviços pelo CONTRATADO.

2.2. Os vícios e defeitos dos serviços devem ser comunicados por escrito ao CONTRATADO, imediatamente após sua constatação.

2.3. O CONTRATADO obriga-se a zelar pelo bom nome comercial da CONTRATANTE. Em caso de uso indevido do nome **"FIBRA"**, ou de qualquer outro nome, marca, termo ou expressão vinculados direta ou indiretamente à CONTRATANTE, ou a qualquer empresa ou entidade pertencente ao seu conglomerado econômico, direta

3º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
AV. BRIG. FARIA LIMA, 1675 - FONE (11) 3816-7700
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE SEGURANÇA
Selo de Autenticidade
AUTENTICAÇÃO
1072AN937019
Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

257

FLS. 3070 RUBRICA PROTOCOLO

ou indiretamente, responderá a o CONTRATADO pelas perdas e danos daí decorrentes.

2.4. O CONTRATADO compromete-se a acatar integralmente as instruções e/ou determinações emitidas ou que venham a ser emitidas pela CONTRATANTE durante a vigência deste contrato, e que tenham efeito sobre o objeto descrito no item 1.1.

2.5. O CONTRATADO compromete-se a aceitar a avaliação dos serviços prestados, de acordo com as normas da CONTRATANTE, conforme discriminado abaixo, que passam a fazer parte integrante deste contrato - obtendo-se como resultado desta avaliação a conformidade com as especificações de qualidade definidas nas referidas normas.

2.6. Serão de integral responsabilidade do CONTRATADO todos os ônus e encargos trabalhistas e previdenciários decorrentes dos serviços objeto deste contrato, assumindo desde já o CONTRATADO todos os riscos de eventuais reclamações trabalhistas e/ou autuações previdenciárias que envolvam seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, ainda que propostas contra a CONTRATANTE ou quaisquer terceiros, comprometendo-se o CONTRATADO a pedir a exclusão da lide da CONTRATANTE, bem como arcar com todos os custos eventualmente incorridos pela CONTRATANTE em virtude das reclamações em tela.

2.7. O CONTRATADO será o único responsável por perdas, danos e prejuízos causados contra pessoas e coisas, no cumprimento de suas obrigações contratuais. Responsabiliza-se o CONTRATADO, também, por todas as perdas, danos e prejuízos causados por culpa e/ou dolo de seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos na execução deste contrato, inclusive por danos causados a terceiros.

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Colégio Marista Arquidiocesano (11) 3816-7700
AUTENTICAÇÃO Valor de R$ 2,35
DE SEGURANÇA
1072AN937020

Andréa Maria C
Escrevente Autorizada

258

SES 5080 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

2.8. Caso a CONTRATANTE seja notificada, citada, autuada, intimada ou condenada em decorrência de quaisquer obrigações fiscais, trabalhistas, tributárias, previdenciárias ou de qualquer natureza, atribuíveis ao CONTRATADO, ou qualquer dano ou prejuízo causado pela mesma, fica a CONTRATANTE desde já autorizada a reter os valores pleiteados de quaisquer pagamentos devidos ao CONTRATADO, em decorrência deste ou de outros contratos firmados entre as partes.

2.9. O CONTRATADO obriga-se a ressarcir à CONTRATANTE quaisquer penalidades ou indenizações aplicadas à CONTRATANTE por seu cliente final, ou por qualquer outro terceiro, em decorrências de atrasos, falhas ou inadimplementos pelo CONTRATADO dos serviços decorrentes deste Contrato, ficando desde já a CONTRATANTE autorizada a deduzir os referidos valores de quaisquer pagamentos devidos ao CONTRATADO por força deste ou de outros contratos firmados entre as partes.

3. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1. Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se o CONTRATADO a:

a) fornecer profissionais qualificados para a execução dos serviços, bem como disponibilizar profissionais para a cobertura ou substituição dos mesmos, na hipótese de impedimento daqueles;

b) obedecer aos regulamentos, às normas de segurança, de higiene do trabalho e disciplinares existentes nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

c) executar os serviços dentro de um procedimento competente e cuidadoso e de acordo com os procedimentos profissionais normatizados existentes, conforme item 2.5.;

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN93701
Andréa Maria G. Escrevente Autorizada

259

SES 5081 FLS. 2 RUBRICA PROTOCOLO

d) efetuar os competentes seguros de vida, de responsabilidade civil e contra terceiros, objetivando a integral cobertura securitária na ocorrência de um eventual sinistro;

e) fazer com que seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos usem uniforme adequado e estejam identificados com crachá, quando trabalharem nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

f) substituir imediatamente qualquer contratado, empregado, subcontratado ou preposto que, a critério exclusivo da CONTRATANTE, seja considerado inadequado;

g) cumprir tempestivamente todos os encargos trabalhistas, previdenciários e securitários de acordo com as leis vigentes, referentes aos seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos, alocados para a execução dos serviços objeto deste contrato;

h) fazer observar os horários de expediente da CONTRATANTE, quando seus contratados, empregados, subcontratados e prepostos estiverem presentes nos estabelecimentos da CONTRATANTE ou nos correspondentes locais de prestação dos serviços;

i) submeter à aprovação prévia e por escrito da CONTRATANTE a intenção de subcontratar, total ou parcialmente, os serviços objeto deste contrato;

4. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Colégio Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN937018
Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

260

SFS 5082 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

4.1. Além de outras obrigações expressamente previstas neste instrumento, obriga-se a CONTRATANTE a:

a) assegurar aos contratados, empregados, subcontratados e prepostos do CONTRATADO, o acesso aos locais onde os serviços serão executados;

b) efetuar o pagamento das faturas apresentadas, observando os prazos e condições estabelecidas neste contrato;

c) comunicar em tempo hábil ao CONTRATADO, a ocorrência de fato impeditivo à execução dos serviços;

5. PREÇOS, REAJUSTE E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

5.1. Durante a vigência deste Contrato, o CONTRATADO receberá remuneração no valor de R$ 3.000,00 (três mil reais) por mês. Antes de receber qualquer remuneração, em bases, o CONTRATADO terá de apresentar a CONTRATANTE (1) fatura mostrando o cálculo de toda a remuneração ganha durante o período; (2) relatório detalhado dos serviços prestados pelo CONTRATADO durante o período.

5.2 A remuneração conforme a Cláusula 5.1 constituirá a remuneração por todos os serviços executados pelo CONTRATADO durante o período especificado de acordo com este Contrato.

5.3 No caso de reembolso por parte da CONTRATANTE de despesas incorridas pelo CONTRATADO, se houver, de acordo com as disposições deste Contrato:

a) Todas as despesas razoáveis, inclusive despesas com hotéis (hospedagem), refeições, passagens aéreas, táxis, etc., incorridas pelos funcionários do CONTRATADO no desempenho dos serviços para a

2º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Colégio Notarial do Brasil
FONE: (11) 3815-7700
de R$ 2,35
AUTENTICAÇÃO
1072RN937015
Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada
261

SES 5083 FLS: 1 RUBRICA PROTOCOLO

CONTRATANTE serão reembolsados somente contra documentação satisfatória para a CONTRATANTE

b) e – no caso de despesas relacionadas a viagens para fora do local – somente quando tais viagens e despesas tiverem sido previamente aprovadas, por escrito, pela CONTRATANTE;

5.4 Todos os pagamentos ao CONTRATADO serão feitos por meios bancários eletrônicos para a conta bancária cujos dados serão informados pelo CONTRATADO à CONTRATENTE, por escrito:

5.5 O CONTRATADO por meio deste declara e garante que a conta bancária mencionada acima é detida em seu nome e somente por sua conta.

5.6. Os preços indicados base mês, poderão ser reajustados anualmente mediante negociação entre as partes.

5.7. Nos preços dos serviços ora contratados estão compreendidos todos os custos do CONTRATADO, incluindo, mas não se limitando a salários, encargos sociais, transporte, uniforme, alimentação, taxa de administração, tributos e taxas.

5.8. Se os serviços forem produzidos ou executados em obras de terceiros, localizadas fora da cidade de São Paulo, serão assumidos pela CONTRATANTE os custos de transporte, de refeições e de estadia do contratado..

5.9. O CONTRATADO deverá emitir os competentes documentos fiscais, referentes aos serviços executados, até o dia 10 (dez) de cada mês, devendo a CONTRATANTE efetuar o pagamento dentro de dez (10) dias úteis após a apresentação daqueles documentos, de acordo com o repasse recebido do projeto eleito para a prestação de serviço.

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada
107AN937016

6

262

FLS. 5084
RUBRICA
PROTOCOLO

5.10 A não efetivação dos pagamentos na forma e prazos pactuados, por culpa exclusiva e comprovada da CONTRATANTE, acarretará na incidência de juros compensatórios de um por cento (1%) ao mês, incidentes sobre o valor do débito em atraso. Caso o atraso seja superior a trinta (30) dias, o valor do débito será corrigido monetariamente, "pro rata temporis".

5.11 Sem a prévia concordância escrita da CONTRATANTE, fica vedado ao CONTRATADO emitir antecipadamente, bem como proceder ao desconto ou negociação de quaisquer títulos de crédito emitidos com base no presente contrato.

6. TRIBUTOS

6.1. Os tributos que forem devidos em decorrência direta ou indireta do presente contrato e/ou de sua execução, constituem ônus de responsabilidade exclusiva do CONTRATADO, ficando expressamente vedado o seu repasse para a CONTRATANTE, inclusive o Imposto Sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISSQN) na alíquota de três por cento (3,0%), já considerado nos preços do item 5.1.

6.2. Eventuais modificações, para mais ou para menos, na alíquota de qualquer tributo ou encargo incidente ou que venha a incidir sobre os serviços ora contratados, bem como a criação, modificação, eliminação ou substituição de tributos e/ou encargos, fatores estes que, de qualquer forma, influam ou venham a comprovadamente influir nos preços dos serviços contratados, serão objeto de novos ajustes entre as partes.

7. DURAÇÃO E RESCISÃO

7.1. O presente contrato entrará em vigor quando de sua assinatura por ambas as partes, vigorando pelo prazo de 12 meses, podendo, porém, ser denunciado a qualquer momento, por qualquer uma das partes, mediante aviso prévio por escrito

2º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Cartório Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN937028
Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

263

FLS 7
RUBRICA
ROTOC

dado com antecedência de 30 (trinta) dias, sem o pagamento de qualquer multa ou indenização pela parte denunciante.

7.2. Este contrato será passível de rescisão pela parte considerada inocente, sem que a parte considerada inadimplente tenha direito a qualquer indenização, nas hipóteses seguintes:

a) o não-cumprimento de qualquer obrigação contratual pela outra parte;
b) a decretação de falência ou a recuperação judicial ou extrajudicial da outra parte, além de sua dissolução judicial ou extrajudicial;
c) a ocorrência de atrasos nos pagamentos devidos pela CONTRATANTE por período superior a 90 (noventa) dias; ou
d) a ocorrência comprovada de motivos de caso fortuito ou de força maior que perdurem por período superior 120 (cento e vinte) dias.

7.2.1 A rescisão motivada pelas causas previstas nas alíneas "a" ou "c" do item 7.2. deverá ser precedida de comunicação escrita à parte inadimplente, para que esta cumpra a obrigação no prazo de trinta (30) dias, contados do recebimento da citada comunicação.

7.3. A parte que der causa à rescisão deste contrato, pelos motivos indicados nas alíneas "a" e "c" do item 7.2., supra, pagará à outra, a título de multa rescisória, o valor de R$ 6.000,00 (seis mil reais), além de eventuais perdas e danos a serem apurados.

8. PROPRIEDADE INTELECTUAL E IMATERIAL

8.1. O CONTRATADO reconhece que todos os desenhos, patentes, marcas registradas, "know-how", segredos de fábrica/negócio e quaisquer outros dados e informações utilizados na execução dos serviços objeto deste contrato são de exclusiva propriedade da CONTRATANTE, ou, conforme o caso, de empresas controladoras, controladas ou coligadas a ela, ou ainda dos clientes/licenciantes desta, não

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Cartório Notarial do Brasil
AUTENTICAÇÃO
1072AN83029
R$ 2,35
SEGURANÇA

Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

264

SES 0086 FLS. RUBRICA PROTOCOLO

podendo ser utilizados para quaisquer outros fins que não os expressamente previstos no presente contrato, sob pena de responsabilização direta do CONTRATADO por todos os danos causados.

8.2. A celebração do presente contrato não transfere e nem confere ao CONTRATADO quaisquer direitos, reconhecidos ou não, no âmbito do direito da propriedade industrial ou dos direitos autorais, de que a CONTRATANTE seja ou venha a ser titular, tendo por objeto os documentos e as informações técnicas prestadas pela mesma ao CONTRATADO.

9. CONFIDENCIALIDADE

9.1. Cada uma das partes se compromete a manter absoluto sigilo no tocante às informações, dados e documentos que vier a receber uma da outra ou por outra forma vier a tomar conhecimento em virtude do presente contrato, não só durante a vigência deste, mas também pelo período de 10 (dez) anos após o seu encerramento, por qualquer forma.

10. CESSÃO

10.1 O CONTRATADO não poderá ceder direitos nem delegar deveres e obrigações decorrentes deste Contrato a nenhum terceiro, inclusive, subcontratado, sem a aprovação por escrito da CONTRATANTE.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. O presente instrumento consubstancia toda a relação contratual das partes, ficando sem validade e eficácia quaisquer outros documentos aqui não mencionados e já assinados, correspondências já trocadas entre as partes, bem como quaisquer anteriores entendimentos verbais.

9º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR
CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ
São Paulo, 10 MAR 2012
AUTENTICAÇÃO
1072AN937030
Maria dos Reis
Serventia Autorizada
265

5087

RUBRICA

PROTOCOLO

11.2. Todos os avisos, comunicações e solicitações que tiverem de ser feitos por uma parte à outra, devem ser dirigidos por escrito à parte interessada, através de carta registrada com aviso de recebimento ou via fac-símile, para os endereços mencionados no preâmbulo, e aos cuidados dos respectivos contatos, a serem indicados pelas partes em até 5 (cinco) dias contados da data da assinatura deste instrumento.

11.3. Quaisquer alterações a este contrato somente terão validade e eficácia se forem devidamente formalizadas através de aditamento contratual firmado pelos representantes legais das partes. Fica expressamente pactuado que compromissos ou acordos verbais não obrigarão as partes, sendo considerados inexistentes para os fins deste contrato.

11.4. A tolerância de qualquer uma das partes, em relação a eventuais infrações da outra, não importará em modificação contratual, novação ou renúncia a direito, devendo ser considerada mera liberalidade da citada parte.

11.5 O presente contrato obriga não só as partes, como também seus eventuais herdeiros e sucessores a qualquer título.

11.6. Se qualquer uma das disposições do presente contrato for ou vier a tornar-se nula ou revelar-se omissa, tal nulidade ou omissão não afetará a validade das demais disposições deste contrato. Nesse caso, as partes envidarão esforços no sentido de estabelecer normas que mais se aproximem, quanto ao resultado, da(s) disposição(ões) a ser(em) alterada(s) ou eliminada(s).

12. FORO

12.1 Fica eleito, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja, o foro da Cidade São Paulo, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer

2º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL. DOU FÉ.
São Paulo, 10 MAR 2012
Cartório Notarial Colorese
AUTENTICAÇÃO
1072AN937022

Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

266

INSTITUTO SOCIAL FIBRA

Matriz: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 1.234 – Conjunto 81
Capital – SP – CEP. 01452-002 – Tel. (11) 2539-0060

Filial: Rua Lúcio de Mendonça, 83 – Maracanã
Rio de Janeiro – RJ

9088
FLS.
BRASA
PROTOCOLO

eventuais controvérsias resultantes da interpretação e/ou execução do presente contrato.

E, por assim estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em duas (2) vias de igual teor e forma, perante as duas (2) testemunhas abaixo.

São Paulo, 01, de fevereiro de 2.012.

INSTITUTO SOCIAL FIBRA	WANDERSON ARISTIDES

Testemunhas

1) _____
Nome: Rosana M. Reis
R.G.: 12.661.216-X
C.P.F.: 041.157.738-71

2) _____
Nome:
R.G.:
C.P.F.:

3º SUBD. VILA MADALENA - PINHEIROS
AUTENTICAÇÃO: ESTA CÓPIA EXPEDIDA POR ESTA SERVENTIA CONFERE COM O ORIGINAL DOU FÉ.
São Paulo 10 MAR 2012
Selo de Autenticidade
(11) 3816-7700
R$ 2,35
AUTENTICAÇÃO COM SELO DE SEGURANÇA
1072AN937023

Andréa Maria dos Reis
Escrevente Autorizada

267